

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2020

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Regina Klakow-Franck

Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen – Defizite und Lösungsvorschläge, Seite 60–77

doi: 10.30433/GWA2020-60

Regina Klakow-Franck

Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen – Defizite und Lösungsvorschläge

Der Beitrag stellt das vorhandene Regelwerk und die Entwicklungsschritte der gesetzlich verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitssystem vor. Die Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements betreffen dabei unterschiedliche Beteiligte in unterschiedlichen Sektoren der Patientenversorgung. Zeitlich spannt die Darstellung einen Bogen von den Anfängen der 1960er Jahre bis in die jüngste Zeit auf, in der neue Herausforderungen auf die Qualitätsentwicklung warten.

Einleitung

Im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt nicht nur ein Wirtschaftlichkeitsgebot, sondern auch ein Qualitätsgebot: Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Um dies zu gewährleisten, sind Krankenhäuser, Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren dazu verpflichtet, sich an Maßnahmen zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Diese Maßnahmen zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (QS) und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement (QM) stellen im engeren Sinne die bis dato unter dem Oberbegriff Qualitätssicherung subsumierten Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung der Patientenversorgung im GKV-System dar.

Vor dem Hintergrund dieses Qualitätsanspruchs ist zwischenzeitlich ein immer komplexer werdendes Regelwerk für die gesetzlich verpflichtende QS entstanden. Als Zwischenbilanz muss jedoch konstatiert werden, dass die verpflichtende QS immer weniger ihrem ursprünglichen Zweck der Qualitätsförderung gerecht wird. Dies liegt zum einen an einem Rückstand bei der Systempflege und kontinuierlichen Weiterentwicklung der QS-Verfahren, zum anderen an einer zunehmenden Vernachlässigung

des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Wenn zum Beispiel vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie das QS-Verfahren „Ambulant erworbene Pneumonie“ nur als Last und nicht als nützlich sowohl für die betroffenen Patientinnen und Patienten als auch für die Krankenhäuser empfunden wird, muss dies als ernstes Alarmsignal für den Binnenzustand der einrichtungsinternen Qualitätskultur in deutschen Krankenhäusern gewertet werden.

Auch die neueren Ziele der QS – sektorenübergreifende Qualitätssicherung und qualitätsorientierte Versorgungssteuerung – sind noch nicht erreicht. Die Ursachen für diesen auf sich warten lassenden „Qualitätsschub“ im Gesundheitswesen sind jedoch nicht allein in der QS, sondern auch in den Rahmenbedingungen unseres Gesundheitssystems zu suchen.

Qualitätsförderung als Zweck der „klassischen“ Qualitätssicherung

Die gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung gemäß SGB V, so wie wir sie heute kennen, hat ihre fachlich-methodischen Anfänge in den 1960er Jahren. Zurecht wird die Münchner Perinatalstudie als „Mutter“ aller einrichtungsübergreifenden QS-Verfahren bezeichnet. Grundlage hierfür war das Selbstverständnis des freien Arztberufs, die Qualitätskontrolle des eigenen Handelns als ureigenste Aufgabe der ärztlichen Profession zu verstehen. Als solche war und ist die Qualitätssicherung bis heute auch im ärztlichen Berufsrecht und in den Heilberufe- und Kammergesetzen der Länder verankert.

Die Grundidee der Qualitätssicherung war auf Qualitätsförderung ausgerichtet und denkbar einfach: Durch den Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denen anderer Einrichtungen sollte ein Lernen vom Besseren ermöglicht werden. Der Zweck der Qualitätsmessung anhand von Qualitätsindikatoren war die Unterstützung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in Krankenhäusern und Arztpraxen, kurzum: die Förderung von Versorgungsqualität durch Einleitung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses mit den zyklisch wiederkehrenden Phasen Plan, Do, Check, Act (P-D-C-A-Zyklus). Die einrichtungsübergreifende „externe“ Qualitätssicherung und das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sollten wie Zahnräder ineinandergreifen.

Die Gründung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH (BQS) im Jahr 2001 und die Entwicklung des Zertifizierungsverfahrens KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) – beides bereits gemeinsam mit anderen Partnern der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen – können als Höhepunkte dieser von der ärztlichen Profession getriebenen QS-Initiative bezeichnet werden. An der Methodik und an der Auswahl der stationären Leistungsbereiche, die konkret in der einrichtungsübergreifenden QS betrachtet werden, hat sich seither kaum etwas geändert.

