Dokumentation des MVF-Kongresses „Qualität 2015“

Qualität muss Konsequenzen haben

Mit einer ziemlich harschen Kritik an der Versorgungsforschung startete Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD-Bundestagsfraktion) den ersten Block „Qualitätsorientierung aus Sicht der Politik & Selbstverwaltung“ des MVF-Kongresses „Qualität 2015“. Mit den Worten „sehr gute Ideen, keine gute Methodik“ brachte er das Dilemma der deutschen Versorgungsforschung auf den Punkt, die im Zuge des kommenden Innovationsfonds diesen Kritikansatz ein für allemal hinter sich lassen könnte. Doch bis dahin ist noch einiges zu tun, wie auch Prof. Dr. Matthias Schrappe (Universität zu Köln) in seinem „Vortrag Qualität 2030 – Vom Messen zum Steuern“ ausführte, der die deutschen Qualitätssicherungsbemühungen mit Michael Endes Scheinriesen „Tur Tur“ verglich: Je näher er herankommt, desto kleiner wird er.

>> Nach Lauterbachs Ansicht (s. S. 20 f.) wird die Kosten-Nutzen-Analyse und hier QALY-orientierte Methodik „zu Recht eine Renaissance erleben“ - ausgehend vom Bereich der Onkologie. Obwohl diese mittlerweile relativ gut standardisierte und auch gut durchführbare Methodik in den vergangenen Jahren ein Stück weit in Misskredit geraten sei, sieht der SPD-Gesundheitspolitiker, der auf dem MVF-Kongress einen eher wissenschaftlichen Vortrag hielt, als eine sehr interessante, wichtige und auch viel härtere Methodik an, als sie in vielen anderen Bereichen der Ökonomie verwandt werde. Lauterbach: „Wenn ich zum Beispiel die umwelt-ökonomischen Studien mit der klassischen Kosten-Nutzen-Analyse vergleiche, sind im medizinischen Bereich die Outcomes und auch die Kosten sehr viel besser standardisierbar und messbar.“

Daher genieße diese Analyse innerhalb der Ökonomie einen sehr guten Ruf, indes in der Versorgungsforschung und in der Medizin noch nicht. „Doch das wird sich ändern“, prophezeit der Politiker, weil auch Deutschland immer mehr in den Bereich hineinkomme, in dem wichtige Entscheidungen getroffen werden müssten. Lauterbach: „Und zwar auch dann, wenn es in Deutschland nie eine Cut-off-Linie wie im englischen System geben wird, ab der eine Leistung nicht mehr erstattet wird – niemals!“

Klakow-Franck: „ein politischer Entscheidungsprozess“

Bis es in Deutschland eine Annäherung an das angelsächsische QALY-System geben könnte, sind auch noch jede Menge anderer Hausaufgaben zu erledigen – zum Beispiel die qualititätsorientierte Bedarfs- und Honorierungsplanung, ein Wunschkind von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. „Die Kombination Qualitätssicherung und Gebührenordnung empfinde ich rückblickend betrachtet als Bereicherung“, erklärte dazu etwas überraschend Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss, und setzte hinzu: „weil es die Verknüpfung von Geld und Qualität etwas einfacher macht, sich dem Thema Qualitätszu- und -abschläge zu nähern.“ Als offiziell mittelbare Staatsverwaltung und untergesetzlicher Normgeber versuche der G-BA durch die von ihm erlassenen Richtlinien - u.a. über Qualitätsanforderungen - einen Interessenausgleich zwischen der Kostenträger- und Leistungserbringerseite zustande zu bringen. Obwohl der G-BA versuche, seine Entscheidungen und Richtlinien wissenschaftlich zu fundieren, weiß Klakow-Frank aber ganz genau: „Schlussendlich handelt es sich bei deren Zustandekommen in hohem Maße um einen politischen Entscheidungsprozess.“

