

Aufbruch in ein neues Zeitalter der Qualitätssicherung?

Kommt die Sprache auf das Thema Qualitätssicherung, dann sind die Stichworte in der Regel schnell ausgesprochen: Pay for performance („P4P“), Mindestmengen, Ergebnis-, Struktur-, Prozessqualität, Selektivverträge, Risikoadjustierung, Rosinenpickerei, Bestenlisten und Rankings. An diese Begriffe knüpfen sich viele Hoffnungen und Befürchtungen. Mit diesen Erwartungen umgehen muss ab 2016 das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG).

von **Bülent Erdogan**

Mit dem Jahreswechsel 2015/2016 zeichnet das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) bundesweit für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung (QS) nach § 137 SGB V verantwortlich. Auf der Medizin-Messe Medica 2015 gab der Leiter des Instituts, Dr. Christof Veit, einen kurzen Überblick über die Agenda des IQTiG, das die Aufgabe der Qualitätssicherung vom bisher zuständigen AQUA-Institut in Göttingen übernimmt.

Was nützt tatsächlich?

Aufgaben des neugegründeten Instituts nach § 137 a SGB V sind die Entwicklung möglichst sektorenübergreifend abgestimmter, risikoadjustierter Indikatoren und Methoden für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität und die Entwicklung einer Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung. Die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen in „geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form“ veröffentlicht werden.

Bei der Ausgestaltung des Auftrags will sich das Institut nach den Worten Veits an den Begriffen Praktikabilität, Effektivität und Justiziabilität orientieren. So müsse die notwendige Dokumentation der Versorgung in der Routine des Alltags „leist-



Dr. Christof Veit, Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen: Die ambulante und stationäre Qualitätssicherung der Perkutanen Koronarintervention und Koronarangiographie ist 2016 das erste externe, vom IQTiG begleitete Verfahren. Foto: IQTiG

bar“ sein, neue Bürokratie vermieden und heutige administrative Routinen, die für die Versorgung der Menschen keine positiven Effekte zeigen, aufgegeben werden (Praktikabilität). „Wir müssen sehr kritisch fragen: was nützt denn tatsächlich?“ Bislang liegt der Schwerpunkt für Veit offenbar zu häufig auf den Prozessen denn auf den Ergebnissen.

In den Bereichen, in denen Leistung künftig gemessen wird, solle die Datenerhebung, „wenn wir den Aufwand schon betreiben“, auch zu Konsequenzen führen (Effektivität). Veit verwies auf Daten, die seit vielen Jahren erhoben würden, deren Vorliegen aber keine Folgen für die Versorgung, genauer gesagt für die Teilnahme von Klinikabteilungen an der Patientenversorgung, hätten. Die bisherige „Zahnlosigkeit“ gegenüber Einrichtungen mit „schlechter Qualität“ müsse ein Ende haben.

Schließlich müssten die Indikatoren und Instrumente zur Messung von Qualität (als „legitime Anforderungen“) gerichtlichen Überprüfungen standhalten können (Justiziabilität). Dabei werde es auch darauf ankommen, „sehr gut zu kommunizieren, was wir mit Qualitätsmessung leisten können und was nicht“, so Veit.

Für das sektorenübergreifende QS-Verfahren PCI (Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie) beginnt mit dem Jahr 2016 der Regelbetrieb. Veit forderte den Gesetzgeber auf, „politischen Willen“ zu zeigen und das Konzept der Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich wieder aufzugreifen, damit darauf Krite-

rien aufsetzen können, die den QS-Fall für die jeweilige Indikation auslösen.

Versorgungsqualität werde nur verbessert, wenn die Qualitätssicherung denen nutze, die Patienten versorgen, sagte der gelernte Chirurg. In puncto Transparenz will Veit sein Institut als Dienstleister verstanden wissen und nicht als eine Einrichtung, die Nabelschau betreibt – oder von der Spitze der Versorgungspyramide auf das Geschehen herabblickt: „Wir müssen aufhören, lediglich sehr viele Informationen zu geben, sondern wir müssen Antworten geben, die Orientierung erlauben.“ Diese Orientierung solle zum Beispiel seiner Nachbarin ermöglichen, die beste Klinik für die anstehende Operation ihres Mannes zu finden, sagte Veit.