Vom Gesundheitswesen zum Gesundheitsmarkt

Die Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung haben sich hingegen enorm verändert. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) aus dem Jahr 1993 wurden neue Weichen gestellt für eine Öffnung des korporatistisch organisierten Gesundheitswesens: freie Kassenwahl für die GKV-Versicherten, Vertragswettbewerb unter den Leistungserbringern, Qualitätswettbewerb unter den Krankenkassen. Strukturreformen sollten die bisherige Kostendämpfungspolitik ablösen, auf der Suche nach der Ausschöpfung von Effizienz- und Wirtschaftlichkeitspotenzialen. Da in einem auf dem Solidaritätsprinzip beruhenden und aus Versichertenbeiträgen finanzierten Gesundheitssystem die Definition und Gewährleistung medizinischer Versorgungsqualität jedoch nicht dem freien Wettbewerb überlassen werden kann, war es vom Gesetzgeber nur konsequent, dass im Gegenzug zum Versuch einer stärkeren Marktorientierung des Gesundheitswesens verpflichtende QS-Maßnahmen eingeführt wurden. Das Ziel bestand darin, einen Mindeststandard an Versorgungsqualität zu garantieren.

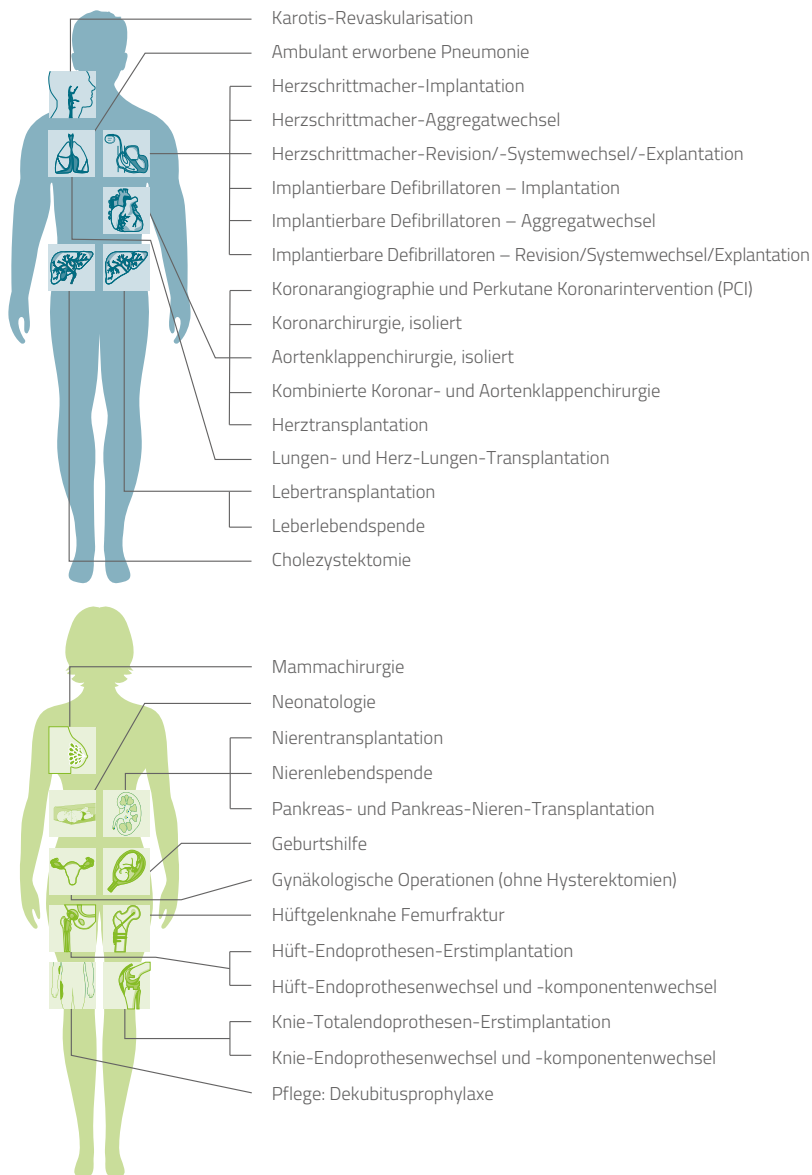
Einrichtungsübergreifende „externe“ Qualitätssicherung

Jedenfalls sind vor dem Hintergrund der politisch erwünschten stärkeren Marktorientierung des Gesundheitswesens – die man rückblickend betrachtet als naiv bezeichnen könnte – seit nunmehr zwanzig Jahren alle Leistungserbringer im GKV-System dazu verpflichtet, an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung teilzunehmen sowie ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu betreiben. Die Konkretisierung der einzelnen verpflichtenden QS-Maßnahmen obliegt seit dem Jahr 2004 dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der seither auch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität definierter Leistungen sowie Mindestmengen-Regelungen festlegt.