In diesem Kontext habe die Bund-Länder-Arbeitsgruppe dem Bundesausschuss im Zusammenhang mit der anstehenden Krankenhausreform viele neue Aufgaben zugeordnet, die mithilfe des neuen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) und dem IQWIG ab dem nächsten Jahr zügig umgesetzt werden sollen. Dazu aber brauche es planungs- und vergütungsrelevante Indikatoren, die aus Sicht des G-BA „in ihrer politischen Erwartung

Fokus: Qualität

Vom Messen zum Steuern

Planung Honorierung Versorgung

Kongress-Programm

Thema	
Qualitätsorientierung aus Sicht der Politik & Selbstverwaltung	
Forderung der Politik: Von der retrospektiven zur qualitätsorientierten Bedarfsplanung	Prof. Dr. Karl Lauterbach, SPD-Bundestagsfraktion
Sichtweise G-BA: Anforderungen an das neue QI-Set zur Versorgungs-Steuerung	Dr. Regina Klakow-Franck, G-BA
Sichtweise Kassen: Von der Qualitätssicherung zur -steuerung?	Hans-Werner Pfeifer, GKV-Spitzenverband Berlin
Sichtweise Wissenschaft: Qualität 2030 – Vom Messen zum Steuern	Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universität zu Köln
Fragen/Diskussion: Qualitätsversorgung und Qualitätsorientierte Bedarfsplanung	Moderation: Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Vivantes
Qualitätsorientierte Steuerung und Honorierung	
Sichtweise Krankenhäuser: Qualitätsorientierung und Vergütung - Anspruch und Wirklichkeit	Priv.-Doz. Dr. med. Lutz Fritsche, MBA, Paul Gerhardt Diakonie
Qualitätsorientierte Honorarverteilung im Versorgungsmanagement	Harald Möhlmann, AOK Nordost
Qualitätsorientierte Honorierung	Dr. Regina Diel, KBV
Patientenbeteiligung	
Patientenorientierung und Patientenbeteiligung – Schein und Wirklichkeit	Dr. Willibert Strunz, eh. Landesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE NRW
Von der paternalistischen Werteentscheidung zur evidenzbasierten Patientenbeteiligung	Hans-Holger Bleß, IGES
Patientenbeteiligung und Versorgungsforschung	Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A. M. Neugebauer, DNVF e.V.
Podiumsdiskussion: Qualität und Patienten im Fokus	Moderation: Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF

überhöht und überfrachtet“ sind.

Denn ein Baustein der Krankenhausreform ist die qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausplanung, die laut Worten von Klakow-Franck wiederum mit einer Weiterentwicklung des gesamten Vergütungssystems und des gezielten Abbaus des Fachkräftemangels in der Pflege einhergehen muss. Wichtig aber sei: „Die qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausplanung, so wichtig dieses Detail grundsätzlich ist, ist nur ein Baustein in einem Gesamtkonzert, das zusammenspielen muss, wenn sich tatsächlich etwas verändern soll.“ In diesem Konzert seien dem G-BA nun einige Aufgaben zugedacht worden, die aus den Eckpunkten der Bund-Länder-AG schon jetzt absehbar seien. Zum einen sollen mithilfe des neuen Qualitätsinstitutes IQTiG nicht nur planungsrelevante Indikatoren entwickelt, sondern auch Sanktionsregelungen bei Unterdokumentation erlassen, Vorgaben für Sicherstellungszuschläge entwickelt und ein Stufensystem für die Notfallversorgung festgelegt werden. Weiterhin soll der G-BA, was er auch schon jetzt mache, wie Klakow-Franck betonte, Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten in Richtlinien festhalten, Kriterien für ein durch den MDK durchzuführendes Prüfverfahren entwickeln, mit dem die Einhaltung der Mindestanforderungen zukünftig überprüft werden soll. Des weiteren solle der Bundesausschuss das Mindestmengeninstrument einsetzen und darüber hinaus eine zweite Indikatorengruppe, die auch Qualitätszu- und -abschläge umfassen wird, auf den Weg bringen, planbare Leistungen für qualitätsorientierte Selektivverträge und das Zweitmeinungsverfahren entwickeln sowie schlussendlich die Qualitätsberichte weiterentwickeln, damit sie mehr als bisher tatsächlich für die Versicherten auch nutzbar sind. Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied im G-BA: „Eine ganze Menge Arbeit also, von denen die planungsrelevanten Indikatoren nur ein Detailpunkt sind, wenn auch das übergeordnete Ziel schon sehr elegant bereits im Koalitionsvertrag formuliert worden ist.“ Darin stehe geschrieben, dass die derzeit standortbasierte Krankenhausplanung „zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungssteuerung weiterentwickelt“ werden solle. Klakow-Franck: „Das ist grundsätzlich sinnvoll, doch braucht es dazu eben neu zu entwickelnde planungsrelevante Qualitätsindikatoren in den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.“ Doch diese zu definieren sei alles andere als einfach, denn auf Basis dieser Qualitätsindikatoren werde gegebenenfalls die Entscheidung über Aufnahme oder Verbleib einer Abteilung oder gar eines ganzen Krankenhauses im Krankenhausplan entschieden.

