

22/2018

Expertengruppe der FES

QUALITÄT IN EINEM SEKTORENÜBER- GREIFENDEN GESUNDHEITSWESEN

Über die Bedeutung der Qualität für eine
gute gesundheitliche Versorgung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die FES ist die älteste politische Stiftung Deutschlands. Benannt ist sie nach Friedrich Ebert, dem ersten demokratisch gewählten Reichspräsidenten. Als parteinahe Stiftung orientieren wir unsere Arbeit an den Grundwerten der Sozialen Demokratie: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Als gemeinnützige Institution agieren wir unabhängig und möchten den pluralistischen gesellschaftlichen Dialog zu den politischen Herausforderungen der Gegenwart befördern. Wir verstehen uns als Teil der sozialdemokratischen Wertegemeinschaft und der Gewerkschaftsbewegung in Deutschland und der Welt. Mit unserer Arbeit im In- und Ausland tragen wir dazu bei, dass Menschen an der Gestaltung ihrer Gesellschaften teilhaben und für Soziale Demokratie eintreten.

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

WISO Diskurs

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

Über die Autor_innen dieser Ausgabe

Dieses Positionspapier wurde auf Grundlage der Beratungen einer Expertengruppe im Rahmen des FES-Projektes „Weiterentwicklung der Qualitätsstrategie im deutschen Gesundheitswesen“ erstellt. Die Inhalte des Papiers stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Mitglieds der Expertengruppe dar. Die Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Die FES dankt den Teilnehmenden sehr herzlich für ihr Engagement.

Mitglieder der Expertengruppe:

Dr. Klaus Döbler, MDK Baden-Württemberg

Hedwig François-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit

Prof. Dr. Max Geraedts, Universität Marburg

Dr. Matthias Gruhl, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg

Prof. Dr. David Klemperer, Hochschule Regensburg

Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universität Köln

Dr. Brigitte Sens

Prof. Dr. Christoph Straub, BARMER

Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich

Severin Schmidt ist Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Positionspapier einer Expertengruppe der FES

QUALITÄT IN EINEM SEKTORENÜBERGREIFENDEN GESUNDHEITSWESEN

Über die Bedeutung der Qualität für eine gute gesundheitliche Versorgung

2	VORWORT
3	ZUSAMMENFASSENDE THESEN
4	1 EINFÜHRUNG, PROBLEMAUFRISS UND ZIELBESCHREIBUNG
6	2 EXKURS: QUALITÄT UND PATIENTENINTERESSE
7	3 HERAUSFORDERUNGEN AN DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN UND DEREN AUSWIRKUNGEN FÜR DAS QUALITÄTSVERSTÄNDNIS
7	3.1 Patientenzentrierte populationsbezogene Versorgung
7	3.2 Differenzierung des Begriffes „Population“
8	3.3 Regionale Leistungserbringer: dynamische Entwicklung
9	3.4 Welche Perspektiven und Qualitätsmerkmale sind für die Ausgestaltung der populationsbezogenen Versorgung entscheidend?
11	4 METHODISCH-KONZEPTIONELLE VORAUSSETZUNGEN
12	5 INDIKATOREN FÜR DIE SEKTORENÜBERGREIFENDE REGIONALE QUALITÄTSBEWERTUNG
16	6 AUSWIRKUNGEN AUF DIE BISHERIGE QUALITÄTSBEWERTUNG UND NOTWENDIGE SCHRITTE ZUR IMPLEMENTATION DER NEUEN AUFGABE EINER POPULATIONSBEZOGENEN QUALITÄTSENTWICKLUNG
16	6.1 Auswirkung auf die bisherige Qualitätsbewertung
17	6.2 Notwendige Schritte zur Implementation
18	Anhang
20	Literaturverzeichnis
21	Abbildungsverzeichnis
21	Tabellenverzeichnis
22	Abkürzungsverzeichnis

VORWORT

„Qualität bin ich!“ – von diesem vermeintlichen chefärztlichen Ausspruch aus den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts bis zur heutigen Nutzung der Qualitätsbewertungen für die Planung und Leistungssteuerung im Gesundheitswesen war es ein langer Weg. Dieser Weg benötigte Überzeugungskraft, Überwindung großer Widerstände und letztendlich auch eine mutige Gesetzgebung. Die Qualität medizinischer Versorgung hat in diesem Zeitraum einen gravierenden Bedeutungswandel vollzogen. Der aktuelle Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2018 fordert, Qualität als eine Grundlage für die Weiterentwicklung hin zu einer sektorenübergreifenden – besser: populationsbezogenen – Versorgung zu nutzen. Damit sind zahlreiche begriffliche, methodische, inhaltliche, rechtliche und strategische Anpassungen an die bis heute immer noch nur als „Qualitätssicherung“ bezeichnete Qualitätsentwicklung notwendig.

Um ein Ergebnis dieses Positionspapiers vorwegzunehmen: Ja, Qualität kann als ein zentrales Steuerungselement für eine patientenzentrierte, populations- und regionsorientierte Neuausrichtung des Gesundheitswesens eingesetzt werden, ohne auf die bisherigen Formen der mehr auf einzelne Institutionen bezogenen Qualitätsentwicklung verzichten zu dürfen. Der vorliegende Text zeigt die Voraussetzungen und Optionen auf und belegt zugleich, wie beispielhaft aus internationalen Kennzahlen und Indikationen bereits heute für ein solches neu geordnetes Gesundheitswesen Qualität als Bewertungsmaßstab genutzt werden kann. Das Ziel, die Qualität der medizinisch-pflegerischen Leistungen im Sinne der Güte der Patientenversorgung vor alle anderen die Versorgung beeinflussenden Interessen im Gesundheitswesen zu stellen, kann hiermit praktisch untermauert werden.

Damit reiht sich dieses Positionspapier als dritter Baustein in die wegweisenden Vorarbeiten der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) ein, die in den vergangenen zwei Legislaturperioden entscheidend die Gesundheitspolitik mitgeprägt haben: einerseits die Studie „Zukunft der Krankenhäuser“ über die neue Qualitätsorientierung der stationären Versorgung (Bormann et al. 2013), andererseits mit „Patient first“ die Vorlage eines Zielmodells für die Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Versorgung (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017).

Die FES ist den ausgewiesenen Qualitätsexpert_innen des deutschen Gesundheitswesens, die sich über Monate mit der sehr schwierigen und wissenschaftlich relevanten Frage der Entwicklung dieses neuen Aspektes der Qualitätsdimension befasst und praktische Vorschläge sowie Machbarkeitsüberlegungen entwickelt haben, sehr dankbar und erwartet, dass die relevanten Meinungsbildner_innen in Politik und Administration diese Vorschläge in der Konzeption eines neuen sektorenübergreifenden Zielmodells gewinnbringend nutzen können.