Einrichtungsübergreifende „externe“ QS meint im engeren Sinne die Messung der Qualität mit Qualitätsindikatoren. Zwischenzeitlich ist in den bestehenden Leistungsbereichen ein immer komplexer werdendes Datenmanagement (Abbildung 3) zu einer immer größer werdenden Vielzahl von externen QS-Verfahren entstanden, von der Gallenblasenentfernung bis hin zur Herztransplantation. Wie in den Anfangszeiten der externen QS wird jedoch mit „Tunnelblick“ die Qualität einzelner Prozeduren gemessen, und zwar bevorzugt Operationen und minimal-invasive Interventionen (Abbildung 1). Die Spannweite und Komplexität des aktuellen medizinischen Leistungsgeschehens werden so jedoch nur bruchstückhaft abgebildet.

Leistungsbereiche, die angesichts der demografischen Entwicklung immer wichtiger werden, wie zum Beispiel die Versorgung geriatrischer oder onkologischer Patienten, werden in der externen QS nur rudimentär betrachtet. Für die immer größer werdende Gruppe der Patienten mit chronischen Erkrankungen hat der G-BA zumindest inzwischen neue Disease-Management-Programme auf den Weg gebracht. Im Zusammenhang mit der externen QS muss man jedoch die Zwischenbilanz ziehen, dass wir zu wenig Transparenz über das von der demografischen Entwicklung bestimmte Krankheitsspektrum und das der Innovationsdynamik geschuldete aktuelle Leistungsspektrum haben, oder wenigstens über die TOP-10 der DRG-Statistik.

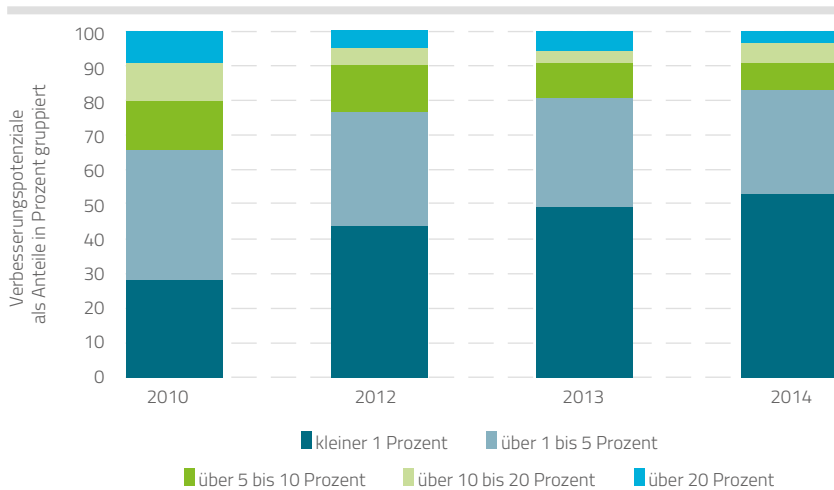
Abbildung 1: QS-Verfahren in der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung



Quelle: AQUA-Institut (2015)

Hinzu kommt, dass viele QS-Verfahren inzwischen sogenannte „Deckeneffekte“ aufweisen (Abbildung 2), das bedeutet, dass die Qualitätsverbesserungspotenziale dieser Qualitätsindikatoren ausgeschöpft sind – alle Leistungserbringer sind konstant gleich gut. Bezogen auf den Zweck der Qualitätsförderung – Lernen vom Besseren, damit alle ein gleiches Qualitäts-Mindestniveau erreichen – können diese QS-Verfahren als erfolgreich abgeschlossen betrachtet werden. Angesichts der Erschöpfung zahlreicher Qualitätsindikatoren liegen von den Bundesfachgruppen zur externen QS inzwischen zahlreiche Vorschläge für die kontinuierliche Weiterentwicklung der QS-Verfahren vor, die es endlich aufzugreifen gilt.

Abbildung 2: Entwicklung des Verbesserungspotenzials von Qualitätsindikatoren



Material: Erfassungsjahr 2014: 416 QI aus 31 Leistungsbereichen, davon 270 QI als PSI identifiziert (Dank an Klaus Döbler, KCQ); insgesamt 279 QI berichtspflichtig, davon 175 PSI; Methode: längsschnittliche Analysen; Ergebnis: das Verbesserungspotenzial der PSI sinkt stetig mit der Zeit. Bei den beobachteten/gemessenen PSI wird es immer unwahrscheinlicher, weitere Verbesserungen zu erreichen. Verbesserungspotenzial wird weitgehend ausgeschöpft. Anmerkungen: PSI = Patientensicherheits-Indikatoren, QI = Qualitätsindikatoren, eQS = externe QS. Quelle: Geraedts (2020)

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Während die Qualitätsmessung mit QI anfänglich bevorzugt eine Domäne der stationären QS war, wurden mit dem GKV-Wettbewerbs-Stärkungs-Gesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 neue Weichen in Richtung einer sektorenübergreifenden QS gestellt: Die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung sind seither „sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden“ (§ 137 Absatz 2 Satz 1 SGB V alte Fassung). Neu eingefügt wurde – bereits im Jahr 2007, acht Jahre vor Gründung des IQTIG – der neue § 137a SGB V, wonach der G-BA eine fachlich unabhängige Institution mit der Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beauftragen hat. Die Institution sollte insbesondere damit beauftragt werden, „für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln“ (§ 137a Absatz 2 Nummer 1 SGB V alte Fassung). Dieses im Auftrag des G-BA tätig werdende Qualitätsinstitut war als Ergebnis eines Ausschreibungsverfahrens zunächst das AQUA-Institut, bevor im Jahr 2015 nach dem Vorbild des IQWIG das IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) von den Trägern des G-BA als Stiftungsinstitut gegründet wurde.