Da zum heutigen Zeitpunkt die Beratungen im G-BA offiziell noch gar nicht aufgenommen worden sind, möchte Klakow-Franck die folgenden Ausführungen als ganz persönliche Überlegungen verstanden wissen. Ihrer ganz persönlichen Meinung nach werde sich der G-BA – und so auch das IQTIG - bei der Entwicklung der planungsrelevanten Indikatoren nur in den Grenzen bewegen können, innerhalb welcher der G-BA mit seiner Normgebungskompetenz ausgestattet ist. Da jedoch der G-BA an Normgebungsgrenzen gebunden ist, müssen ihrer Ansicht nach auch die zu entwickelnden planungsrelevanten Indikatoren vergleichbare Ergebnisse liefern. Eine weitere große Anforderung sei, dass diese neuen Indikatoren im hohen Maße rechtssicher sein müssten, weil an sie unter Umständen Entscheidungen geknüpft werden - ob beispielsweise ein Krankenhaus oder eine Fachabteilung im Krankenhausplan oder nicht. Das Ganze müsse obendrein auch noch versorgungsrelevant sein, denn damit solle schließlich Versorgung gesteuert werden, sowie schlussendlich auch noch evidenzbasiert.

An der Stelle wird der G-BA und auch das IQTIG, das in seinem Auftrag tätig sein wird, beachten müssen, sich nur nur im Rahmen der dem G-BA eigenen Kompetenzen zu bewegen. Wobei laut Klakow-Francks Ansicht



Dr. Regina Klakow-Franck, (G-BA)



Hans-Werner Pfeifer, GKV-Spitzenverband

allen klar sein müsse, dass der Gemeinsame Bundesausschuss „nicht zuständig für die Planung und Sicherstellung der Daseinsvorsorge“ – ein Teil davon ist die stationäre Versorgung - sei, denn die ist „alleine die Angelegenheit der Länder“. Der G-BA sei ausschließlich für die Festlegung von Mindestanforderungen an die Qualität zuständig – doch das wiederum auf Einrichtungsebene; wolle heißen: gültig in jedem einzelnen und für jedes einzelne Krankenhaus. Klakow-Franck: „Genau auf diese planungsrelevanten, auf die einzelnen Einrichtungen zielende Qualitätsindikatoren wird sich der G-BA konzentrieren.“ Auf der anderen Seite sei aber der G-BA speziell auch durch die Rechtsprechung im Zusammenhang mit den Mindestmengen dazu aufgefordert, eine Folgenabschätzung - insbesondere auch im Hinblick auf die Auswirkungen der möglichen Einschränkungen der Versorgung in der Region - zu erstellen. Diese Folgenabschätzung wird der G-BA nach Klakow-Franck „sicher noch sorgfältiger als in der Vergangenheit“ nicht nur im Zusammenhang mit den Mindestmengenregelungen in den Blick nehmen müssen.