SEVERIN SCHMIDT

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

ZUSAMMENFASSENDE THESEN

1. Ziel jeglicher Strukturreform des Gesundheitswesens muss es sein, die Versorgung nicht nach institutionellen sektoralen Grenzen zu organisieren, sondern die behandlungsbezogenen Bedürfnisse und die individuellen Erwartungen von Patient_innen als handlungsleitend anzuerkennen. Eine patientenzentrierte Versorgung ist somit als übergeordnetes Ziel handlungsleitend.
2. Die stärkere Betrachtung der Qualitätsdimension der Patientenzentrierung ist weiter zu intensivieren.
3. Die sektorenübergreifende Versorgung wird daher in Zukunft Vorrang vor der sektoralen Versorgung bekommen. Sie wird sich an Patienteninteressen und – in der Summe – an Populationen ausrichten und sollte, um diese Perspektive auch sprachlich aufzuzeigen, als „populationsbezogene Versorgung“ bezeichnet werden.
4. Der rechtlich terminierte Begriff „Qualitätssicherung“ sollte ebenfalls an die erweiterten Ansprüche der Qualitätsbewertungen angepasst werden. Es wird der Begriff „Qualitätsentwicklung“ vorgeschlagen.
5. Die künftig für die Ausrichtung der Strukturen im Gesundheitswesen maßgebliche Stellgröße der Populationen kann regional und funktional (nach konkretem Versorgungsbezug) charakterisiert sein. Es bedarf grundlegend einheitlicher Strukturen, um die künftigen Anforderungen des Gesundheitswesens mit diesen populationsbezogenen Interessen in Deckung zu bringen.
6. Die Bewertung der Qualität folgt einer klaren Zuordnung von Aufgabenstellung, Finanzierung und Verantwortung, die durch staatliche Stellen (Regulation), Versicherungen und Assoziationen von Leistungsanbietern oder durch die Kooperation dieser genannten Ebenen übernommen werden kann. Prioritär ist daher die Identifikation der relevanten Handlungsebenen („Wer ist verantwortlich und kann die jeweiligen Qualitätsaspekte beeinflussen?“) und daraus abgeleitet der Beobachtungsebenen (Anbieter, Anbieterstrukturen, Regionen etc.).
7. Derzeit ist eine spontane Entwicklung sektorenübergreifender, regionaler Versorgungsstrukturen mit Populationscharakter, z. B. in der wachsenden Bedeutung von Ärztenetzen, zu beobachten, ohne jedoch dass Instrumente zur Beobachtung der tatsächlichen Qualität der von diesen Strukturen erbrachten Versorgung vorliegen.
8. Es bedarf also einer zusätzlichen Ebene der Qualitätsbetrachtung, die sich primär auf das bewertende Monitoring der Strukturen ausrichtet.
9. Für einen gestuften Aufbau dieser Qualitätsentwicklung sind prioritär der Zugang zur Versorgung und der Grad der Zentralisierung, ungeplante Krankenhauswiederaufnahmen und ambulant-sensitive Krankenseinweisungen, Qualitätsmerkmale zur Kooperation und Koordination der Versorgung sowie konkrete medizinisch-pflegerische Merkmale, insbesondere für chronische Erkrankungen und Multimorbidität vorrangig vorzusehen.
10. Bei der Auswahl der Kennzahlen und Indikatoren sind methodische und wissenschaftliche Implikationen zu berücksichtigen, die sich auf die Datenquellen und die Art der Parameter beziehen.
11. International liegen Beispiele für Indikatoren und Kennzahlen vor, die auch in Deutschland ohne wesentlichen Zeitverzug genutzt werden können.
12. Dabei ersetzen diese nicht den Fokus der bisherigen Qualitätsförderung und der qualitätsverbessernden Maßnahmen auf die Versorgungspraxis einzelner Einrichtungen, sondern ergänzen diesen durch eine neue strukturelle Qualitätsbewertung.
13. Zur Konkretisierung wird der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“ empfohlen, die Empfehlung abzugeben, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) kurzfristig mit der Entwicklung eines Zeit-Maßnahmen-Plans zur Implementation der Qualitätsbewertung in der populationsbezogenen Versorgung zu beauftragen.

1

EINFÜHRUNG, PROBLEMAUFRISS UND ZIELBESCHREIBUNG

Das Verständnis von Qualität in der Gesundheitsversorgung und die Strategien zu deren Verbesserung spiegeln nicht nur den jeweiligen Entwicklungsbedarf eines Gesundheitssystems wider, sondern können auch selbst als Treiber gezielter Entwicklungen verstanden werden. Jedes Gesundheitssystem setzt daher in seiner „Qualitäts-Agenda“ eigene Schwerpunkte. Diese Schwerpunkte sind einem stetigen historischen Wandel unterworfen – so haben sich auch die Anforderungen und Erwartungen an die Bewertung, Sicherung und Verbesserung der Qualität im deutschen Gesundheitswesen seit Etablierung der gesetzlichen Qualitätssicherung vor ca. 25 Jahren immer wieder geändert.

In dieser Entwicklung kann man vier Phasen unterscheiden:

1. In der impliziten Phase unterlag der Begriff „Qualität“ der Definition und Wertung durch die behandelnden Ärzt_innen.
2. In der expliziten Phase wurden durch die Formulierung von „Anforderungen“ an die Gesundheitsversorgung Messvorgänge entwickelt und erste Daten erhoben, diese aber noch nicht öffentlich gemacht.
3. In der institutionellen Lernphase, die infolge des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 und der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten an Dynamik gewann, wurden die quantitativen Ergebnisse zunächst anonymisiert und dann teilanonymisiert im institutionellen Rahmen zu Qualitätsvergleichen zwischen den Einrichtungen und für institutionelle Verbesserungsinitiativen genutzt (*private disclosure*, institutionelles Qualitätsmanagement).
4. In der aktuellen Systemphase werden Informationen zur Qualität der Versorgung der Öffentlichkeit zugänglich gemacht und zu Zwecken der Vergütung sowie regulatorischen Steuerung verwendet. In dieser Systemphase sind insbesondere folgende Schwerpunkte zu identifizieren:
 - stärkere Betonung der Patientenperspektive durch die Integration von Patientenerfahrungen (*patient reported outcomes/experiences*);

- Nutzung von Qualitätsinformationen zur Steuerung, z. B. durch Bedarfsplanung und Zulassung zur Versorgung (bspw. qualitätsorientierte Krankenhausplanung);
- Stärkung des Wettbewerbs durch de-anonymisierte Institutionenvergleiche im Sinne des *public reporting* (z. B. Qualitätsbericht);
- sektorenübergreifende Ausrichtung von Qualitätsdarstellung und -entwicklung;
- Ergänzung der mengenorientierten Vergütungssystematik durch Qualitätsinformationen mit dem Ziel, präventiv ausgerichtete Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit zu fördern (qualitätsorientierte Vergütung, *pay for performance*).

Diese Entwicklung hat also sowohl das ausschließlich professionelle Verständnis von Qualität als auch das institutionelle Qualitätsmanagement überwunden und durch die Nutzung des Qualitätsbegriffes auf Ebene des Gesamtsystems ergänzt. Die hiermit intendierte Steuerung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems wird durch den aus den 90er Jahren stammenden Begriff der Qualitätssicherung nicht mehr ideal beschrieben. Für die beispielsweise in den 1990er Jahren relevante Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten, bei denen die Zusicherung einer Mindestqualität im Vordergrund stand, war dieser Begriff sehr gut geeignet. Für die Erweiterung der Perspektive auf eine systemische Qualitätsentwicklung nicht nur einzelner Einrichtungen erscheint der Begriff der Qualitätsentwicklung besser geeignet.

Es macht daher Sinn, zukünftig zwei Elemente der Qualitätssicherung auch begrifflich klarer voneinander zu trennen:

1. die Qualitätsdarlegung, d. h. die Darstellung und Bewertung von Qualität mithilfe von Kennzahlen;
2. die Qualitätsverbesserung (*quality improvement*) einschließlich der hiermit verbundenen Interventionsmethoden.

Davon ausgehend muss die Definition von Zielen im Vordergrund stehen, aus denen sich die konkreten Gegenstände der Verbesserungsinitiativen ableiten lassen und die wiederum in der aktuellen gesundheitspolitischen Situation als prioritär eingeschätzt werden.

Der Koalitionsvertrag 2018 macht hierzu klare Vorgaben, indem er den Umbau unseres Gesundheitswesens in eine sektorenübergreifende Versorgung in den Mittelpunkt stellt.

In der Folge muss die Qualitätsdiskussion auf mehreren Ebenen erweitert und neu justiert werden:

1. Erschließung der Betrachtung neuer Qualitätsdimensionen: Dies betrifft insbesondere die Dimensionen Patientenzentrierung (z. B. Erfassung von Qualität aus Patientensicht wie etwa PROM's, Shared Decision Making, Aspekte der Koordination der Versorgung) und Zugang zur Versorgung (z. B. Fragen der Zugangsmöglichkeiten für die Patient_innen).
2. Erweiterung der Beobachtungsebenen: Die Strategien zur Qualitätsverbesserung dürfen sich nicht nur allein auf die Qualität und Sicherheit der individuellen und einrichtungsbezogenen Versorgung konzentrieren. Die Beobachtungsebene muss über den bisher dominierenden Einrichtungsvergleich hinaus auch auf andere Ebenen erweitert werden. Dabei müssen vor allem die Versorgung von Regionen und Populationen in das Zentrum gestellt werden.
3. Thematische Neuausrichtung: Der Fokus muss stärker als bisher über die stationäre bzw. operative Behandlung von Menschen mit Akuterkrankungen hinausgehen. Es müssen Patient_innen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen und die erforderlichen konservativen Behandlungsformen sowie erkrankungsübergreifende Qualitätsaspekte wie Personalausstattung oder die kooperative Versorgung durch alle Gesundheitsberufe stärker in den Vordergrund rücken.
4. Verzahnung der aktuellen Initiativen zur Qualitätsdarlegung: Die Konzentration auf eine patientenzentrierte, mehrere Sektoren umfassende Versorgung erfordert eine Integration der immer noch stark sektoral gegliederten und vielfach unabhängig voneinander arbeitenden Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätsdarlegung und -verbesserung. Für den stationären und vertragsärztlichen Sektor hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) aufgrund gesetzlicher Vorgaben erste Schritte für eine solche Integration erfolgreich bewältigt, aber auch hier ist noch eine deutlich stärkere Verzahnung erforderlich (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017).