Der Gesetzgeber hat mit der sektorenübergreifenden Neuausrichtung der Qualitätssicherung im Jahr 2007 zwei Erwartungen verbunden:

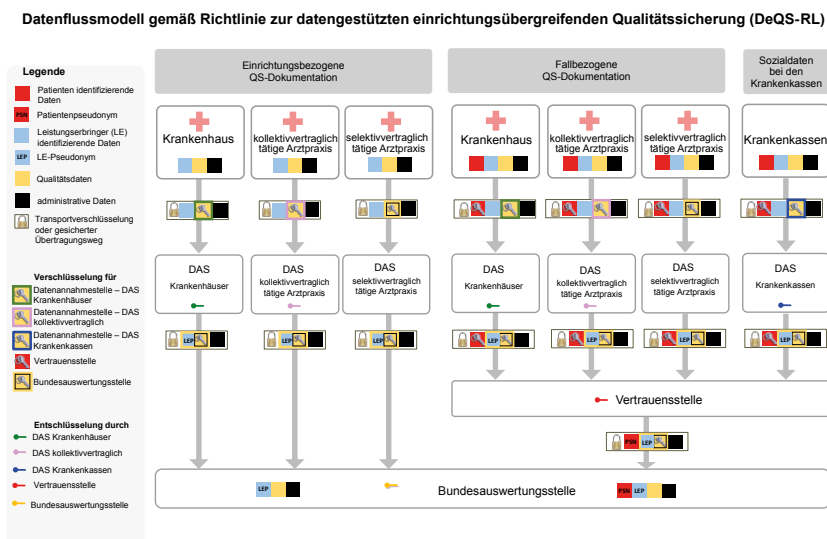
1. Eine Fokussierung auf Ergebnisqualität, gemessen an patientenrelevanten Endpunkten, was nicht anders als sektorenübergreifend betrachtet werden kann. Tagespolitischer Hintergrund für die sektorenübergreifende Neuausrichtung der QS war nicht zuletzt die durch die Einführung des DRG-Systems zu beobachtende Verkürzung der stationären Verweildauer – ein erwünschter Effekt, dem allerdings bis heute die stationäre Fallzahlsteigerung entgegensteht, was zwischenzeitlich die Indikationsqualität als neues Qualitätsproblem in den Vordergrund gerückt hat.
2. Eine Entbürokratisierung und Effizienzsteigerung der gesetzlich verpflichtenden QS.

Dass diese Erwartungen an die sektorenübergreifende QS bisher nicht erfüllt wurden, hat verschiedene Ursachen:

Komplexe Strukturen für eine Vielzahl von Akteuren

Um dem QM-Grundsatz, Betroffene zu Beteiligten zu machen, gerecht zu werden, wurde angesichts der Vielzahl der verschiedenen Akteure auf Bundes- und Landesebene eine überaus komplexe Datenarchitektur für die sektorenübergreifende QS errichtet, in der jeder ansonsten in seinem Sektor verbleibende Player seinen Platz behaupten können soll (Abbildung 3). Dem erhofften Vorteil einer größeren Akzeptanz könnten jedoch Nachteile im Hinblick auf die von der sektorenübergreifenden QS erhoffte Effizienzsteigerung entgegenstehen. Jedenfalls muss der G-BA zum Beispiel die Regelung zu der Datenannahme und den Datenannahmestellen bis zum 31. Dezember 2021 dahingehend prüfen, ob die Datenannahme durch eine gemeinsame Datenannahmestelle auf Bundesebene effizienter und wirtschaftlicher erbracht werden könnte.

Abbildung 3: Datenflussmodell für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung gemäß DeQS-RL (Stand 06.2019)



Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss (2019)

Problematik der Zuschreibbarkeit von Qualitätsdefiziten

Ein weiteres bis dato unterschätztes Problem für die Etablierung einer sektorenübergreifenden QS stellt die Zuschreibbarkeit von Qualitätsdefiziten dar. Aufgrund der zunehmenden Komplexität der Behandlungskonzepte sind heute in der Regel mehrere in unterschiedlichen Sektoren angesiedelte Leistungserbringer an der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten beteiligt. Aussagen zur Ergebnisqualität, gemessen an patientenrelevanten Endpunkten, erfordern deshalb heute dringender denn je eine longitudinale und sektorenübergreifende Gesamtbetrachtung. Allerdings ist das Problem der Zuschreibbarkeit von Qualitätsdefiziten bis dato ungelöst: Welcher Behandler in der Versorgungskette ist für welches (Teil-)Ergebnis in welchem Umfang verantwortlich?

