Dokumentation des MVF-Kongresses „Qualität 2015“

Eine Frage der Datenqualität und des Vertrauens

Die „Qualitätsorientierung aus Sicht der Politik und Selbstverwaltung“, die beim MVF-Fachkongress „Qualität 2015“ am Vormittag (s. MVF 02/15) diskutiert wurde, ist die eine, die übergeordnete Ebene. Die andere, vielleicht wichtigere ist jene, auf der Qualität stattfindet, auf der Qualität gemacht wird: das ist die Ebene der Ärzteschaft und die der Krankenhäuser (wobei innerhalb des SGB V die Pflege außen vorgelassen wird). Dieser Themenblock stand am Nachmittag des MVF-Kongresstages in der Berliner Bertelsmann-Repräsentanz an, wobei nach den Vorträgen wie immer lang und kontrovers diskutiert wurde.

>> Priv.-Doz. Dr. med. Lutz Fritsche von der Paul Gerhardt Diakonie machte mit seinem Vortrag „Sichtweise Krankenhäuser: Qualitätsorientierung und Vergütung - Anspruch und Wirklichkeit“ den Anfang. Dabei stellte der Geschäftsführer von zehn Krankenhäusern gleich von Beginn an klar, dass es „kein Gebiet gibt, auf dem so viel dummes Zeug geredet wird wie in der Qualitätsdebatte“. Um diese zu vermeiden sei eine Begriffsklärungen wichtig Performance, zu förderst die des „Pay for Performance“, das richtig ins Deutsche übersetzt, zum einen „Durchführung“, zum anderen „Leistung“ bedeuten könne, was im englischen wieder in zwei Begriffe gefasst werde: in Pay for Process und Pay for Outcome. Für Krankenhäuser ist diese Grundentscheidung, worüber wir eigentlich reden, ganz wichtig: „Sprechen wir über Pay for Performance, das heißt, über die Möglichkeit, mehr Geld zu bekommen, wenn wir irgendwas besser machen oder so machen wie derjenige, der das Geld hat, es gerne hätte?“ Oder ginge es, so Fritsche darum, eine Rabattaktion zu starten? „Aus meiner Erfahrung muss ich es Ihnen sagen, dass viele Ansinnen, die ich bis jetzt erlebt habe, in erster Linie darum gingen, Rabatte zu bekommen,“ erklärte Fritsche: „Einfach das, was man schon gemacht hat, ein bisschen billiger.“

Vortrag Priv.-Doz. Dr. med. Lutz Fritsche, MBA, Paul Gerhardt Diakonie: Sichtweise Krankenhäuser: Qualitätsorientierung und Vergütung - Anspruch und Wirklichkeit“
(Downloadbar auf www.m-vf.de)

Fritsche fordert darum mehr Ehrlichkeit in der Diskussion: „Geht es eher darum, die Krankenhäuser, die nicht so gut sind, zu bestrafen?“ Oder: „Wollen wir denjenigen, die eigentlich alle relativ schlecht sind, helfen, besser zu werden?“ Sei diese Grundsatzunterscheidung einmal gefällt, wäre zu diskutieren, ob der Pay-for-Performance-Ansatz hier wirksam sein könne. Der aktuellste Cochrane Review zum Nutzen von Pay for Performance zeige, dass Pay-for-Process normalerweise hilfreich sei, da es sich positiv auf Zuweisungen auswirke. Das fänden allerdings nur die Amerikaner gut, in Deutschland werde den Krankenhäusern gleich vorgeworfen, sie würden zu viele Patienten aufnehmen.

