Plenarsitzung Blickwinkel Systeminnovation – die gesetzliche Qualitätssicherung

Status und Zukunft einer neuen Qualitätskultur

Unter Vorsitz von Univ.-Prof. em. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer (DNVF) und Dr. Christoph Veit (IQTiG) sprachen Prof. Dr. Joachim Szecsenyi (AQUA), der die Entwicklungen der gesetzlichen Qualitässicherung in den letzten fünf Jahren und den aktuellen Stand 2015 darstellte, und Prof. Dr. Max Geraedts (Universität Witten/Herdecke), der die Perspektive der Versorgungsforschung einbrachte (und dabei Widerspruch von ersterem erntete). Auf gleicher Linie waren dagegen Dr. Regina Klakow-Franck (G-BA), die zum Thema „Gesetzliche Qualitätssicherung im Rahmen der Neufassung von SGB V 137a" referierte und Prof. Dr. Matthias Schrappe (Köln), der über die „Gesetzliche Qualitätssicherung: Chancen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens?" sprach.

>> Das deutsche Gesundheitssystem macht derzeit einen gravierenden Systemwandel durch, wobei bei der stationären und sektorübergreifenden Qualitätssicherung künftig die Qualität, nicht mehr nur die Quantität eine zentrale Rolle spielen wird. Um dieses Ansinnen politisch zu stützen, nimmt ab Januar 2016 als Nachfolgeinstitution des AQUA-Instituts das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) seine Arbeit auf, dessen Leiter Dr. Christoph Veit (früher BQS) ist. Jener nahm als Plenarvorsitzender die in den Vorträgen ausgeführten Anregungen der Redner – von Prof. Dr. Joachim Szecsenyi über Prof. Dr. Max Geraedts, bis hin zu Dr. Regina Klakow-Franck und Prof. Dr. Matthias Schrappe – recht offen auf. Kein Wunder: Wie Versorgungsqualität gemessen und dargestellt werden kann, welche Anforderungen aus wissenschaftlicher Sicht an die gesetzliche QS gestellt werden müssen und wie Patientenbefragungen eingebunden werden könne, all das war Gegenstand dieser Sitzung, die indes in einer kleinen wissenschaftlichen Kontroverse zwischen Szecsenyi (AQUA) und Geraedts (Witten-Herdecke) gipfelte.

„Einen gewissen Qualitätsstandard erreichen"

„Innerhalb von knapp sechs Jahren sind vier Methodenpapiere entstanden", erklärte Szecsenyi. In diesen Jahren sei nicht nur die Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren erkennbar, sondern auch Verbesserungspotenziale identifiziert, und sogar die Art und Weise erläutert, wie Experten, die bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren einbezogen werden können. Alles nachzulesen auf dem Portal www.SQG.de, das wohl vom AQUA-Nachfolgeinstitut, dem IQTiG, inhaltlich weiterbetrieben werde, wie er sich mit einem Seitenblick auf den Plenarvorsitzenden Veit versicherte.

In den ebenfalls entstandenen Qualitätsreports, die Informationen über den Stand der gesetzlich vorgeschriebenen externen stationären Qualitätssicherungsverfahren geben würden, seien neue Darstellungsweisen geschaffen worden, um die Verständlichkeit der darin enthaltenen Informationen zu verbessern, teilweise sogar laienverständlich zu machen.

Im Jahre 2014 haben immerhin bereits 1.557 Krankenhäuser ungefähr 3,25 Millionen Patientenfälle aus 30 Leistungsbereichen eingebracht, wobei laut Szecsenyi hier operative Verfahren stark vertreten seien, was aber mit der Historie der externen stationären Qualitätssicherung in Deutschland zu tun habe. Insgesamt seien 416 Qualitätsindikatoren abgebildet, wobei gegenüber dem Vorjahr eine 15,6-prozentige Verbesserungsrate feststellbar ist. Es gebe zwar immer eine gewisse Schwankungsbreite, doch in 79 Prozent sei die Qualität der Versorgung gleich geblieben. Szecsenyi: „Das ist aber auch ein Anliegen der gesetzlichen Qualitätssicherung, dafür zu sorgen, dass wir einen gewissen Qualitätsstandard erreichen und es damit auch eine verlässliche Versorgung gibt." Deswegen sei es auch kein Schaden, wenn die Indikatoren mal gleich blieben, so die denn in den vorgegebenen Referenzbereichen lägen.