Die ungelöste Problematik der Zuschreibbarkeit von Qualitätsdefiziten ist ein Grund dafür, dass der G-BA sich bei den bisher beschlossenen sektorenübergreifenden QS-Verfahren im engeren Sinne auf sektorgleiche Verfahren beschränkt hat. Sektorenüberschreitende Verfahren, die ein Thema betreffen, bei dem mindestens zwei Sektoren an dem Behandlungsergebnis maßgeblich Anteil haben, oder sektorenüberschreitende Follow-up-Verfahren, die ein Thema betreffen, bei dem die Ergebnisqualität einer in einem Sektor erbrachten Leistung durch die Messung in einem anderen Sektor überprüft wird, existieren bislang nicht.

Von Qualitätsförderung zu Versorgungssteuerung

Zehn Jahre nach dem Versuch einer sektorenübergreifenden Neuausrichtung der QS im Rahmen des GKV-WSG erfolgte mit dem Krankenhaus-Struktur-Gesetz (KHSG) aus dem Jahr 2016 ein erneuter Paradigmenwechsel: Qualität solle Konsequenzen haben, womit insbesondere Konsequenzen für die Marktteilnahme schlechter Krankenhäuser intendiert wurden (Abbildung 4). Damit erfolgte ein Rückfall von der sektorenübergreifenden in eine sektorspezifische Betrachtungsweise, was mit den Fallzahlsteigerungen in der stationären Versorgung und der im internationalen Vergleich überproportional hohen Krankenhausdichte in Deutschland gerechtfertigt wurde. Zum Portfolio der neuen stationären QS-Instrumente, die mit dem KHSG eingeführt

wurden, zählten Qualitätsindikatoren, die für die Krankenhausplanung der Länder relevant sein sollten, Qualitätsvorgaben für Sicherstellungszuschläge sowie für ein gestuftes System der stationären Notfallversorgung und Qualitäts-Zuschläge und Qualitäts-Abschläge für stationäre Leistungen. Letztere sollten einen verspäteten Einstieg der deutschen Krankenhaus-Vergütung in Pay for Performance (P4P) ermöglichen; wegen Besonderheiten des deutschen Versorgungskontexts wurde diese Idee im Konsens aller Beteiligten jedoch zwischenzeitlich wieder verworfen. Während zum Beispiel in Großbritannien mit seinem staatlichen Gesundheitssystem, aber insbesondere auch in den USA mit ihren HMO-definierten Einkaufsmodellen P4P insbesondere auch als Anreiz zur Erfüllung von Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität eingesetzt wurde, existieren im deutschen Gesundheitssystem hierzu andere Instrumente, worunter die Strukturqualitäts-Richtlinien des G-BA hervorzuheben sind. Diese sind als Voraussetzung zur Erbringung bestimmter Leistungen, zum Beispiel der Frühgeborenen-Versorgung, verpflichtend zu erfüllen und stellen im internationalen Vergleich ein „scharfes Schwert“ zur Durchsetzung von Mindestanforderungen an die Qualität der Leistungserbringung dar.

Die Idee einer qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Krankenhausplanung hingegen kann auch heute noch grundsätzlich nur begrüßt werden. Sie ist bislang jedoch insbesondere am Fehlen von Qualitätsindikatoren gescheitert, die für die Zwecke der Krankenhausplanung, das bedeutet im Zusammenhang mit der Entscheidung über die Aufnahme oder den Verbleib eines Krankenhaus-Standorts im Krankenhausplan, als Entscheidungshilfen dienen könnten. Die auf Qualitätsförderung ausgerichteten Qualitätsindikatoren der klassischen stationären QS sind für derartige Versuche eines qualitätsorientierten Strukturwandels der Krankenhauslandschaft, auch im Sinne einer Marktberreinigung, nur sehr eingeschränkt geeignet. Der G-BA hat das IQTIG deshalb aktuell mit einer Neukonzeption der Entwicklung und Bewertung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beauftragt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020). Die erfolgreiche Neukonzeption vorausgesetzt, bleibt dann immer noch abzuwarten, ob die Länder von diesen qualitätsbasierten Planungsinstrumenten tatsächlich Gebrauch machen werden beziehungsweise Konsequenzen ziehen.