Abgesehen davon müsse das, was am Ende entwickelt werde, vergleichbare Ergebnisse produzieren. Klakow-Franck: „Das mag lapidar klingen, doch ist die dazu nötige Risikoadjustierung mithilfe von Regressionsanalysen alles andere als einfach.“ Natürlich müssten selbstverständlich demografische Faktoren wie Alter und Geschlecht, ebenso klinische Faktoren in einer Risikoadjustierung berücksichtigt werden, dazu kämen aber noch Komorbiditäten, sozioökonomische Faktoren wie Migrationshintergrund und Bildung sowie das gesundheitsbezogene Verhalten der Versicherten. Das Problem dabei sei: „Diese Einzeldaten werden wir mit der vorhandenen Sozialdatenbasis, die wir bevorzugt nutzen sollen, schwerlich hinreichend darstellen können.“ So habe der G-BA bei der bisherigen Entwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren die Erfahrung machen müssen, dass viele notwendige Informationen gerade auch für Risikoadjustierungszwecke aus der Sozialdatenbasis eben nicht ableitbar seien. Darum begrüße es der Bundesausschuss, dass auf der Bund-Ländern-Ebene die Nutzbarkeit der Sozialdaten vorangetrieben werden soll, auch wenn es wohl nur eine speziell für Risikoadjustierungszwecke begrenzte Datengrundlage werde.

Da mit den neuen planungsrelevanten Indikatoren auf Landesebene die stationäre Versorgung gesteuert werden soll, müssen diese versorgungsrelevant sein. Doch, so fragt Klakow-Franck rhetorisch: „Können wir das überhaupt mit unseren bisherigen stationären Qualitätssicherungsindikatoren leisten?“ Ihre Antwort: „Eher nicht, denn das bisherige Indikatorenset wurde ursprünglich für die stationäre Qualitätssicherung für ein Benchmarking im geschützten Raum entwickelt.“

Zudem folge es eher der Tracer-Philosophie: Man betrachtet beispielsweise stellvertretend für den gesamten Bereich der Viszeralchirurgie nur den Leistungsbereich der Gallenblasenentfernung an und rechnet dann hoch. Dazu komme, dass historisch bedingt das bisherige Indikatorenset für die Krankenhausversorgung prozedurenorientiert sei, damit auf Operationen bezogen, statt diagnosen- oder morbiditätsorientiert ausgelegt ist. Zudem würden nur ganz wenige Ausschnitte beleuchtet, während wiederum andere und oftmals wichtige Bereiche überhaupt nicht abgebildet werden. Klakow-Franck: „Das wiederum bedeutet, dass dieses Indikatorenset für eine regionale, populationsbezogene und morbiditätsorientierte Versorgungssteuerung eigentlich nur sehr wenig beitragen kann. Das ist aber nun nicht die Schuld dieses Indikatorensets oder gar des gesamten Qualitäts-Gedankens, weil es eben ursprünglich für andere Zwecke entwickelt worden ist.“

Schrappe: Kein Steuern ohne Ziel

„Steuern ohne Ziel ist irgendwie eine schwierige Sache“, antwortete quasi darauf Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universität zu Köln, in seinem Vortrag „Qualität 2030 – Vom Messen zum Steuern“, der als passionierter Segler genau weiß, wovon er spricht. Sein Petitum: „Jegliche Qualitätssicherung und jede Qualitätsverbesserung ohne Kenntnis des Ziels sollte man lieber lassen.“ Nicht umsonst vergleicht er an der Stelle die „bei unseren immer uferlos werdenden, sehr energischen Qualitätssicherungsbemühungen“ mit dem Bild von Michael Endes Scheinriesen

Kongress-Bildeindrücke



Dr. Jens Härtel, arvato



Prof. Dr. Karl Lauterbach, SPD-Bundestagsfraktion

Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A. M. Neugebauer, DNVF e.V.