Der Teufel steckt im Detail

Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands, erhofft sich mit dem neuen Institut eine Versachlichung der öffentlichen Debatte über die Qualität der Krankenhausversorgung. In den vergangenen Jahren habe sich die Qualität der Versorgung verbessert, sagte der Hauptgeschäftsführer der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH Paderborn. „Aber der Teufel steckt bekanntlich im Detail“, so Düllings. Er warnte davor, im Bemühen um faire, auch sektorenübergreifende, Vergleiche der Behandlungsqualität, vielleicht sogar im Bestreben um Rankings, erneut Bürokratie zu schaffen.

Düllings brach eine Lanze für das Instrument des „Strukturierten Dialogs“ im Rahmen des BQS-Verfahrens (siehe *Kasten*). Dieses führe zu Veränderungen „in den Köpfen der handelnden Personen. Es ist schon etwas peinlich, wenn man mit einer Abteilung dann vor Fachkollegen vortragen muss und sich sagen lassen muss, dass man bestimmte Qualitätsparameter nicht erfüllt.“ Es müsse mehr auf die Ergebnisse geschaut werden denn auf Prozesse oder Strukturen. Wichtig sei die Bereitstellung von Informationen, die für den Patienten wie den Arzt entscheidungsrelevant seien.

Die Zielsetzung der mit dem IQTiG aufgesetzten Qualitätssicherung sei nach heutigem Stand ungewiss und erzeuge „eine ganze Menge Widerstände“, bemängelte Professor Dr. Thomas Mansky, Leiter des Fachgebietes Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der TU Berlin. „Stellt sie auf die Bereinigung des Krankenhausmarktes ab, oder wollen wir eine Qualitätsverbesserung?“, fragte der Arzt und machte gleich deutlich, dass beides miteinander verbunden sei.

Hinzu komme, dass das Problem der „kleinen Fallzahlen“ nicht gelöst sei. Dies gelte unabhängig davon, ob es dem IQTiG gelingen werde, Indikatoren zu entwickeln oder nicht. „Die Justiziabilität hängt von der statistischen Sicherheit mit ab. Kein Richter wird einen Parameter für justizibel erklären, dessen Konfidenzintervall zu hoch ist.“ Aus vielen Untersuchungen sei bekannt, dass es „einen ziemlich guten Zusammenhang von Fallzahlen und Ergebnisqualität gib“. Gleichzeitig lasse man „die Patienten zu Anbietern laufen, die eine moderne Versorgung auf dem Stand des 21. Jahrhunderts nicht mehr bieten können“. Mit Qualitätsindikatoren sei da nichts zu machen, „weil die statistischen Unsicherheiten zu groß“ seien, so der Mediziner.

Nach Ansicht von Mansky, von 2000 bis 2010 bei Helios für den Bereich „Medizinische Entwicklung“ verantwortlich, wird angesichts dieses grundsätzlichen Problems auch das IQTiG über die Versorgungsqualität von ungefähr der Hälfte der 1.600 Akutkrankenhäuser in Deutschland wohl keine substantiellen Aussagen machen können – neue Indikatoren hin oder her. Es gelte, den Leuten über die Situation „klaren Wein“ einzuschenken und zu sagen: „Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Kliniken schlecht sind, ist höher.“ Solange die Länder im Rahmen der Krankenhausplanung keine Behandlungs-Schwerpunkte mit entsprechend großen Fallzahlen vorsähen, müssten die Bürger nach den Worten Manskys daher über die Fallzahlen der jeweiligen Klinik informiert werden.

Mit dem im November 2015 verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetz hält auch die Koalition am Konzept der Mindestmengen fest: „Qualität steigt mit Erfahrung – das gilt besonders dann, wenn es sich um hochkomplexe Leistungen handelt“, gibt sich das Bundesgesund-

heitsministerium überzeugt. Mit dem Gesetz müssen Krankenhäuser, in denen Behandlungen vorgenommen werden, für die eine Mindestmenge festgelegt ist, künftig im Voraus eine Prognose zum Erreichen der geforderten Leistungsmenge abgeben. „Die Krankenhäuser werden hierzu verpflichtet, mit den Landesverbänden der Krankenkassen diese Prognosen für das jeweilige Folgejahr abzustimmen. Anhand dieser wird entschieden, ob ein Krankenhaus die Leistung im Folgejahr erbringen darf oder nicht. Erbringt ein Krankenhaus eine Leistung, obwohl es die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht, so erhält es von der Krankenkasse keine Vergütung für die Behandlung.“

Zwar sei die Qualität in Deutschland „exzellent“, aber sie sei „trotzdem uneinheitlich“, sagte Mansky. „Qualitätssicherung, wenn ich sie richtig machen will, muss sich um die schwarzen Schafekümmern. Die muss ich identifizieren, da muss ich ran. Allerdings traut sich niemand da ran.“ Aufgabe des neuen Instituts sei es, „endlich“ Anschluss an internationale Standards bei der Ergebnismessung zu finden, und das auch sektorenübergreifend.