Und mit Pay for Performance könnten die Verordnungskosten beeinflusst werden. Fritsche: „Das kennen wir aus dem deutschen niedergelassenen Bereich, das funktioniert.“ Doch gebe es überhaupt keine Evidenz dafür, dass man mit Pay for Performance systematisch Mediziner dazu bringen könne, sich leitliniengerechter zu verhalten, als sie dies ohnehin schon tun. Für ihn lautet der zentrale Satz dieses Cochrane Reviews, dass es keine Evidenz dafür gebe, dass finanzielle Anreize in irgendeiner Weise Patientenoutcomes, also die Ergebnisqualität verbessern. Fritsche: „Jetzt könnte ich eigentlich schon aufhören mit meinem Vortrag.“

Doch was wäre, sinniert Fritsche dennoch weiter, wenn es diese angenommene Evidenz gäbe? Wenn eines Tages von der Wissenschaft nachgeliefert würde, ob sich tatsächlich Verhaltensweisen ändern, wenn man finanzielle Anreize setzt, indem Honorierung oder Vergütung geändert wird. Frische: „Dabei muss es gar nicht um Geld gehen, denn Mediziner sind sehr stark durch das öffentliche Ansehen beeinflussbar.“ Public Reporting sei für Mediziner ein viel wichtigerer Anreiz, als ein paar Euro mehr, was durchaus untersucht sei und auch seiner Wahrnehmung entspräche. Obwohl es keine gute Studie zur gesetzlichen Qualitätssicherung und deren Effekten auf die Versorgungsqualität gäbe,

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

könne man aus seiner Erfahrung dennoch annehmen, dass die Konsumenten des öffentlichen Reportings nicht so sehr die Patienten und die Zuweiser seien, sondern in erster Linie das Krankenhaus selbst. Darum hätten die veröffentlichten Qualitätsberichte durchaus einen Sinn und auch nützliche Effekte, die Krankenhausmanager gerne nutzen. Frische: „Wir machen uns zwar keine große Illusionen, dass sich die Außenwelt sehr dafür interessiert, doch unsere Ärzte interessieren sich dafür und möchten sich messen mit anderen.“ Darum mache sein Unternehmen bei solchen Aktivitäten auch gerne mit. Doch dann sei ganz wichtig: „Welche Daten nehmen wir?“ Diese Frage sei für jemanden, der sich damit im Krankenhausalltag plagen muss, wirklich ein sehr mühsames Thema. Denn die Verwendung von Nichtroutinedaten, also Daten, die extra für den Qualitätssicherungszweck erhoben werden, sei eine deutsche Eigenart. Immer, wenn etwas aus dem Krankenhausalltag nicht passe, würde gleich der Datenschutz angerufen: „Wenn der Chefarzt was verhindern will, sagt er immer: „Datenschutz. Geht nicht. Können Sie nicht machen.“ Da dies immer das beste Verhinderungsargument sei, hätte man sehr große Schwierigkeiten, die erhobenen Routinedaten zu nutzen – aber nur in Deutschland, während alle anderen Länder, allen voran die angelsächsischen, dies tun.

Wenn man das aber machen will, sei es wichtig, sich von einem unadjustierten Krankenhausvergleich zu trennen. Fritsche: „Wir arbeiten immer noch fröhlich in erheblichem Umfang mit unadjustierten Daten.“ Erschwerend hinzu komme, dass ein Großteil der Qualitätsbögen im Februar ausgefüllt worden sei, und zwar nicht von den behandelnden Ärzten, sondern von Medizinstudenten. Wobei es keinen Mechanismus gäbe, etwaige Schlamperei in irgendeiner Weise aufzudecken. Noch schlimmer sei, dass es möglich sei, das System gezielt zu manipulieren, weil es keinen Source-Data-Check gibt. Und zum Dritten gebe es eine Pufferquote von zwei Prozent der Fälle, die ein Krankenhaus überhaupt nicht zeigen muss. Darum könne es gut sein, dass bei einer reporteten Mortalität oder einer Komplikationsrate von ein bis zwei Prozent, ess durch irgendeine organisatorische Fehlleistung dazu komme, dass genau diese Fälle nicht berichtet werden. „Und wenn dann ein Krankenhaus bei Null Prozent Mortalität und Komplikationsrate steht, sieht das halt gut aus und alle freuen sich.“