Dr. Regina Diel, KBV



Rudolf Bals, 65 plus

Dr. Wolfgang Eckert, bis 01/2014 KV Mecklenburg-Vorpommern

„Tur Tur". Schrappe: „Wenn man unsere Qualitätssicherung von außen betrachtet, sagt man: mein Gott, was wir alles haben." Doch näher betrachtet, was er als Wissenschaftler seit Jahrzehnten tue, ändere sich die Sichtweise, vor allem, wenn man sich dem aktuell angesagten „Steuern statt Messen" zuwende. Das liege vor allem an der fehlenden Zieldefinition, die sich schon in der deutschen Begrifflichkeit ausdrücke. Während die englischen Ländern das „Quality Improvement" nennen würden, sagten die Deutschen „Qualitätssicherung", ein Begriff, der die „Niederlage schon in sich" tragen würde. „Wir bräuchten einen Begriff wie Qualitätsverbesserung auf Systemebene", fordert Schrappe, denn diese Nomenklatur würde allen Beteiligten nahelegen, über Verbesserung zu sprechen. Und damit vor allem über Nutzen, wie Prof. Dr. Franz Porzsolt vom Universitätsklinikum Ulm in der anschließenden Podiums- und Plenums-Diskussion (s. S. 25) betonte.

Wenn es um Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und die Qualitätsfrage ganz allgemein geht, fragt Schrappe; „Wie schaffen wir es, das zu Messende in einen expliziten Wert zu überzuführen?" Seine Antwort: „Indem wir uns zuallererst über die Anforderungen klar werden." Genau darum brauche Deutschland eine Diskussion über die Zielorientierung. Und wenn man über Krankenhausplanung rede, sei das drängendste gesundheitliche Problem nicht mehr wie früher die Ausstattung mit Krankenhäusern zur Behandlung von Akuterkrankungen, sondern die einer alternden Bevölkerung mit chronischen Mehrfacherkrankungen und einem enormen Bedarf an Koordination. Schrappe: „Nach dem wir uns überlegt haben, ob wir eine vernünftige Vorstellung von Zielen haben, brauchen wir Indikatoren für eine Qualitätsverbesserungsstrategie, die sich auch nicht zu schade ist, auch strukturelle Themen in unserem Gesundheitssystem zum Gegenstand zu machen." Wenn Deutschland eine wirklich auf den Boden stehende Politik machen wollte, müsste jeder gemessene Indikator eine Potenz haben in Richtung Koordination und Integration unseres Systems. Wenn diese Komponenten schon nicht zum Gegenstand gemacht würden, sollten sie zumindest mitschwingen. Schrappe: „Wir sollten uns überlegen, ob gewisse unnütze und unschöne Nebenwirkungen unserer Vergütungssysteme wie der Mengenanreiz in Teilen positiv durch einen Qualitätsanreiz ersetzt werden könnten."

Schrappe, der sich als „absoluter Fan des Gemeinsamen Bundesausschusses" als eine untergesetzliche Form der Meinungsbildung outete, gab Lauterbachs Kritik zurück, indem er sagte, dass es sich die Politik in der letzten Zeit häufig zu leicht gemacht habe. Und zwar, indem sie „alles immer ganz schnell in riesigen Listen" an den G-BA delegiert habe, ohne jedoch die dafür eigentlich nötigen strategischen Zielsetzungen davor politisch festgelegt zu haben.

Pfeifer: Qualität muss Konsequenzen haben

Eine dieser notwendigen politschen Entscheidungen ist jene, die Hans-Werner Pfeifer, GKV-Spitzenverband, in seinem Vortrag „Von der Qualitätssicherung zur -steuerung?" aus Sichtweise der Kassen aufgriff. Nach seiner festen Überzeugung „muss Qualität endlich Konsequenzen haben" - und zwar nicht nur für die Struktur-, sondern auch für die Ergebnisqualität. Alleine dieser Paradigmenwechsel werde kurzfristig zu einer völlig veränderten Versorgungsrealität führen.