Aus dieser Erweiterung ergeben sich wichtige technische, methodische und konzeptionelle Konsequenzen, die über die bisherigen Ansätze deutlich hinausgehen. Dieser Aspekt verdient zentrale Beachtung, denn zwischen den erreichbaren Aufgabenstellungen einer Qualitätsstrategie und den verwendeten methodischen Ansätzen besteht ein enger Zusammenhang. So ist – als Beispiel – eine akutmedizinisch ausgerichtete, auf Prozeduren bezogene Qualitätssicherung allein nicht in der Lage, die regional organisierte Versorgung größerer Bevölkerungsgruppen adäquat zu beschreiben. Deren Krankheitsspektren sind durch chronische und Mehrfacherkrankungen und derzeit noch oftmals fragmentierte, einrichtungs- und sektorenübergreifende, multidisziplinäre Versorgungsansätze charakterisiert.

Im Folgenden werden daher zunächst die aktuellen Ziele beschrieben und hinsichtlich der Bestimmung von Qualität operationalisiert, um daran anschließend die Qualitätsmerkmale und die Anforderungen an die Erhebungsmethodik genauer zu beschreiben. In der Folge ergibt sich hieraus eine neue Generation von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen,

ohne die bisherigen Ansätze gänzlich außer Acht zu lassen. Der bisherige Ansatz wird jedoch partiell überwunden und eine neue Generation innovativer, berufsgruppen- und einrichtungsübergreifender, vernetzter und IT-gestützter Quality-Improvement-Konzepte wird eingeläutet.

Die Autor_innen dieses Textes weisen darauf hin, dass Qualitätsdarlegung und Qualitätsverbesserungsinitiativen alleine nicht in der Lage sein werden, die notwendigen strukturellen Entwicklungsschritte des Gesundheitssystems einzuleiten und zu konfigurieren. Diese Weiterentwicklung bleibt den politischen Entscheidungsträger_innen vorbehalten. Allerdings werden die Qualitätsbewertung und die Instrumente der Qualitätsverbesserung als ein entscheidendes Steuerungselement diese Entwicklung wesentlich unterstützen können. Mögliche Fehlentwicklungen werden identifiziert und zur Nachjustierung werden Impulse gesetzt.

2

EXKURS: QUALITÄT UND PATIENTENINTERESSE

Zehn Jahre nach Einführung der gesetzlichen Verpflichtung zur Qualitätssicherung im Jahr 1989 forderte die Gesundheitsministerkonferenz der Länder in ihren Zielen für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen die konsequente Patientenorientierung. Weitere 20 Jahre später ist die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen rechtlich und strukturell stärker verankert denn je. Die Patientenorientierung wurde durch die Schaffung einer Patientenbeauftragten der Bundesregierung, die Unabhängige Patientenberatung Deutschland und nicht zuletzt das Patientenrechtegesetz spürbar gestärkt. Das ist zu begrüßen. Deutlich ist jedoch auch, dass der Begriff der Patientenorientierung bislang nicht ausreichend mit Konzepten unterlegt wurde, welche die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sowohl auf der Makro-, Meso- wie Mikroebene des Gesundheitswesens konsequent an den Interessen der Patient_innen orientieren.

Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist folglich die Orientierung an einem Qualitätsbegriff, der die Interessen der Patient_innen widerspiegelt. Der Sachverständigenrat Gesundheit versteht darunter eine Versorgung mit Leistungen, die von dem Patienten oder der Patientin erwünschte gesundheitliche Behandlungsergebnisse auf Grundlage des gegenwärtigen professionellen Wissensstandes, also der Evidenz, erzielen sollen. Dieses Verständnis hat der Sachverständigenrat mit dem Konzept der Bedarfsgerechtigkeit weiterentwickelt, in dem der objektive Bedarf der Evidenz von Leistungen und der subjektive Bedarf der Patientenpräferenz dem Patientennutzen entsprechen. Dieses Verständnis lenkt den Fokus auf die Kommunikation, die der Entscheidung und der Erbringung einer Leistung vorangeht, und damit auf die Notwendigkeit, die Evidenz zu patientenrelevanten Behandlungsergebnissen (objektiver Bedarf) mit der Subjektivität des Patienten oder der Patientin (Präferenz, subjektiver Bedarf) in Einklang zu bringen.

Eine Stärke dieses Qualitätsbegriffes liegt auch darin, dass damit Über-, Unter- und Fehlversorgung zu fassen und letztlich zu korrigieren sind.

Um Qualität in ihren verschiedenen Dimensionen erfassen zu können, ist das Rahmenkonzept der OECD mit einer Differenzierung in Effektivität, Sicherheit und Patientenzentrierung sowie Zugang zur Versorgung und Kosten verbreitet (Arah et al. 2006; Carinci et al. 2015). Die qualitätsorientierte Entwicklung eines Gesundheitssystems sollte diese Dimensionen ausgewogen berücksichtigen. Die Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen hat verschiedene Phasen durchlaufen und dabei deutliche Fortschritte gemacht. Nach nunmehr fast 30 Jahren gesetzlicher Verpflichtung zur Qualitätssicherung ist es an der Zeit, Qualität noch stärker von den Patient_innen aus zu denken, zu konkretisieren und explizit zum Ausgangspunkt der Weiterentwicklung einer Qualitätsstrategie zu erklären.

3

HERAUSFORDERUNGEN AN DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN UND DEREN AUSWIRKUNGEN FÜR DAS QUALITÄTS-VERSTÄNDNIS

3.1 PATIENTENZENTRIERTE POPULATIONS-BEZOGENE VERSORGUNG

Das deutsche Gesundheitssystem ist anbieterbezogen sektoral strukturiert und vergütet in erster Linie Leistungsmengen. Zwar hat die sektorale Optimierung der vergangenen Jahrzehnte die Transparenz der Leistungen in den jeweiligen Sektoren deutlich verbessert (z. B. im stationären Sektor durch das DRG-System), sodass nun Voraussetzungen für eine umfassende Integration der Leistungen vorliegen. Allerdings treten bei ungebremster Fortführung der Sektoroptimierung die unerwünschten Nebeneffekte (z. B. Mengenanreiz) immer mehr in den Vordergrund. Integrative Ansätze erscheinen daher unumgänglich, besonders wenn man die demografische Entwicklung und Zunahme von Patient_innen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen berücksichtigt. Es müssen nicht nur die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufgehoben werden. Die Integration muss auch die anderen Sektoren wie Pflege, Rehabilitation, therapeutische Praxen und soziale Arbeit umfassen.

Der Begriff der sektorenübergreifenden Versorgung ist zwar hilfreich, trägt aber immer noch den Sektor- und Anbieterbezug in sich. Wenn man stattdessen konsequent den individuellen und kollektiven Patientenbezug in den Mittelpunkt stellt, bietet sich ein Perspektivwechsel hin zu einer populationsbezogenen Versorgung an. Dieser Begriff verlässt den Bezug zu sektoral organisierten Anbietern und orientiert sich an den Bedürfnissen der Patient_innen mit ihren individuellen Verläufen der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Diese Populationsperspektive kann insofern als „Summe der Patientenperspektiven“ sowie der Perspektive potenzieller Patient_innen verstanden werden.

Die durch die Anpassungen der gesetzlichen Regelungen ermöglichten „Suchbewegungen“ (zuletzt Reform des §140a SGB V im VStG 2014) haben zu einer Vielzahl unterschiedlicher Modelle zur Versorgung bestimmter Populationen geführt, ohne dass eines dieser Modelle allein einen nennenswerten Anteil der Versorgung abdecken würde. Von daher bietet es sich nicht an, erneut nur weitere Experimentierfelder zwischen den Sektoren zu entwickeln, sondern die grundlegenden Voraussetzungen für eine sektorenübergreifende, patientenzentrierte Versorgung zu schaffen.

Es ist offensichtlich, dass es dafür auch einer Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätsbewertung und -verbesserung für diese Strukturen bedarf, möchte man nicht unversehens mit Fehlentwicklungen und möglicherweise bleibenden negativen Folgen konfrontiert sein.

Vorab sind zwei Grundfragen zu klären:

1. Wie ist eine zu versorgende Population abzugrenzen?
2. Welche regulative Logik und welche Vergütungslogik werden zugrunde gelegt?

