„Die von uns erwartete Festlegung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren kann nicht geliefert werden“

>> Mit einem Grußwort von Bundesgesundheitsminister Gröhe und zwei überaus interessanten Plenumsvorträgen wurde die immerhin schon 6. Qualitätskonferenz des G-BA eröffnet, zu der wieder über 500 Besucher begrüßt werden konnten. Zwei Plenarveranstaltungen und zwölf vertiefende Fachforen boten Gelegenheit, sich über aktuellste Entwicklungen und Trends in der medizinischen Qualitätssicherung zu informieren und auszutauschen.

Ein Schwerpunkt der Veranstaltung war die von der Politik geforderte Steigerung der Transparenz über die Qualität in der stationären und ambulanten Versorgung. Qualitätsergebnisse sollen künftig auch bei der Krankenhausplanung berücksichtigt und mit finanziellen Anreizen belohnt werden. Zahlreiche Referenten setzten sich mit den möglichen Effekten auseinander, denn sobald Qualitätsergebnisse finanzierungsrelevant werden, haben sie Einfluss auf Versorgungsstrukturen.

Doch recht schnell wurde klar, dass der Begriff Qualität zwar zentral, wichtig und von allen konsentiert ist, doch die nötige Definitionsarbeit dessen, was unter Qualität im Gesundheitswesen zu verstehen ist, und vor allem, ob und wie Qualität und mühsam erarbeitete Qualitätsindikatoren überhaupt sinnvoll in der Bedarfsplanung einzusetzen sind, noch aussteht.

Zum einen lobte Gröhe zwar die Arbeit des G-BA bei den diversen Qualitäts-Offensiven wie der Hygienequalität zur Vermeidung nosokomialer Infektionen, der Weiterentwickung der G-BA-Richtlinie zur Qualitätssicherung bei der Dialyse oder der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene. Doch mahnte er andererseits an, dass der Bundesausschuss auch weiterkommen müsse in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Gröhe: “Hier gilt es vor allem auch noch einige technische Hürden zu nehmen, um die Behandlungsqualität über die Grenzen der stationären und ambulanten Versorgung hinweg betrachten zu können. Hier brauchen wir eine klare Einschätzung, welche Voraussetzungen notwendig sind, um weiter voranzukommen.”

Weil in der Bund-Länder AG bereits feststehe, dass Qualitätsaspekte künftig stärker als bisher bei Steuerungsentscheidungen und bei der Vergütung berücksichtigt werden sollen, werde „die Qualität als Planungskriterium gesetzlich verankert”. Dazu bräuchten die Länder Kriterien, mit Hilfe derer sie die Qualität der Krankenhäuser verlässlich beurteilen können. Das werde „eine ganz wichtige Aufgabe für den G-BA sein, diese Indikatoren mit der gebotenen Aussagekraft zur Verfügung zu stellen“. Hier habe - so Gröhe - der G-BA bereits gute Vorarbeit geleistet: „Wenn es darum geht, planungsrelevante Qualitätskriterien zu bestimmen, liegen viele notwendige Erkenntnisse der externen stationären Qualitätssicherung bereits vor. Dieser Informationsschatz kann meines Erachtens noch besser genutzt werden”, gab der Bundesminister seiner Hoffnung Ausdruck.

Datenschatz sucht neue Aufgabe

Wenn er da mal nicht grob enttäuscht wird. Das liegt nicht an der schieren Zahl der Daten an sich: Für diesen „Datenschatz” wurden alleine im Jahr 2013 in den deutschen Krankenhäusern immerhin 3,2 Millionen Datensätze zu 434 unterschiedlichen Qualitätsindikatoren in 30 verschiedenen stationären Leistungsbereichen erhoben, von der Gallenblasenentfernung über Bypass-Operationen über Transplantationen bis hin zur Dekubitusprophylaxe. „Die Zahl der Qualitätsindikatoren, die krankenhaus-individuell jährlich in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen sind, ist inzwischen auf 290 angestiegen”, erklärte Dr. Regina Klakow-Franck, Unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung. Darüber hinaus seien ebenfalls im Jahr 2013 bundesweit rund 3.000 Vertragsärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen worden, um zu analysieren, was die Qualität ihrer Leistungen in bestimmten Bereichen – zum Beispiel in der bildgebenden Diagnostik – anbelangt.