Doch auch bis dahin ist noch einiges an Wegstrecke zu gehen. Oder aus dem Weg zu räumen. Denn, so Pfeifer, zunächst konzentrierten sich Bund und Länder wieder einmal nur auf den stationären Bereich, was historische Gründe habe. Er hält das Ziel, die Krankenhausplanung um Qualität zu erweitern und die dafür nötigen Indikatoren in diesem Jahr zu formulieren, „für sehr ehrgeizig und eigentlich nicht für erreichbar". Gleichzeitig soll auch das Auswertungsverfahren im strukturierten Dialog erheblich verkürzt werden; und die Länder sollen die Möglichkeit erhalten, diese Regelung zum Bestandteil der Krankenhausplanung zu machen. Pfeifers Kritik: „Der Gesetzgeber begeht dabei den Fehler, dass er den Ländern diese Möglichkeit einräumt, es aber nicht zur Pflicht macht, und die Länder außerdem die Möglichkeit erhalten, regional davon abweichende Regelungen zu treffen." Darin sehe der Spitzenverband Bund ein erhebliches Risiko einer regionaler Absenkung der Qualitätsanforderungen. „Wenn ein Land die Möglichkeit hat, von bestimmten harten Kriterien abzuweichen, dann ist die Versuchung groß, das auch zu tun", meint Pfeifer.

Die Einhaltung der verpflichtenden Vorgaben in Form von Qualitätssicherungsrichtlinien ist für den Spitzenverband der Kassen außerordentlich wichtig. „Es kann nur so sein, dass bei Nichteinhaltung natürlich Vergütungsabschläge und letztlich der Entzug der Abrechnungsfähigkeit die Folge sein müssen", macht sich Pfeifer für ein Abschlagssystem stark. Dazu brauche es aber ein Stufenkonzept, da es einen Graubereich geben werde, in dem eben die Beurteilung der erbrachten Leistung Schwierigkeiten bereitet. Pfeifer: „Wir finden es sehr wichtig und wesentlich, dass dem MDK eine deutlich größere Bedeutung als bereits jetzt vorhanden in Bezug auf die Prüfung der Einhaltung von Vorgaben und auch der Prüfung der Dokumentation in den Krankenhäusern eingeräumt wird." Erforderlich sei dabei auch die Prüfung der OPS-Komplexcodes. Denn nur dann ist nach Pfeifers Meinung das Leistungsgeschehen im Krankenhaus tatsächlich in der erforderlichen Transparenz darzustellen. Die Regelung dazu könne freilich nicht der G-BA treffen, sondern sei Sache der Vertragspartner auf der Bundesebene. Doch ob die Länder letztlich im Rahmen der Krankenhausplanung aus so zu gewinnenden neuen Erkenntnissen Konsequenzen ziehen, bleibe abzuwarten.

So zum Beispiel auch die Verknüpfung von Qualität und Vergütung. Bei den Strukturqualitätsvorgaben, von denen schon eine ganze Menge im G-BA geschaffen worden sei, sei – wie Pfeifer ausführte - die Umsetzung bereits heute machbar. Doch wenn sich Qualität lohnen müsse, was sicher unstrittig sei, sei es letztlich schwer vermittelbar, wenn Qualitätsabschläge erst nach einer Übergangsfrist von zwei Jahren erfolgen würden. Doch könne ein Abschlag nicht die alleinige Lösung sein. „Wer dauerhaft schlechte Qualität erbringt und unter einem gewissen Qualitätsniveau bleibt, der soll eben auch von der Leistungserbringung konsequent ausgeschlossen werden", fordert der Spibu-Vertreter, der letztlich favon ausgeht, dass „diese Maßnahmen dazu führen werden, dass sich der Krankenhausmarkt langsam aber allmählich bereinigt". <<