3.2 DIFFERENZIERUNG DES BEGRIFFES „POPULATION“

Der aktuelle Sprachgebrauch in der gesundheitspolitischen Diskussion bezieht sich vor allem auf die Regionalität der Versorgung, also die Abgrenzung der Population durch geografische oder raumordnerische Kriterien. Weiterhin spricht man auch von funktional abgegrenzten Populationen, die sich durch die Betreuung bei bestimmten Leistungserbringern ergeben (z. B. Klientel eines Hausarztes oder -ärztin). In jedem Fall umfassen diese Populationen Gesunde und Kranke gleichermaßen.¹

In der regionalen Versorgung wird die sektorenübergreifende Kooperation durch eine zu definierende Region abgebildet. Wie schon heute in der Bedarfsplanung ist die Region als Bezugsebene für gesundheitliche Versorgung kein einheitlich definierter Raum. Sie wird in der Bedarfsplanung abhängig vom Spezialisierungsgrad der Versorgung unterschiedlich definiert und reicht von den sogenannten Mittelbereichen bis hin zu den KV-Bezirken, die im Wesentlichen den Ländergrenzen entsprechen. Solche geografisch oder raumordnerisch definierten Regionen weisen selbst innerhalb ihrer Grenzen hohe Disparitäten in Bezug auf Fläche, Einwohnerzahl, aber auch Krankheitshäufigkeit auf, sodass sie sich nur bedingt als Grundlage für die medizinischen Versorgungsregionen eignen.

¹ Krankheitsbezogene Populationen (wie z. B. in Disease-Management-Programmen) stehen im hier diskutierten Zusammenhang nicht im Mittelpunkt.

Eine weitere Differenzierungsmöglichkeit für die zu betrachtenden Regionen kann aus der zu versorgenden Bevölkerung, also aus der Einwohnerzahl abgeleitet werden. So wäre eine regionale Bevölkerungszahl als Grundlage für eine Versorgungsregion in der hausärztlichen Versorgung anders auszugestalten als bei schwer Brandverletzten. Gerade aber bei den Fragen der Grundversorgung ist es notwendig, Korrekturfaktoren im Sinne der Morbidität, sozialen Lage oder auch Demografie zu berücksichtigen, wie es zurzeit der Gesetzgeber auch schon vorgegeben hat.

Zudem kann eine regionale Differenzierung nach funktionalen Gesichtspunkten im Sinne der Koordination der Behandlung durch Hausärzt_innen oder auf definierte Behandlungspfade ausgerichtet sein. In diesem Sinne können die Regionen danach bestimmt werden, wie eine definierte Bevölkerung bei relevanten Erkrankungen optimal versorgt werden muss. Die Region bildet damit die Versorgungsangebote ab, die für die gesamte Behandlungskette im Regelfall notwendig sind, und umfasst insbesondere bei der Versorgung schwer chronisch Kranker die interprofessionelle Grundversorgung über die vertragsärztliche Spezialversorgung bis hin zum Krankenhaus.

Deutlich wird jedoch, dass die Regionsgröße in ganz Deutschland nicht einheitlich festzulegen, sondern aus der Sicht der Patient_innen und den aus den jeweiligen Erkrankungen abzuleitenden Bedarfen unterschiedlich zu fassen ist.

Für die Identifikation der geeigneten Beobachtungs- und Handlungsebenen besteht zwar erheblicher zusätzlicher Forschungs- und Entwicklungsbedarf, ohne aber zu verkennen, dass eine Umsetzung mit den heute zur Verfügung stehenden Mitteln bereits begonnen werden kann. Hier ist eine prioritäre Aufgabe für die Entwicklung der Qualitätsdarstellung und -verbesserung zu sehen.

3.3 REGIONALE LEISTUNGSERBRINGER: DYNAMISCHE ENTWICKLUNG

Schon heute hat sich die Angebotsstruktur regionaler Leistungserbringer hochgradig differenziert. Während es früher üblich war, nur von der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne der Einzelpraxis und von der stationären Versorgung auszugehen, hat sich nun eine zunehmende Variationsbreite der Angebotsstruktur herausgebildet. Neben den klassischen Versorgungsstrukturen haben Netze von niedergelassenen Ärzt_innen einen nicht zu unterschätzenden Teil der Versorgung übernommen, die in wechselndem Maße auch andere Leistungserbringer miteinschließen. Die regionale und populationsbezogene Organisation der Versorgung ist also faktisch bereits in eine Phase der dynamischen, spontanen Fortentwicklung eingetreten, in der unterschiedliche und wünschenswerte Konzepte erprobt werden. Die Instrumente der Bestimmung und Fortentwicklung der Versorgungsqualität, die durch diese neuen Strukturen erbracht und angeboten wird, sind jedoch auf diese Situation noch nicht ausgerichtet. Insbesondere muss die Frage beantwortet werden, wer in den neuen Strukturen die Verantwortung für die Qualitätsentwicklung zu übernehmen hat und bei etwaigen Fehlentwicklungen als Ansprechpartner zur Verfügung steht.

Damit negative Entwicklungen der Versorgungsqualität und -sicherheit vermieden werden, sind daher mehrere strukturelle Gesichtspunkte zu beachten:

1. Netze sind in Größe, Struktur und Organisationsgrad nicht als einheitliche Versorgungseinheiten anzusehen. Sie können von einer reinen Einkaufsgemeinschaft bis hin zu stark strukturierten, sektorenübergreifenden Verbänden ausgeprägt sein, die z. B. durch ein gemeinsames Patientenmanagement oder eine gemeinsame Patientenakte schon weitgehende Formen einer regionalen bzw. populationsbezogenen Versorgung angenommen haben. Zusätzlich ist aufgrund der sich verändernden Angebotssituation die Entwicklung zu beobachten, dass ambulante Versorgung auch (teilweise mangels Alternative) durch Krankenhäuser angeboten wird. Ebenso sind Mischformen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erkennbar. Auch Modelle wie z. B. die durch den Innovationsfonds geförderten Projekt in Templin (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016a) und in Billstedt-Horn (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016b) sind als perspektivische Bereicherung der Angebotsvielfalt in die Diskussion miteinzubeziehen. Der Grad der organisatorischen Integration ist eines der wichtigsten Merkmale, wenn es um die konkrete Umsetzung von Qualitätsverbesserungen geht, weil hierdurch die Verantwortung für die Qualitätsentwicklung von der Einzelanbieter- auf die patientenzentrierten Netzstrukturen verschoben wird.
2. Voraussetzungen einer regional organisierten sektorenübergreifenden Versorgung von Populationen sind einheitlich definierte und vergleichbare Grundstrukturen, die es den unterschiedlichen Anbietern ermöglichen, auf Augenhöhe, unter gleichen Bedingungen und nach den gleichen „Spielregeln“ zu agieren. So ist es z. B. notwendig, die grundlegenden Bedingungen für die Bedarfsplanung, Finanzierung, Dokumentation sowie Qualitätsdarstellung und -verbesserung anzugleichen. Die hierzu notwendigen regulatorischen Anforderungen müssen eindeutig zugeordnet sein. Aus diesem Blickwinkel ist ein Nachdenken über die zukünftige Arbeitsteilung von Landes-, Bundes- und Raumordnungs-kompetenzen der Selbstverwaltung (G-BA) und/oder der staatlichen Regulierungsbehörden erforderlich. Wichtig ist aber auch die Vorgabe, dass es zwar bundeseinheitlicher Rahmenseetzungen bedarf, aber eine Option zu einer relevanten regionalen Varianz möglich sein muss.
3. Die regulatorische Verantwortung muss flankiert werden durch ein Konzept der finanziellen Verantwortung. Es sind Modelle denkbar, in denen die finanzielle Verantwortung für die Versorgung nicht mehr allein in den Händen der Krankenversicherungen liegt, sondern in denen diese (z. B. in Form von Managed-Care-Modellen) zumindest in Teilen an die Leistungserbringer übergeht. Die Konsequenzen für die Gestaltung einer Darstellung der Qualität der Populationsversorgung und die Initiativen zur Qualitätsverbesserungen sind enorm, denn auch in diesen Strukturen sind z. B. Anreize zur Mengenausweitung mit denen zur Vorenthaltung von Leistungen ins Gleichgewicht zu bringen. Gleiches gilt für den Zugang zu Leistungen, auch für den Grad der Zentralisierung und für das Maß, in dem die Integration der Versorgung verwirklicht ist. Von daher ist es wichtig, dass die regulatorische Verantwortung nicht einseitig

getragen wird, sondern dem Prinzip von Checks and Balances folgt, in das auch staatliche Stellen als Garanten der Daseinsvorsorge eingebunden sind.