Das ist sicher alles schön und gut, wenn sich denn Versorgung nur im Akutbereich abspielen würde, denn rund 80% aller Qualitätsanstrengungen beziehen sich auf diesen Bereich, währenddessen die Realität dominiert wird durch die Versorgung von Chronikern und Multimorbiden, die sich einfach nicht an Sektorengrenzen halten wollen. Klakow-Franck: „Was wir machen können, ist die Qualitätssicherung der einzelnen Prozeduren in einem Krankenhaus, mit Fokus auf die Akutversorgung, aber wir können damit keine regionale Versorgungsplanung betreiben.”

Doch angesichts einer wachsenden Zahl multimorbider, chronisch kranker Patienten wird es nun einmal immer wichtiger, nicht nur die operative Akutversorgung, sondern auch eine daran anschließende sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu erfassen und zu belohnen. Hier brachte Prof. Dr. med. Matthias Schrappe (Interview dazu in der kommenden Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung”) in seinem Plenungsvotrag den Begriff der „Area Indikatoren” ins Spiel, die in der Lage wären die künftigen Aufgaben in einer von Chronikern und multiplen Morbiditäten geprägten Versorgungslandschaft abzubilden. Doch ist der G-BA schon bei der bisherigen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die Schrappe eher in einer transsektoralen sieht, in den vergangenen Jahren nicht groß weitergekommen, was sich wohl auch in den nächsten nicht viel ändern wird.

Nun soll der Bundesausschuss nach Willen der Politik mit Unterstützung des neuen Qualitätsinstituts aber auch noch planungsrelevante Qualitätsindikatoren aussuchen beziehungsweise neu entwickeln, und ebenso Qualitätskriterien für Sicherstellungszuschläge und vieles mehr zuarbeiten.

Genau hier sieht Klakow-Franck Probleme. „Wir haben einen großen Datenschatz”, gibt sie dem Gesundheitsminister durchaus recht. Doch könnte man damit „nur sehr bedingt die neuen Erwartungen, die an uns herangebacht werden, erfüllen”, will heißen: Mit dem bestehenden, mit viel Arbeit und enormen zeitlichen Aufwand (vor allem auch bei Krankenhäusern und Ärzten) erarbeiteten Indikatorenset kann nach Meinung von Klakow-Franck „die neue Anforderung an qualitätsorientierte Krankenhausplanung und -vergütung in einer sinnvollen Art und Weise zu ermöglichen, mit unserem vorhandenen Indikatorenset nicht erfüllen”. Klakow-Franck: „Der Minister vertrat die Vorstellung, dass das aus dem bestehenden Qualitätsindikatorenset möglich ist, das sehen Prof. Schrappe und ich überhaupt nicht so, dafür müssen wir unser Qualitätsindikatorenset (QIS) erst weiterentwickeln, damit darauf Planungsentscheidungen der Länder basieren können.”

Ein großes Problem dabei ist, was für die bestehenden Indikatoren eben nicht gilt, die höchstens in diverse Krankenhaus-Bewertungsportale einfließen, aber bisher (dazu gibt es allerdings einen Vorschlag des Spitzenverbands Bund zur „qualitätsorientierten Versorgung”) keinerlei negativen Einflüsse haben: Dieses neue QIS muss justiziabel sein, denn deren Anwendung in der Bedarfs- und Vergütungsplanung kann im Zweifel auch dazu führen, dass die eine oder andere Fachabteilung oder gar ein ganzes Krankenhaus vom Netz gehen muss. <<

von:
Peter Stegmaier, MVF