Wünschenswert sei zudem, dass das IQTiG „K.o.-Kriterien“ struktureller Art in puncto personeller oder technischer Ausstattung entwickelt, die Gesundheitseinrichtungen erfüllen müssen, um an Versorgung teilnehmen zu dürfen. Allerdings, so räumte Mansky ein, sei damit auch immer ein gewisses Risiko verbunden, dass Kliniken, „auch wenn es wirtschaftlich gar nicht sinnvoll ist, versuchen, diese zu erfüllen“ und es zu einem medizinisch nicht hilfreichen technischen „Hochrüschen“ komme.

Dr. Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes, nannte die Generierung „verlässlicher, harter Daten“ als wichtigste Funktion des neuen Instituts. Wie Mansky forderte auch er eine stärkere Orientierung an Mindestmengen, damit auch Qualität justizibel messbar sei. „Wenn ich bei fünf Transplantationen zwei Todesfälle habe, kann das Zufall sein. Wenn ich bei 50 aber 20 habe, dann sollte man aktiv werden.“ Es treffe nicht zu, dass es den Krankenkassen lediglich um eine Strukturbereinigung gehe: „Wir wollen, dass bestimmte Einrichtungen vom Markt gehen, damit die Patienten nicht gefährdet werden“, sagte Leber.

Im Dialog für Qualität

Stationäre Qualitätssicherung: Seit dem Jahr 2001 müssen sich nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser an einer externen Qualitätssicherung beteiligen (§ 137 SGB V). Kernstück sind Qualitätsindikatoren zu ausgewählten Therapien und Referenzwerte. Erreicht ein Krankenhaus zu einem Qualitätsindikator den Referenzwert nicht, wird gemeinsam mit dem Krankenhaus geklärt, ob hier Verbesserungsbedarf besteht oder ob zum Beispiel Klinikbesonderheiten oder eine Häufung besonderer Fallkonstellationen hierfür ursächlich waren.

Für das Jahr 2014 lieferten in Nordrhein-Westfalen 403 Krankenhäuser zu 731.562 Patientenbehandlungen Datensätzen zu 20 Leistungsbereichen. Die Daten über diese Behandlungen führten zu einer intensiven Kommunikation mit 3.018 Ärztinnen und Ärzten über die Qualität der einzelnen Behandlungsschritte und -ergebnisse (Stellungnahme, Hinweis, Vor-Ort-Begehung, Zielvereinbarung). Die bei den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe angesiedelte Geschäftsstelle QS-NRW betreut das Verfahren in NRW.

Sektorübergreifende QS: Im Jahr 2007 fasste der Gesetzgeber den Entschluss, die externe Qualitätssicherung auf die ambulante Versorgung auszudehnen. Bislang steht diese ambulante wie stationäre QS allerdings nur auf dem (Sozialgesetzbuch-) Papier. Im Jahr 2010 veröffentlichte der G-BA die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL). Die Richtlinie gibt vor, dass ambulante und stationäre Behandlung übergreifend erfasst werden sollen. Der G-BA hat bislang zu folgenden Versorgungsbereichen die Entwicklung von Verfahren beauftragt:

- Kataraktoperationen (Augenoperation bei Grauem Star)
- Konisation (gynäkologischer Eingriff)
- Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
- Kolorektales Karzinom
- Arthroskopie am Kniegelenk
- Hüft-Endoprothesenversorgung
- Knie-Endoprothesenversorgung
- Vermeidung nosokomialer Infektionen (postoperative Infektionen und Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen)
- Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen
- Versorgung bei psychischen Erkrankungen

Mit dem sektorenübergreifenden QS-Verfahren zur PCI (Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie) beginnt mit dem Jahr 2016 nach einer mehrjährigen Erprobungsphase der Regelbetrieb.