4. Die genannten netzförmigen Versorgungsstrukturen, die in den vergangenen Jahren in großer Zahl und Heterogenität entstanden und aktuell im Entstehen begriffen sind, können nach den bisherigen Regelungen als eigenständige Gruppe von Leistungserbringern noch nicht adressiert werden.² In den heute bestehenden Regularien können nur sektorale Strukturen angesprochen werden (z. B. vertragsärztliche Versorgung, Krankenhausversorgung). Regionale bzw. populationsbezogene – also wünschenswerte – Versorgungsformen sind aber in den Strukturen der Selbstverwaltung zurzeit noch nicht vertreten. Dies erschwert nicht nur die Etablierung klarer Regularien und Qualitätsanforderungen, sondern macht auch die zielgerichtete Übertragung von Aufgaben und Lösungsentwicklungen unmöglich.

3.4 WELCHE PERSPEKTIVEN UND QUALITÄTSMERKMALE SIND FÜR DIE AUSGESTALTUNG DER POPULATIONSBEZOGENEN VERSORGUNG ENTSCHEIDEND?

Die Qualitätsdimension der Patientenzentrierung wird mit den Instrumenten der derzeitigen Qualitätsdarstellung nur unzureichend erfasst. Primärer Handlungsbedarf ist daher darin zu sehen, durch Etablierung, Entwicklung und Weiterentwicklung neuer Datenquellen und Instrumente das Erreichen von Behandlungszielen und die Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität aus Patientenperspektive besser darstellbar zu machen.

Ein wesentlicher Weiterentwicklungsbedarf ist überdies darin zu sehen, dass mit der bisherigen Systematik der Qualitätsbewertung zwar eine sektorenübergreifende Bewertung einzelner Behandlungsverläufe möglich ist, eine übergreifende Qualitätsbewertung der Versorgungsstrukturen und eine übergreifende Qualitätsentwicklung der Akteure jedoch nur eingeschränkt herstellbar sind. Eine akutmedizinische, auf Eingriffe bezogene Qualitätsbewertung kann durch definierte Komplikationen und OP-Ergebnisse beschrieben werden. Das heterogene Behandlungsgeschehen in der Versorgung einer Population mit dem Schwerpunkt chronischer, altersbedingter Erkrankungen kann so allerdings nicht ausreichend erfasst werden, genauso wenig wie der Ertrag einer aktiven, an Gesundheitszielen ausgerichteten Versorgungsstrategie. In der patientenzentrierten Versorgung von Populationen spielen Faktoren wie Kooperation und Koordination eine viel wichtigere Rolle und werden auch von den Patient_innen in großen, international vergleichenden Befragungen gerade für Deutschland als besonders dringlich dargestellt (so z. B. durch den Commonwealth Fund, vgl. Davis et al. 2014).

Derzeit erfolgt die Definition von Qualitätsanforderungen noch stärker aus der Perspektive der Anbieter. Hier sollten die Perspektive der Patient_innen einerseits und der Gesellschaft andererseits stärker in den Vordergrund treten. Daher ist

die Diskussion der relevanten Qualitätsmerkmale nicht von der Zielorientierung und vorgeschalteten Problemanalyse zu trennen: Keine Initiative zur Qualitätsverbesserung kommt ohne die Definition einer (lösbaren) Problemstellung, die die Perspektive, die möglichen strukturellen Effekte und die Klärung des vorliegenden Bedarfs umfasst, aus.

In der politischen Umsetzung ist es sinnvoll, mit Qualitätsmerkmalen zu beginnen, die unabhängig von den jeweiligen Strukturausprägungen eines neugeordneten Gesundheitswesens sind. So hat die Diskussion des Zugangs zur Versorgung nicht nur innerhalb der fachlichen Auseinandersetzung eine große Relevanz, sondern kann auch in der öffentlichen Debatte eine positive Wirkung entfalten. Auf diese Weise kann die Regionalität der Gesundheitsversorgung konkret illustriert und aufgegriffen werden („Wie viel qualitativ gute Versorgung brauchen wir in welcher Entfernung?“). Dies gilt besonders dann, wenn gleichzeitig die potenziell positiven Effekte miteinbezogen werden, die aufgrund einer Zentralisierung und Steigerung der einrichtungsbezogenen Behandlungsvolumina zu erwarten sind (siehe Zentrenbildung, Mindestmengen u. a.).

Die Qualitätsdiskussion auf regionaler und Populations-ebene soll also schrittweise aufgebaut und entwickelt werden.

Folgende Aspekte erscheinen für einen gestuften Aufbau prioritär:

1. Stufe: Zugang zur Versorgung und Grad der Zentralisierung

Zu den Kriterien Erreichbarkeit (Zugang) und Zentralisierung (z. B. durch Mindestmengen oder Zentrenbildung) sind im SGB V in letzter Zeit über die Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen im Krankenhausbereich (§136c Abs. 3 SGB V und §17b Abs. 1a Satz 1 Nr. 6 KHG) und über die Regelungen zu den Terminservicestellen (§75 Abs. 1a) bereits Schritte unternommen worden. Es sind differenzierte Konzepte für Regionen mit abnehmender Bevölkerungsdichte und nicht ausreichender Infrastruktur notwendig. Auch hierfür haben Gesetzgeber und Selbstverwaltung mit Regelungen zu Sicherstellungszuschlägen und einer gestuften Notfallversorgung erste Schritte unternommen. Die weitere hierfür notwendige Diskussion ist ein öffentlicher Prozess, der die Einbeziehung von Bevölkerung und Patient_innen erfordert und somit bereits die spätere öffentliche Diskussion der Ergebnisse vorbereitet. Diese Überlegungen decken sich auch mit den Aussagen des „Großgutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung“, erstellt im Auftrag des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018), dass das Monitoring des Zugangs zur (ambulanten) Versorgung, z. B. durch die Kriterien der Erreichbarkeit, als primäres Instrument der Bedarfsplanung bestimmt hat.

2. Stufe: Ungeplante Krankenhauswiederaufnahmen und ambulant-sensitive Krankenhauseinweisungen

Weiterhin ermöglicht die Betrachtung ungeplanter Krankenhausaufnahmen und ambulant-sensitiver Krankenhauseinweisungen einen gerade unter Praktikabilitätsgesichtspunkten sehr guten Einstieg für die Identifikation und Überwindung derzeit bestehender Hürden aufgrund sektoraler Trennung. Themenbeispiele sind Wiederaufnahmen nach operativen Eingriffen und Einweisungen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen (oder Dehydratation). Wichtig ist es, gleichzeitig mit Indikatoren für den stationären und ambulanten Teil der

² Im Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes wird erstmalig anerkannten Ärztenetzen ein konstitutives Recht, nämlich die Gründung von MVZs, anerkannt.

Leistungserbringung zu beginnen, damit die gemeinsame Verantwortung zum Ausdruck kommt. Die Maßnahmen von Stufe 1 und Stufe 2 sind noch unter den bestehenden Strukturen umsetzbar; dies gibt Zeit für die Lösung der in Kapitel 2 genannten Strukturfragen. Teilweise werden (meist für die Beobachtungsebene der einzelnen Einrichtungen) diese Indikatoren derzeit schon genutzt und entwickelt.

3. Stufe: Qualitätsmerkmale bezüglich Kooperation und Koordination

Im weiteren Verlauf können dann in einer dritten Stufe Merkmale identifiziert werden, die den Bereich Kooperation/Koordination abbilden. Parameter und Indikatoren, die die Themen Kooperation und Koordination umfassen, sollten prioritär aus Patientenperspektive erhoben und ausgewertet werden, d. h. dass Patientenbefragungen ein hoher Stellenwert zukommen sollte. Bei der Erhebung dieser Merkmale müssen die Fragen zur finanziellen und planerischen Verantwortung geklärt sein (siehe Kapitel 2.).

4. Stufe: Konkrete medizinisch-pflegerische Merkmale

In einer vierten Stufe werden schrittweise und entsprechend der oben ausgeführten Kriterien diagnose- und krankheitsgruppenorientierte Merkmale identifiziert (z. B. zur Behandlung von Mehrfacherkrankungen). Die Zielorientierung unterschiedlicher Aspekte bei der Behandlung auf medizinischer und pflegerischer Ebene, im Bereich der Arzneimittelversorgung, der Rehabilitation und den anderen Therapiebereichen hat patientenbezogen zu geschehen. Präventionsaspekte müssen dabei verpflichtend miteinbezogen werden.