„Zwischen 99 und 100 Prozent sind durchweg hervorragend"

Das sah Geraedts, der innerhalb des Plenums die Perspektive der Versorgungsforschung auf die gesetzliche Qualitätssicherung einnahm, etwas anders. Er stellte zuerst einmal in Frage, ob im Zuge der externen Qualitätssicherung überhaupt eine Verbesserung der Qualität der Versorgung einhergegangen sei. Denn um dieses Ziel zu erreichen, sei zuvörderst die Kenntnis der Qualitätsberichte seitens der Ärzte, aber auch seitens der Patienten nötig, um eine informierte Krankenhauswahl beziehungsweise -beratung zu ermöglichen. Dem ist aber nicht ganz so. In einer vom G-BA geförderten Studie, in der eine Patientengruppe eingeschlossen wurde, die sich Prozeduren aus fünf verschiedenen QS-Leistungsbereichen unterzogen hatten, wurde dieser noch im Krankenhaus Auszüge aus Qualitätsberichten vorgelegt, die eben die besuchten Fachabteilungen beleuchten. Hinterher wurden die Patienten dann gefragt, was sie denn mit diesen Informationen anfangen konnten. Erste Erkenntnis: Die Patienten kennen die Qualitätsberichte nicht vorab. Die Zweite: Nur eine absolute Minderheit versteht nach der Lektüre die Qualitätsberichte und hält deren Inhalte darum auch nur in geringem Umfang für hilfreich.

Ein ähnlicher Studienansatz sei mit einer großen Krankenhauspatientenstichprobe gemacht worden. Ergebnis auch hier: Von rund 2.000 repräsentativen Patienten nutzen nur 9 Prozent derjenigen Patienten, die tatsächlich im Krankenhaus liegen, überhaupt das Internet vorab für Informationen vor der Krankenhausaufnahme. Das sei beispielsweise bei der Geburtshilfe, der Kinderheilkunde und der Orthopädie etwas anders: Hier würden Qualitätsberichte immerhin ein paar wenige kennen.

Das gleiche Bild zeige sich bei den Ärzten. In einer Zufallsstichprobe aus drei KV-Regionen kam heraus, dass auch ein Großteil der Ärzte die Qualitätsberichte einfach nicht kennt – weder die Print-, noch die Onlineversion. Nur 14 Prozent der befragten Ärzte hätten die Reports überhaupt schon mal für die Beratung zu Einweisungsentscheidungen benutzt. Sein Fazit: „Bei der Nutzung der Qualitätsberichte gibt's noch Luft nach oben."

Anders bei den Indikatoren selbst, wie er in einer Studie herausfand, bei der er die Qualitätsreports von BQS und des AQUA-Institut mit Zahlen des Statistischen Bundesamts korreliert hatte. Zunächst würde sich bei den zeitlichen Trends der Indikatorverläufe aus vier Leistungsbereichen, die seit 2006 öffentlich berichtspflichtig gewesen waren, zeigen, dass ganz langsam eine Ver-

besserung in Richtung der Hundertprozentmarke stattfindet.

Das ist ein Fakt, den auch Szecsenyi in seinem Vortrag bereits ausgeführt und auch als gewollt begrüßt hat, wobei Geraedts hier etwas genauer wurde. Er sagte, dass sich im Schnitt zwar zwischen 10 und 15 Prozent der betrachteten Indikatoren verbessern und sich zwischen 2 und 5 Prozent verschlechtern. Doch das Gros, nämlich 80 bis 90 Prozent, bleibt über die Jahre immer konstant. Geraedts Wertung über alle vier von ihm präsentierten Beispiele hinweg: „Aus der Perspektive der Versorgungsforschung ist das verbliebene Optimierungspotenzial relativ gering."

Wenn man den Qualitätsreport 2013 betrachte, werde deutlich, dass bei rund 120 Indikatoren nur bei 47 Prozent ein Optimierungspotenzial von unter 1 Prozent möglich sei. Anders ausgedrückt heiße das nichts anderes, als dass 99 und 100 Prozent aller analysierten Krankenhäuser durchweg hervorragend seien. Nur bei 39 Prozent sei noch ein Verbesserungspotenzial zwischen 1 und 5 Prozent möglich. Jetzt könne man sich natürlich fragen, ob das sinnvoll sei, meint Geraedts, der hier den ökonomischen Grundgedanken von Grenzkosten und -nutzen ins Spiel brachte. Sein Rat: „Wenn die Grenznutzen immer geringer werden, muss man sich fragen, wie man damit umgeht und was man damit macht."

Dennoch sei das Monitoring der Qualität auf Basis von Qualitätsindikatoren absolut notwendig für ein echtes Qualitätsmanagement. Dennoch könne man auf viele der bisherigen Indikatoren verzichten, um dafür neue Indikatoren zu erheben, die nicht eine sektorenübergreifende QS ermöglichen würden, sondern auch die von chronischen Erkrankungen sowie regionale Betrachtungen. Seine Forderung: „Wir brauchen zum einen eine Verbesserung der Nutzung der Qualitätsberichte, zum anderen neue und bessere Qualitätsindikatoren."