Fritsche: Solange das System als ein System der Selbstkontrolle von Ärzten genutzt wurde, haben sich die Ärzte bemüht, die Fakten richtig zu reporten, weil es sie selbst interessiert hat.“ Doch seit dem das Qualitäts-System zum Public Reporting aufgebohrt worden sei, ohne die Betroffenen richtig einzubinden, hat es keinen mehr interessiert, und sei zu einem „System Garbage“ verkommen. Dabei gebe es durchaus andere Verfahren und man frage sich, warum die so wenig diskutiert würden. Hier denkt Fritsche an die AOKen, als einzige Krankenkassen-Art, die sich aus seiner Sicht wirklich ernsthaft und erfolgreich mit ihrem wissenschaftlichen Institut bemüht hätten, ein Verfahren auf Basis von Routinedaten zu etablieren, das über den Krankenhausaufenthalt hinausschaut. Fritsche: „Das geht durchaus, trotz Datenschutz!“ Nun könne man lange wissenschaftlich darüber diskutieren, ob der bei der Risiko-Adjustierung verwandte Elixhauser Index geeignet sei oder nicht, aber – so Fritsche – „sie machen es wenigstens“. Und darüber hinaus sei dieser Ansatz „die stärkste Risikoadjustierung, die wir derzeit in einem deutschen System haben.“

Sein Fazit ist etwas ernüchternd. Wer Pay for Performance auf Patientenkollektivebene machen wolle, brauche dazu sehr überzeugende Qualitätsindikatoren, die ab 2016 (siehe MVF 02/15) entwickelt werden. Fritsche: „Das wird sicher auch ein paar Jahre dauern, und so lange haben wir dann erst mal Ruhe. Das ist ja vielleicht ganz erfreulich.“ Seiner Meinung nach ist die derzeitige externe gesetzliche Qualitätssicherung ein sehr teures Verfahren, für das nach seinen Berechnungen über 50 Millionen Euro jährlich aufgewandt werden, wobei dessen Nutzen nie belegt worden und es darum trotz all der schönen Hochglanzbroschüren „einfach schlichter Unfug“ sei. Seine Gegenfrage, da es Qualitätsindikatoren auf Routinebasis, ebenso mehrere etablierte Verfahren gebe: „Warum nutzen wir die



Priv.-Doz. Dr. med. Lutz Fritsche, MBA, Paul Gerhardt Diakonie.

nicht in Deutschland?“ Wobei noch gar nicht erwähnt worden sei, das so etwas wie Present on Admission, das in Amerika seit Jahren genutzt werde, in Deutschland noch gar nicht gebe. Dies lehne das DIMDI seit Jahren ab. Doch da das DIMDI nicht begründungspflichtig und die Beratungen mit den Beratungsgremien des DIMDI explizit geheim seien, wüsste man bis heute nicht, warum es das DIMDI nicht wolle, dass bei Nebendiagnosen zwischen „Bestand schon vorher“ und „ist im Krankenhausaufenthalt erworben“ unterschieden wird. Fritsche: „Das DIMDI ist eine nachgeordnete Behörde des Bundesgesundheitsministeriums, so doll kann der Wille nicht sein, wirklich qualitätsorientierte Vergütung zu machen.“

Möhlmann wirbt für einen Versuch

Harald Möhlmann, Geschäftsführer der AOK Nordost, ging in seinem Vortrag „Qualitätsorientierte Honorarverteilung im Versorgungsmanagement“ unter anderem auch auf das von Fritsche so gelobte System der AOKen ein. Die AOK verwendet es unter anderem zur Evaluation der Qualität von Arztnetzen, die einzig und allein an Ergebnissen orientiert seien.