Abbildung 4: Rolle der QS: von der Qualitätsförderung zur Versorgungssteuerung



Quelle: Klakow-Franck (2018)

Diskussion: Zwischenfazit und Schlussfolgerungen

Entwicklungsrückstand in der externen QS aufholen

Die „klassische“ externe QS war auf Qualitätsförderung ausgerichtet und wollte durch ein internes Benchmarking – Lernen vom Besseren im geschützten Raum – ermöglichen, dass alle Leistungserbringer das gleiche Mindest-Qualitätsniveau erreichen. Dieses Ziel ist erfreulicherweise für eine Vielzahl von Qualitätsindikatoren in der stationären QS bereits vor Längerem erreicht worden. Dies bedeutet aber auch, dass das Qualitätsverbesserungspotenzial dieser QI ausgeschöpft ist. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der externen QS wurde vernachlässigt. Die heutige externe QS liefert nur ein

bruchstückhaftes Bild des Versorgungsgeschehens ab und wird ihrem ursprünglichen Zweck der Unterstützung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nur noch fraglich gerecht.

Die neuen Aufgaben der externen QS für Zwecke einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung und andere Versorgungssteuerungszwecke sowie für finanzielle Anreizsysteme können mit den vorhandenen Qualitätsindikatoren, die auf Qualitätsförderung ausgerichtet sind, nur sehr eingeschränkt umgesetzt werden. Abgesehen von dem diesbezüglich noch bestehenden Neuentwicklungsbedarf muss klargestellt werden, dass QS-Instrumente notwendige Änderungen der Finanzierungs- oder ordnungspolitischen Rahmenbedingungen nicht ersetzen können.

QS kann den wünschenswerten qualitätsorientierten Strukturwandel und andere Zwecke der Versorgungssteuerung nur unterstützen. Hierzu könnte der sukzessive Aufbau eines flächendeckenden, öffentlichen Qualitäts-Monitorings hilfreich sein, zum Beispiel in Gestalt eines Routinedaten-basierten Qualitäts-Barometers. Die Kennzahlen dieses Qualitäts-Barometers sollten dabei nicht nur auf einzelne Prozeduren, sondern auch auf patientenrelevante Endpunkte wie Komplikationen, ungeplante Wiederaufnahmen und die Qualität an den Schnittstellen der Versorgung ausgerichtet sein.

Zusammenspiel von Qualitätsförderung und Qualitätswettbewerb neu austarieren

QS-Verfahren zur Qualitätsförderung sollten gezielt für die Ausschöpfung ex ante definierter Qualitätsverbesserungspotenziale eingesetzt werden. QI zur Qualitätsförderung haben den Charakter von Aufgreifkriterien für die Einleitung eines P-D-C-A-Zyklus und bedürfen gegebenenfalls keiner so aufwändigen Entwicklung wie risikoadjustierte QI, die für Auswahlentscheidungen erforderlich sind. Im Zusammenhang mit der kontinuierlichen Weiterentwicklung seiner methodischen Grundlagen (IQTIG 2019) wird eine Aufgabe für das IQTIG darin bestehen, das Verhältnis zwischen QI zur Qualitätsförderung einerseits und qualitätsorientierten Auswahlentscheidungen seitens der Kostenträger, Versicherten, Einweiser andererseits sowie deren Zusammenspiel mit qualitätsverändernden Effekten durch die Veröffentlichung von QI neu auszutarieren.

Das Zusammenspiel von „Quality Improvement“, „Competition und Accountability“ sowie „Public Reporting“ stellt seit den 1980er Jahren eine methodische Dauerherausforderung für die Qualitätsentwickler der verschiedensten Gesundheitssysteme dar.

Internes Qualitätsmanagement aufwerten

Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden, externen Qualitätssicherung müssen mit Maßnahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements eigentlich eine funktionale Einheit bilden, sonst ist keine qualitätsverbessernde Verhaltensänderung von QI zu erwarten. Seit Vorbereitung des Krankenhaus-Struktur-Gesetzes (KHSG), das im Jahr 2016 in Kraft getreten ist, steht jedoch nur noch die externe QS im Mittelpunkt sowohl der fachlichen als auch der öffentlichen Diskussion. Dabei werden zum Beispiel die neuen für die Krankenhausplanung relevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 SGB V bis auf absehbare Zeit aus verschiedenen Gründen keine nennenswerten Konsequenzen für die Krankenhauslandschaft haben. Statt der stetigen Zunahme von einrichtungsübergreifenden Spezialverfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätskontrolle muss das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement wieder ein stärkeres Gewicht erlangen.

Mit dem Patientenrechte-Gesetz des Jahres 2014 wurden die Zeichen der Zeit eigentlich erkannt und Risiko- und Fehlermanagement zu verbindlichen Qualitätsmindestanforderungen sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Versorgung gemacht. An diese Grundausrichtung der externen QS auf die Unterstützung des internen QM muss spätestens seit den Herausforderungen durch die Corona-Pandemie dringend wieder angeknüpft werden.