4

METHODISCH-KONZEPTIONELLE VORAUSSETZUNGEN

Die aufgrund der populationsbezogenen Versorgung erweiterten Erwartungen an die Qualitätsbewertung gehen einher mit veränderten methodischen und konzeptionellen Anforderungen an die dafür benötigten Qualitätsmerkmale, Kennzahlen und Indikatoren. Für ein Monitoring von Strukturen und Abläufen bedarf es anderer Implikationen als bei Ergebnisbewertungen von Therapien oder Prozeduren in einzelnen Institutionen. Dabei ist anzumerken, dass sich auch die bisherige Qualitätssicherung nach §136 SGB V zwar der stärkeren sektorenübergreifenden Betrachtung geöffnet hat und so krankheitsspezifisch erweitert wird. Diese Öffnung reicht allerdings bei Weitem noch nicht für die avisierte neue, breiter aufzustellende Monitorfunktion der Qualitätsbewertung aus, soweit sie sich auf strukturelle und strategische Gegebenheiten bezieht und auf dieser Ebene Qualitätsveränderungen bewerten und überprüfen will.

Hier sind zusätzliche Aspekte einbezogen worden, die zusätzliche grundsätzliche Abwägungen erfordern. Es geht dabei:

- um das Primat der Zielorientierung bei der Auswahl von Kennzahlen und Indikatoren;
- um die Möglichkeiten und Limitationen der Verwendbarkeit von Abrechnungsdaten;
- um die Dialektik der Nutzung von Ergebnis- und Prozessindikatoren;
- um die Relevanz dieser Indikatoren für die qualitätsorientierte Steuerung.

Dieser Transformationsprozess ist Gegenstand eines wissenschaftlichen Diskurses, der für die Einordnung der Voraussetzungen zur Operationalisierung der neuen, auf populationsbezogenen Strukturen ausgerichteten Qualitätsbewertung notwendig ist. Ein gezielter Einblick in diesen wissenschaftlichen Diskurs wird der Aufmerksamkeit der Leser_innen im Annex anempfohlen.

5 INDIKATOREN FÜR DIE SEKTORENÜBERGREIFENDE REGIONALE QUALITÄTSBEWERTUNG

Um dem Argument vorzugreifen, dass entsprechende Kennzahlen und Indikatoren zur Beschreibung und zum Monitoring von Qualität und Sicherheit der Versorgung für die Beobachtungsebenen Populationen und Regionen (sogenannte Area-Indikatoren) in Deutschland noch nicht passgenau entwickelt sind und von daher zwar die theoretische Notwendigkeit für solche Qualitätsmerkmale anerkannt werden kann, aber sie nicht praktisch eingesetzt werden können, soll im Folgenden aufgezeigt werden, dass sehr wohl auf bewährte Kennzahlen und Indikatoren zurückgegriffen werden kann. Wesentlicher Entwicklungsbedarf ist daher insbesondere in der Identifikation handlungsrelevanter Regionen und Beobachtungsebenen zu sehen.

International liegen Indikatoren vor, die auch unter Beachtung der im Kapitel 3.4 genannten Priorisierung auf das deutsche Gesundheitswesen übertragbar sind. Die Varianz der heranzuziehenden Indikatoren und Kennzahlen ist beachtlich. Die Größenordnung der Bezugspopulationen variiert erheblich und reicht von der nationalen Ebene bis zur Versorgung im Rahmen kleinerer regionaler Versorgungsnetze. Die wichtigsten international verfügbaren Quellen für Area-Indikatoren stammen aus nationalen Vergleichsstudien, aus der Forschung zur kleinräumigen Variabilität der Versorgung, aus der Forschung zu Managed Care und aus ambulant bzw. regional orientierten Pay-for-Performance-Ansätzen (z. B. Großbritannien). Geeignet erscheinen auch von der OECD empfohlene Indikatoren für einen Gesundheitssystemvergleich, da diese Indikatoren gezielt für eine Anwendung auf Systemebene eingesetzt werden können.

Die Systematisierung erfolgt über die bereits oben diskutierten Aspekte Perspektive, Struktur (Integrationsgrad) und Bedarf/prioritäre Themen.

In fortgeschrittenen Ansätzen stehen die Patientenzentrierung und Patientenperspektive im Vordergrund. Als Beispiel seien hier die Patient Centered Care Measures des Commonwealth Fund aufgeführt (Davis et al. 2014), die im Rahmen einer international vergleichenden Untersuchung auch in Deutschland erhoben wurden und daher hierzulande als erprobt und bewährt gelten können.

Tabelle 1
Patient Centered Care Measures des Commonwealth Fund

Dimension	Parameter/Indikator
Communication	Patients reporting always or often getting telephone answer from doctor the same day (base: have a regular doctor and tried to contact by phone)
	Doctor always or often explains things in a way that is easy to understand
	Received clear instructions about symptoms to watch for and when to seek further care after surgery or when leaving the hospital (base: those who had surgery or been hospitalized)
Continuity and Feedback	With same doctor 5 years or more
	Doctor routinely receives and reviews data on patient satisfaction and experiences with care
	Regular doctor always or often knows important information about patient's medical history
Engagement and Patient Preferences	Specialist always or often involves patient as much as they want in decisions about care and treatment (base: saw or needed to see specialist in past 2 years)
	Doctor or health care professional discussed patient's main goals or priorities in caring for condition (base: has chronic condition)
	Specialist always or often tells you about treatment choices (base: saw or needed to see specialist in past 2 years)
	Regular doctor always or often encouraged you to ask questions
	Doctor or health care professional gives clear instructions about symptoms, when to seek further care (base: has chronic condition)

Quelle: Davis et al. (2014).

Tabelle 2
Das Core-Set Vital Signs des Institute of Medicine

Domain	Key Element	Core Measure Focus	Best Current Measure	Current National Performance
Healthy people	Length of life	Life expectancy	Life expectancy at birth	79-year life expectancy at birth
	Quality of life	Well-being	Self-reported health	66 % report being healthy
	Healthy behaviors	Overweight and obesity	Body mass index (BMI)	69 % of adults with BMI 25 or greater
		Addictive behavior	Addiction death rate	200 addiction deaths per 100.000 people age 15+
		Unintended pregnancy	Teen pregnancy rate	27 births per 1.000 females aged 15 to 19
Healthy social circumstances	Healthy communities	High school graduation rate	80 % graduate in 4 years	
Care quality	Prevention	Preventive services	Childhood immunization rate	68 % of children vaccinated by age 3
	Access to care	Care access	Unmet care need	5 % report unmet medical needs
	Safe care	Patient safety	Hospital-acquired infection (HAI) rate	1.700 HAIs per 100.000 hospital admissions
	Appropriate treatment	Evidence-based care	Preventable hospitalization rate	10.000 avoidable per 100.000 hospital admissions
	Person-centered care	Care match with patient goals	Patient-clinician communication satisfaction	92 % satisfied with provider communication
Care cost	Affordability	Personal spending burden	High spending relative to income	46 % spent > 10 % income on care or were uninsured in 2012
	Sustainability	Population spending burden	Per capita expenditures on health care	\$9.000 health care expenditure per capita
Engaged people	Individual engagement	Individual engagement	Health literacy rate	12 % proficient health literacy
	Community engagement	Community engagement	Social support	21 % inadequate social support

Quelle: Blumenthal et al. (2015).

Der Aspekt Struktur wird besonders in den Evaluationen der Managed-Care-Programme in den USA betrachtet, die durch die Zusammenführung von Leistungserbringer- und Versicherungsfunktion eine größtmögliche Integration versprochen (Aufhebung des Provider-Payer-Splits, vgl. SVR 2009: 960 ff.). Die verwendeten Sets von Qualitätsparametern stammen aus der Hochzeit der diesbezüglichen Untersuchungen (erste

Hälfte der 2000er Jahre), sind aber trotzdem sehr aktuell, weil sie direkt Struktur Aspekte ansprechen (hier: Integration) und in diesem Sinne das Zusammenwirken der unterschiedlichen Leistungserbringer gut illustrieren. Als Beispiel sei hier das Set von Gilmore et al. (2007) aufgeführt, bei dem die folgenden Aspekte im Vordergrund stehen:

- Screeningmaßnahmen (Mamma-Ca, Cervix-Ca, kolorektale Tumoren);
- chronische Erkrankungen (Hypertonus, Diabetes, Asthma, Fettstoffwechsel);
- Impfungen im Kindes- und Erwachsenenalter.