Vortrag von Harald Möhlmann, AOK Nordost; „Qualitätsorientierte Honorarverteilung im Versorgungsmanagement“
(Downloadbar auf www.m-vf.de)



Harald Möhlmann, Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost

„Man muss versuchen, immer ein bisschen besser zu sein als der Standard.“
Harald Möhlmann, AOK Nordost

Auf der einen Seite werde die Risikostruktur aller Versicherten der AOK-Nordost festgestellt, der dann die jeweilige Risikostruktur der Teilnehmer eines Arztnetzes gegenübergestellt wird. Möhlmann: „Danach übertragen wir die Risikostruktur des Arztnetzes auf die Versicherten der AOK-Nordost und können damit hinterher einen risikoadjustierten Ausgabenwert des Arztnetzes verglichen mit den Ausgaben der AOK-Nordost ableiten.“ Das sich abbildende Delta wird nach Möhlmanns Worten zwischen den Arztnetzen und der AOK-Nordost geteilt. Die hinter diesem System agierende Software sei nicht ganz unbegehrt. Auch sei die dazu gehörende Risikoadjustierung über Jahre gewachsen, umfasse zur Zeit circa 450 Variablen und habe eine höhere Abbildungsqualität als die rund 200 Variablen des Morbiditätsrisikostrukturausgleichs. Möhlmann: „Über den MRSA werden rund 200 Milliarden Euro verteilt, doch der R^2 unserer Anpassung ist etwas höher als das, womit das Gesamtbudget verteilt wird.“

Man muss – so Möhlmann – eben versuchen, immer ein bisschen besser zu sein als der Standard, denn hier sei der Punkt, an dem sich Ergebnisorientierung und Wirtschaftlichkeit treffen. Als Weiterentwicklung diene das AOK-System QuATRo, mit dem versucht werde, die Qualität der Versorgung in Arztnetzen zu messen. „Das ist der Versuch, aus Prozessdaten heraus Zusammenhänge zu ermitteln und mit diesen eine Qualitätskomponente zu bekommen“, erklärt Möhlmann. Doch leider gebe es derzeit noch keine überzeugenden Ansätze, „wie wir das, was wir da herausfinden, integrieren können in die Versorgungsrealität“.

Dennoch ist Möhlmann bereit, aktiv damit zu arbeiten. „Die Frage lautet“, sagt der Chef der AOK Nordost, „ob wir als AOK so viel Kredit haben, das irgendwo auszuprobieren.“ Er denkt unter anderem auch daran, eine andere Art der Honorarverteilung als die momentan bestehende zu etablieren. Möhlmann: „Diese könnte sich zum Beispiel auch daran messen, dass man zunächst im niedergelassenen Bereich eine Vorhaltepauschale zahlt.“ Darauf aufsetzen könne man dann eine Kopf- oder eine Fallpauschale. „Weil wir über die anreizökonomischen Effekte von Fallpauschalen Bescheid wissen, würden wir Einzelleistungen obendrauf setzen“, sagt Möhlmann. Auch weil die Kassen gelernt hätten, dass mit guter Honorierung von Einzelleistungen gute Effekte zu erreichen seien – „in aller Regel jedenfalls“, schränkt er aber auch wieder ein. Im Endeffekt spricht er sich damit für einen Ansatz im Sinne des Pay-for-Results aus. Doch sei eine spannende Frage, wie dieses System im Einzelnen auszugestalten sei. Doch dazu brauche es zu aller Erst ein vertragspartnerschaftliches Verständnis über den Begriff Qualität. „Und seien Sie versichert, dass wir nur begrenzt an der Inputseite der Qualität interessiert sind“, erklärt der AOK-Chef. Denn wer das SGB V durchschaue, werde schnell erkennen, dass „alles schon einmal bezahlt worden ist, was man sich an Input vorstellen“ kann. Er aber ist an Output interessiert. „Wir wollen“, so Möhlmann, „über Qualität im Ergebnissinne reden.“ Und hier könnte Patientenzufriedenheit und Patientennutzen eine große Rolle spielen, spielt er auf die Worte von Struntz an. <<