Qualitätssicherung und Versorgungsstrukturen sektorenübergreifend weiterentwickeln

Die Qualität der Versorgung kann, wenn man den Anspruch der Patientenorientierung ernst nimmt, gar nicht anders als sektorenübergreifend betrachtet werden. Statt mit Tunnelblick einzelne Prozeduren zu betrachten, muss die QS der Zukunft die Schnittstellen der Versorgung und patientenrelevante Endpunkte in den Blick nehmen. Dies sind altbekannte Forderungen an die QS, deren Umsetzung bis dato an der faktischen Sektorisierung der Versorgung scheitert.

Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung verharrt auf der Stufe von sektorgleichen Verfahren. Sektorenüberschreitende Follow-up-Verfahren oder Verfahren, die ein Thema betreffen, bei dem mindestens zwei Sektoren an dem Behandlungsergebnis maßgeblich Anteil haben, sind noch nicht eingeführt. Unabhängig von der grundsätzlichen Langwierigkeit der Einführung von neuen QS-Verfahren ist ein wichtiger Grund hierfür, dass Fragen zur Zuschreibbarkeit von Qualitätsdefiziten ungelöst sind. Welcher Behandler in der Versorgungskette ist für welches (Teil-)Ergebnis in welchem Umfang verantwortlich? Welcher an der Behandlung beteiligte Leistungserbringer muss bei unzureichender Qualität womöglich einen Vergütungsabschlag oder andere Konsequenzen hinnehmen? Und wer muss im Falle eines eingetretenen vermeidbaren Schadens dafür haften? Diese offenen Fragen, die die Einführung sektorenüberschreitender patientenzentrierter Versorgungskonzepte in die Regelversorgung behindern, werden sich mit den Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht lösen lassen.

Eine Entschärfung dieser altbekannten Problematik wäre möglich, wenn entweder die Übernahme von gemeinsamer Verantwortung für die Behandlungskette gefördert würde, beispielsweise im Rahmen von integrierten Qualitätsverträgen, oder zumindest die Koordination des Behandlungsablaufs eine Aufwertung erfahren würde, was zumindest im Rahmen von DMP für chronische Erkrankungen oder für komplexe und seltene Erkrankungen – theoretisch – im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V stattfindet. Nicht jede Patientin oder jeder Patient benötigt für jede Diagnose ein komplexes Behandlungskonzept. Angesichts der demografischen Entwicklung und der zunehmenden Komplexität der Medizin nimmt der Bedarf hierfür jedoch zu. Die Zukunft liegt in der Bildung interdisziplinärer und interprofessioneller Teams mit klaren Verantwortlichkeiten für die Koordination des Behandlungsablaufs sowie für die Qualität der Teilprozesse.

Mit dem Innovationsfonds wurde der Versuch unternommen, innovative sektorenübergreifende Versorgungskonzepte zu fördern. Die Ergebnisse sowie insbesondere ein Ausrollen erfolgreicher Modellprojekte auf die Regelversorgung bleiben abzuwarten.

Qualitätsentwicklung als „Lernendes System“ – zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens wird oft das Bild des „Lernenden Systems“ bemüht. Von der Umsetzung dieser Fiktion sind wir jedoch noch weit entfernt, was auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens an verschiedenen, jedoch teilweise sich überschneidenden Gründen liegt. Die eingeschränkte Veränderungsbereitschaft von Experten-Organisationen, wie es zum Beispiel Krankenhäuser darstellen, hat Tradition.

Schrappe (2018) hat in seinem im Auftrag des Aktionsbündnisses Patientensicherheit im Jahr 2018 erstellten Gutachten herausgearbeitet, welche Ursachen für die Schwerfälligkeit von Veränderungsprozessen im Medizinbetrieb angenommen werden können: Ganz kontraintuitiv führe ausgerechnet die hohe Standardisierung in Experten-Organisationen zu einer ausgeprägten Toleranz von Unsicherheit, was von Schrappe als intrinsische Unsicherheit bezeichnet wird. Daneben sei ein Innovations-Paradoxon zu beobachten: Die Aufgeschlossenheit gegenüber Produktinnovationen ist hoch, gegenüber Prozess- und Strukturinnovationen jedoch gering, insbesondere dann, wenn sie von außen abverlangt werden. Außerdem persistiere eine apersonale Regelgebundenheit, auch dann, wenn unerwünschte Ereignisse auftreten. Diese Verbindung von Toleranz gegenüber Unsicherheit, paradoxem Verhalten gegenüber Innovationen und Regelgebundenheit führe zu einer inadäquat hohen Stabilität von Experten-Organisationen gegenüber eigentlich notwendigen Veränderungen (Schrappe 2018).

Probleme im Zusammenhang mit der grundsätzlich erforderlichen Veränderungsbereitschaft für einen Qualitätsschub im Gesundheitswesen betreffen jedoch auch die Meso-Ebene: An der Sektorengrenze sind die Interessengegensätze und Verteilungskämpfe zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern derartig massiv, dass es der Selbstverwaltung schwerfällt, ausgerechnet hier sektorenübergreifende QS-Maßnahmen auf den Weg zu bringen (Huster 2018).