Die große Bedeutung der Struktur- bzw. Integrationsdimension besteht darin, dass die übergeordneten Aspekte eingegliedert werden können, die in Kapitel 3 als Basismaßnahmen empfohlen wurden, mit deren Implementierung auch ohne vorherige Klärung der anstehenden Fragen zur Vergütung und Verantwortung begonnen werden kann. Sie lauten:

- Zugang zur Versorgung;
- gezielte Parameter aus dem Bereich der ambulant-stationären Koordination (ambulant-sensitive Krankenhausaufnahmen, Wiedereinweisungsrate);
- sowie Parameter zur Beschreibung der Koordination zwischen der stationären und der ambulanten pflegerischen Versorgung.

Die im Folgenden dargestellten Indikatoren (Tabelle 1) können für die Betrachtung der Ebene der einzelnen Einrichtung eingesetzt werden. Allerdings sind sie gerade auch für die Beobachtungsebene von Populationen oder Regionen sehr gut nutzbar.

Eine patientenzentrierte, populationsbezogene, regional organisierte Versorgung geht naturgemäß nicht ausschließlich von Akuterkrankungen aus, sondern konzentriert sich auch auf die chronischen und multiplen Erkrankungen speziell älterer Patient_innen.

Auch hier werden struktur- und patientenbezogene Elemente miteinbezogen (z. B. Informationsmanagement, Kommunikation). Indikatoren der OECD erscheinen für den Einsatz auf der Beobachtungsebene von Regionen oder Populationen gut geeignet. Beispielhaft seien folgende Indikatoren genannt:

- Asthma hospital admission;
- Chronic obstructive pulmonary disease hospital admission;
- Thirty-day mortality after admission to hospital for AMI;
- Hip-fracture surgery initiated within the following day after admission to the hospital;
- Waiting time of more than four weeks for getting an appointment with a specialist;
- Patients reporting having spent enough time with any doctor during the consultation;
- Elderly patients with prescription of long-acting benzodiazepines or related drugs;
- Patients with long-term prescription of any anticoagulating drug in combination with an oral NSAID;
- Total volume of antibiotics for systemic use;
- Volume of second line antibiotics as a share of total volume.

Ein einfaches Gesamtkonzept (vgl. Tabelle 2) stammt vom Institute of Medicine der USA und umfasst auch Kostenaspekte, ist aber für die kleinräumige Darstellung zu allgemein gehalten (Blumenthal et al. 2015). Ohne Zweifel ist in Bezug auf die Identifikation der handlungsrelevanten Beobachtungsebenen noch erheblicher Forschungs- und Entwicklungsbedarf erforderlich.

Im Jahr 2016 hat Dänemark ein nationales Qualitätsprogramm eingeführt, mit dem Ziel einer nationalen Verbesserungskultur, indem künftig der Schwerpunkt von der Qualitätskontrolle zur Qualitätsverbesserung verlagert wird. Insgesamt acht nationale Ziele werden durch z. T. wechselnde regionale Ziele ergänzt. Die dänischen Indikatoren (siehe Tabelle 3) sind artverwandt zu den oben erwähnten Systematiken und eignen sich auch zur Prüfung der Übertragbarkeit auf Deutschland.

Tabelle 3
Nationales Qualitätsprogramm Dänemark

Nationale Ziele	Qualitätsindikatoren
bessere Kontinuität der Patientenversorgung im klinischen Versorgungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> – akute Wiederaufnahme im Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen – Wartezeit bis zur Rehabilitation – Anzahl der Tage in der stationären Versorgung nach Abschluss der somatischen Behandlung – Aktualisierter Informations- und Fortbildungsstand der Hausärzte – Mitarbeiterbindung
stärkerer Fokus auf chronisch Kranke und ältere Patient_innen	<ul style="list-style-type: none"> – Krankenhausaufnahme von Patient_innen mit COPD/Diabetes – vermeidbare Krankenhausaufnahmen von älteren Patient_innen – antipsychotische Behandlung bei Demenz – Überbelegung in nichtoperativen Abteilungen
höhere Überlebensrate und verbesserte Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> – Fünf-Jahres-Überlebensrate nach Krebserkrankung – kardiovaskuläre Sterblichkeit – nosokomiale Infektionen – Überlebensrate nach plötzlichem Herzstillstand
hohe Behandlungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> – Erreichen von Qualitätszielen in klinischen Datenbanken – Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Patient_innen auf psychiatrischen Stationen
schnellstmögliche Untersuchung und Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> – Wartezeit für elektive Operationen im Krankenhaus und psychiatrische Behandlung – Erstuntersuchung von somatischen/psychiatrischen Patient_innen innerhalb von 30 Tagen – Vervollständigung des Versorgungspakets bei Krebserkrankungen innerhalb des vorgeschriebenen Zeitraums
stärkere Patienteneinbindung	<ul style="list-style-type: none"> – Patientenzufriedenheit – Patientenorientierung und -mitbeteiligung
zusätzliche gesunde Lebensjahre	<ul style="list-style-type: none"> – durchschnittliche Lebenserwartung – Anteil der täglichen Raucher_innen in der Bevölkerung
mehr Effizienz im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> – durchschnittliche Verweildauer nach Krankenhausaufnahmen – jährlicher Anstieg der Krankenhausproduktivität

Quelle: Das Krankenhaus (2018: 820 ff.)

EIN BLICK IN DIE ZUKUNFT: PROTOKOLL DER QUALITÄTSKONFERENZ VOM 3. JULI 2023

Planungsrelevante Qualitätskonferenz nach §97a Landes-Gesundheitsdienstgesetz (GDG) in Verbindung mit §90b SGB V (sektorenübergreifende Versorgungssteuerung) für Niedersachsen-Süd³

Protokoll der 18. planungsrelevanten Qualitätskonferenz Süd-Niedersachsen vom 3. Juli 2023 in Göttingen

Vorsitzender (alternierend): OMR Ulf Müller / Sozialministerium
 Sonstige Teilnehmer_innen der Bänke incl. Patientenvertretung, die thematisch eingeladenen Expert_innen und Institutionen:
 siehe Anwesenheitsliste

Formalia:

- Die Erklärungen zu Interessenskonflikten liegen vor.
- Das Protokoll der 17. Sitzung wird genehmigt.
- Folgende Tagesordnung wird angenommen:
 - 1) Regionales Netzwerk „Akuter Herzinfarkt“ (+ Workshop zur Veröffentlichung der Zahlen)
 - 2) Diabetes mellitus Typ II: Strategien für ein nachhaltig erfolgreiches, umfassendes Therapiekonzept (+ separater Workshop mit Robin Gruid/Den Haag)
 - 3) Planung des öffentlichen „Qualitätsforums“ in der Stadthalle am 23. November 2023 (+ Workshop für Öffentlichkeitsarbeit)
 - 4) Neue Anforderungen der 8. Planungskonferenz Niedersachsen-Süd

1) Herzinfarktversorgung: leitlinienkonforme Therapie im regionalen Netzwerk

Prof. Dr. Reinhard Schulz stellt die Auswertung des ersten Halbjahres vor: Durch die App-gestützte Voranmeldung bei akutem Herzinfarkt, spezielle Crisis-Resource-Management-(CRM)-Trainings der Rettungssanitäter_innen, den „Telemedizin-Rucksack“ und den Notfall-Algorithmus auf iPad konnte die Contact-to-Balloon-Zeit (C2B) im Mittel auf 95 Minuten gesenkt werden; 88,5 Prozent der Patient_innen erhielten durch die konsequente Nutzung des „bypass“⁴ die perkutane Coronarintervention (PCI) im Herzkatheterlabor in weniger als 90 Minuten. Die gesamte Versorgungskette ist als App-gestützter, patientenorientierter, evidenzbasierter Behandlungspfad implementiert; als Qualitätsindikatoren werden u. a. PROMs als Langzeitergebnissen über 6 Mon./1-3-5 Jahre gemeldet. Die 30-Tages-Mortalität konnte auf 7,2 Prozent, die Sechsmonats-Mortalität auf zehn Prozent gesenkt werden. Die Beteiligten des regionalen Herzinfarktnetzwerkes werden nun im folgenden Workshop das Set der regelmäßig veröffentlichten Qualitätskennzahlen diskutieren und ggf. modifizieren zur Präsentation am 23.11.2023.

Empfehlung zur WL an die Planungskonferenz Niedersachsen-Süd: Die bestehende Struktur der HI-Versorgung ist fortzuschreiben.

2) Diabetes Typ II: neues Patienten-Coaching-Programm in Planung

In der Region sind drei Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP), die 133 Patient_innen zwischen 13 und 89 Jahren versorgen. Ein „Qua-

³ Version BS-MS-MG 16.07.2018).