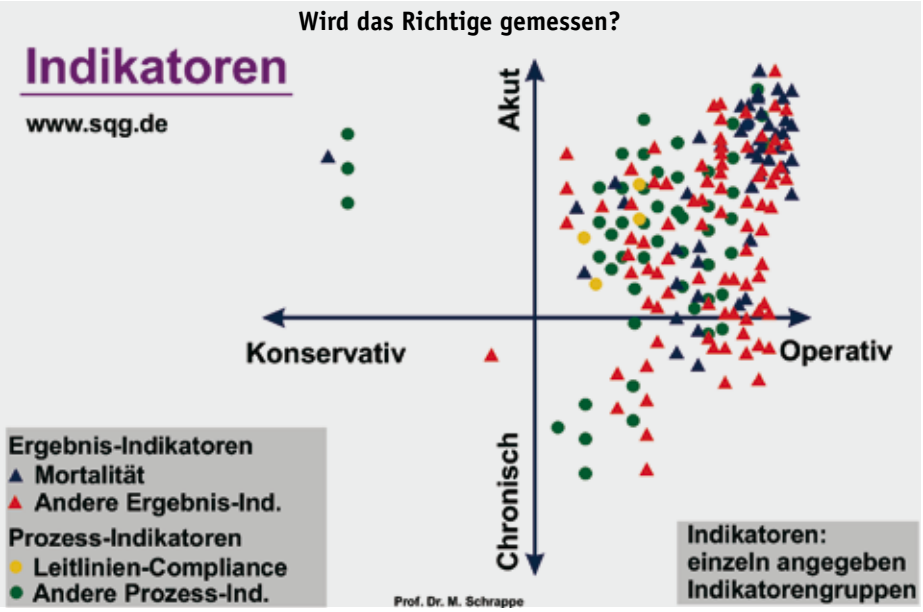


Chart aus dem Vortrag von Prof. Dr. Matthias Schrappe auf dem 14. DKVF 2015: „Gesetzliche Qualitätssicherung – Chancen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens". Quelle: Fachbuch „Qualität 2030" (MWV 2014).

„Keine Revolution"

Genau aus diesem Grunde ist ja auch die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Qualitätssicherung die Kernaufgabe des neugegründeten Instituts IQTiG, das allerdings nach Worten von Dr. Regina Klakow-Franck, in ihrer Funktion als unparteiisches Mitglied des G-BA unter anderem zuständig für QS, keine komplett neue Erfindung gewesen sei. Vielmehr sei das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen schlussendlich eine konsequente Weiterentwicklung des ersten Qualitätsinstituts, das bereits im Jahr 2001 als freiwillig gegründete Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, kurz BQS, seine Arbeit aufgenommen hatte.

Doch der Wunschvorstellung der Politik, dass sich mit der Neufassung des §137a nach dem langjährigen Ausflug in eine fachlich unabhängige QS-Institution, die nach einem Ausschreibungsverfahren beauftragt wurde (das dann das AQUA gewonnen hatte) mit der Neugründung des IQTiG gleichsam eine Revolution einstellen würde, erteilte sie eine deutliche Absage.

Denn im Grunde gebe es nach wie vor die gleiche sinnvolle und transparente Aufgabenteilung wie vorher: Die Verantwortung für die Normgebung liegt beim Gemeinsamen Bundesausschuss, während die Umsetzung mit der fachlich unabhängigen Kompetenz des neuen Qualitätsinstituts geschehe.

Auf der Basis der gleich gebliebenen Aufgabenteilung hätte sich jedoch ein Fakt in die richtige Richtung verändert. Denn mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz, kurz FQWG, wurde neu geregelt, wer Anträge für ein neues Qualitätssicherungsverfahren stellen darf. Das sind die Trägerorganisationen des G-BA, sprich die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Aber auch die Patientenvertretung im G-BA, dessen unparteiische Mitglieder und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) selbst. Und zusätzlich kann sich das IQTiG auch selbst beauftragen, was immerhin mit zehn Prozent der zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln alimentiert worden ist. Klakow-Franck: „Das ist eine sehr wichtige innovative Komponente in der Neuregelung des Qualitätsinstituts."

Eine der Aufgaben des neuen Instituts liege darin, ein Krankenhausbewertungsportal im Auftrag des G-BA zu entwickeln. Nach Willen der Politik soll online Vergleichswissen über die stationäre Versorgungsqualität zur Verfügung gestellt werden. Ein Ansinnen, das zwar nach Worten Klakow-Francks grundsätzlich eine sinnvolle Weiterentwicklung sei, da es zur Zeit zwar viele unterschiedliche Krankenhausbewertungsportale unterschiedlicher Qualität mit noch sehr wenig Nutzen für die Patienten gebe. Dennoch weigert sich bisher der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Prof. Josef Hecken (s. „Market Access & Health Policy" 06/15), diesen Auftrag vor allem aus methodischen, aber auch aus haftungsrechtlichen Gründen zu erteilen, was dieser auch bereits Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe mitgeteilt habe.

Vor diesem Hintergund sprach Prof. Dr. Martin Schrappe (Köln) in seinem Vortrag (s. dazu auch MVF 03, 04/14) einen wichtigen Kernpunkt für die Versorgungsforschung an, die sich zuallererst die Frage stellen müsste, was der Begriff Qualität überhaupt bedeute. Denn Qualität könne man nicht messen, weil sie implizit sei. Doch wenn man Qualität explizit messen wolle, müssen man zuerst die richtigen Anforderungen formulieren und dann auch das Richtige messen, was auch Geraedts forderte. <<