Voraussetzungen für einen Qualitätsschub: von der Prozeduren- zur Systemqualität

Was den vermissten „Change“ auf Systemebene beziehungsweise die Ratlosigkeit der gesundheitspolitischen Entscheider anbelangt: Diesbezüglich muss man sich angesichts der hohen Erwartungen an die gesetzlich verpflichtende QS vergegenwärtigen, dass diese den Vorgaben des SGB V entsprechend ausschließlich QS-Maßnahmen zu einzelnen Leistungen des GKV-Leistungsangebots beinhalten kann. Das Leistungsangebot und dessen Inanspruchnahme bewegen sich jedoch nicht im luftleeren Raum, sondern in einem überaus komplexen Versorgungskontext, abhängig von ordnungspolitischen, ökonomischen sowie soziokulturellen Faktoren. Qualitätsentwicklung im Sinne eines lernenden Versorgungssystems bedarf einer integrierten Betrachtungsweise, die auch und insbesondere Systemqualität miteinbezieht. Die gesetzlich verpflichtenden Einzelinterventionen des G-BA auf Einrichtungsebene müssen besser als in der Vergangenheit mit den Erkenntnissen über Systemdefizite aus der Versorgungsforschung und Zukunftskonzepten des Sachverständigenbeirats zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens verzahnt werden.

Verbraucherschutz-Funktion der Qualitätssicherung?

Die Einführung von mehr Wettbewerb und Deregulierung des Gesundheitswesens kann zurückblickend als eine der hartnäckigsten Mythen der Gesundheitspolitik bezeichnet werden (Reiners 2011). Gleichwohl übernimmt die QS in einem sich als Gesundheitsmarkt verstehenden Gesundheitswesen eine originäre Verbraucherschutz-Funktion. Die immer wieder vonseiten der verfassten Ärzteschaft vorgetragene Kritik, ein Patient sei kein Konsument wie jeder andere, ist zwar grundsätzlich richtig, aber nicht wirklich hilfreich und scheint manchmal eher der Aufrechterhaltung des paternalistischen Verhältnisses zum Patienten zu dienen.

Kranke Patientinnen und Patienten verfügen nur begrenzt über die Auswahl- und Entscheidungs-Souveränität eines gesunden Versicherten. Außerdem sind im Vergleich zur Stiftung Warentest, die Produktqualität bewertet, die Anforderungen an die Entwicklung zum Beispiel eines Qualitätsportals über Krankenhäuser komplexer, da es sich bei medizinischer Versorgung nicht um ein Produkt, sondern um komplexe

Dienstleistungen handelt, zu deren Qualitätsbeurteilung unterschiedliche Qualitätsdimensionen, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter anderem herangezogen werden müssen, wobei die Ergebnisqualität von einer Vielzahl, auch patientenseitiger Faktoren abhängig ist. Umso wichtiger sind informierte Patientenentscheidungen durch Shared Decision Making, wettbewerbsneutrale Qualitätsinformationen (siehe auch den Beitrag von Klaus Koch in dieser Publikation), die Förderung von Health Literacy, aber auch der Einsatz von Patientenbefragungen. Nicht zuletzt, weil die angebotsinduzierte Nachfrage im Web über personalisierte Gesundheitsdienstleistungs- und Krankenversicherungsangebote von kommerziellen Anbietern absehbar zunehmen wird, sollte die Entwicklung gesundheitsbezogener Verbraucherkompetenzen gefördert werden.

Literatur

- AQUA-Institut (2015): Qualitätsreport 2014.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Beschluss vom 18. Juni 2019, online unter: www.g-ba.de/downloads/39-261-3890/2019-07-18_DeQS-RL_Datenflussmodell.pdf (Download am 30. März 2020).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Beschluss vom 20. März 2020, online unter: www.g-ba.de/downloads/39-261-4218/2020-03-20_IQTIG-Beauftragung-IQTIG_plan-QI.pdf (Download am 2. Juni 2020).
- Geraedts, M. (2020): Verbesserungspotential bei PSI in der eQS, eigene Darstellung auf der Basis von Döbler, K., Marburg.
- Huster, S. (2018): Leistungserbringung an den Schnittstellen der Versorgung, VSSR 1/2018.
- IQTIG (2019): Methodische Grundlagen V1.1 vom 15. April 2019, online unter: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (Download am 2. Juni 2020).
- Klakow-Franck, R. (2018): Regulierung von Qualität: Sind wir auf dem richtigen Weg? Frühjahrsform der Deutschen Hochschulmedizin e.V., 25. April 2018.
- Reiners, H. (2011): Mythen der Gesundheitspolitik, Bern.
- Schrappé, M. (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit, herausgegeben vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Berlin.