⁴ Direkttransport zum Herzkatheterlabor ohne jegliche Zwischenstopps.

litätsmonitoring“ wurde eingeführt, dazu stellt Dr. Annelie Meinhard die Ergebnisse aus dem letzten Jahr vor: das Monitoring läuft über vier Qualitätsindikatoren (HbA1c, RR, Aktivitätsscore PAM13-D, Gewicht), die in jedem Quartal übermittelt werden; jede Praxis erhält sofort die graphisch aufbereitete Statistik für den Praxismonitor. Bei den gemäß Leitlinie vorgesehenen Untersuchungen (=zeitgerecht durchgeführt) gibt es kaum noch Verbesserungsbedarf, außer in der Gruppe der über 65-Jährigen. Hermann Thiel von der AOK ergänzt aus der Kostenanalyse einen Rückgang der krankheitsspezifischen Behandlungskosten um 10,8 Prozent; nicht indizierte Krankenhauseinweisungen kommen praktisch nicht mehr vor. Die kontinuierliche Motivation für richtige Ernährung und sportliche Aktivitäten ist weiterhin ein Problem. Daher wird Robin Gruid/Den Haag im folgenden Workshop das Versorgungskonzept aus den Niederlanden vorstellen, in dem speziell zusammengesetzte Patientengruppen von sechs bis acht Personen gemeinsam vom Diabetologen und seinem Team gecoacht und über Wearables erinnert werden. Die drei DSP wollen mit dem Deutschen Diabetiker-Bund (DDB) das niederländische Konzept in die Region übertragen, Gesundheitskompetenz und Patient Empowerment stärken.

Empfehlung zur WL an die Planungskonferenz Niedersachsen-Süd: Das Koordinationsgremium zur Umsetzung des Präventionsgesetzes im Land Niedersachsen soll gebeten werden, verstärkte Bemühungen zur Prophylaxe und Sekundärprävention des Diabetes, insbesondere bei Erwachsenen einzuleiten.

3) Öffentliches Qualitätsforum am 23. November 2023

Für das jährliche öffentliche „Qualitätsforum“ hat Bodo Meier, MdB, als Mitinitiator der regionalen Qualitätsnetzwerke bereits seine Teilnahme zugesagt und möchte sich über den erreichten Stand nach drei Jahren informieren. Insbesondere die Defizite in der Verzahnung zwischen der hausärztlichen Versorgung und der pflegerischen Versorgung sollen aktiv angesprochen werden (siehe dazu Protokoll der 16. Sitzung). Die detaillierte Planung einschließlich der nötigen Öffentlichkeitsarbeit wird die zuständige AG anschließend im separaten Workshop festlegen (Social Media, Website, Verteiler etc.).

4) Neue Anforderungen der 8. Planungskonferenz Niedersachsen-Süd

Die Planungskonferenz Niedersachsen-Süd hat die Qualitätskonferenz gebeten, ein Votum über die sektorenübergreifende Qualitätsmessung anhand der vom IQTIG zur Verfügung gestellten Qualitätsindikatoren für die drei u. a. Fragestellungen bis zum 1.1.2024 an die Planungskonferenz abzugeben. Dabei sind die Ergebnisse der Patientenbewertung für die jeweiligen Fragestellungen mit einzubeziehen. Die Qualitätsergebnisse sind Grundlage für die Überarbeitung der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung für folgende Bereiche:

- pädiatrische Versorgung/Kindergesundheit;
- augenärztliche Versorgung;
- Schlaganfallversorgung.

Die 19. Sitzung findet am 2. August erneut in Göttingen statt. Die Einladung ergeht fristgerecht.

Für die Richtigkeit des Protokolls

Boris Petershofen

6

AUSWIRKUNGEN AUF DIE BISHERIGE QUALITÄTBEWERTUNG UND NOTWENDIGE SCHRITTE ZUR IMPLEMENTATION DER NEUEN AUFGABE EINER POPULATIONSBEZUGENEN QUALITÄTSENTWICKLUNG

Im Fokus der bisherigen Qualitätsförderung und der qualitätsverbessernden Maßnahmen steht die Versorgungspraxis der einzelnen Einrichtungen. Erst in Ansätzen wird in letzter Zeit berücksichtigt, dass nicht nur die Versorgung durch einzelne Leistungserbringer, sondern auch deren Kooperation und Koordination von großer Bedeutung für die Behandlung und Pflege einzelner Patient_innen ist. Das gilt insbesondere, wenn diese auf die Leistungen verschiedener Einrichtungen angewiesen sind. Und es trifft besonders auf diejenigen zu, die unter chronischen Erkrankungen oder Multimorbidität leiden. Für sie – aber nicht nur für sie – ist es wichtig, dass die Einrichtungen des Gesundheitswesens ein gut funktionierendes System bilden, das sichere und effiziente Versorgungswege gewährleisten kann. Genau das wird durch die populationsbezogene Betrachtung der Gesundheitsversorgung angestrebt. Das regionale Versorgungsangebot, die Transparenz für Patient_innen, denen Wahlmöglichkeiten geboten werden, der Zugang zur erforderlichen Behandlung, die Koordination der Einrichtungen, die Schnittstellen, die zeitnahe Verfügbarkeit notwendiger Informationen, die Abstimmung der Behandlungsanteile, qualitativ hochwertige Prozessstandards und gute bis beste Ergebnisse in der Gesamtversorgung sowie deren Darstellung und Steuerung anhand geeigneter Qualitätsindikatoren – das sind die Grundelemente populationsbezogener Versorgung und Qualitätsentwicklung.

6.1 AUSWIRKUNG AUF DIE BISHERIGE QUALITÄTBEWERTUNG

Für eine solche neue Versorgungsstruktur ist – wie dargestellt – die Kooperation der bisher meist separat organisierten Leistungserbringer Voraussetzung. Allerdings werden künftig auch in solchen kooperativen Netzwerken Patient_innen von einzelnen Leistungserbringern versorgt. Das beste Netz, die beste Koordination kann nicht funktionieren, wenn nicht die Beteiligten ihre vulnerablen Patient_innen mit multiplen chronischen Erkrankungen so klug und kompetent führen, dass

sie lange mit einer angemessen hohen Lebensqualität leben können. Netzwerke bedürfen der Kompetenz der einzelnen Leistungserbringer. Netzwerke ermöglichen es umgekehrt dem Einzelnen, noch besser, noch effizienter seine Kompetenz für die einzelnen Patient_innen im Zusammenspiel mit den anderen Versorgern einzusetzen. Insofern wird der bisherige Ansatz, die Prozessstandards und Qualitätsergebnisse der einzelnen Leistungserbringer zu fördern und weiterzuentwickeln, auch beibehalten werden. Er wird aber um das neue Segment der populationsbezogenen Qualitätsentwicklung erweitert.

Damit kommen auf die traditionelle Qualitätssicherung drei große Herausforderungen zu:

- die methodische Herausforderung, die regionale Versorgungsqualität in ihrer Komplexität in den wichtigsten Versorgungsbereichen relevant, valide und effizient zu messen – einschließlich der Langzeitergebnisse und unter Einbeziehung der Patientenerfahrungen;
- die gewonnenen vielfältigen Ergebnisse so aufzubereiten und zu bewerten, dass sie transparent und handlungsrelevant werden, sowohl für Patient_innen als auch für regional verantwortliche Personen und Einrichtungen;
- die Nutzung der regionalen und überregionalen Ergebnisse für Leistungserbringer sowie die systembezogene Steuerung der Gesundheitsversorgung durch ein Set an geeigneten Interventionsmaßnahmen.

Versorgungsrelevanz, Transparenz, Handlungsrelevanz, Effizienz und Effektivität werden wie jetzt auch die Zieldimensionen sein. Aber mit der Erweiterung um die populationsbezogene Qualitätsentwicklung wird die Komplexität der Qualitätsmessungen enorm steigen. Damit besteht immer die Versuchung, die Systeme der Qualitätsentwicklung in gleicher Weise komplexer und umfassender werden zu lassen. Erfahrungsgemäß sind wir stets unersättlich in unserem Drang nach immer mehr Informationen. Aber erfahrungsgemäß wächst unsere Fähigkeit nicht mit, mit der zunehmenden Fülle an Ergebnissen so umzugehen, dass sie noch in sinnvoller Weise genutzt werden können. Die erste Schwelle ist die Verständlichkeit der Fülle, die zweite Schwelle ist die Kapazität, Ergebnisse in Steuerungsmaßnahmen umsetzen zu können.

Da nun ein vernünftiges Verhältnis zwischen den verfügbaren Ressourcen für die Patientenversorgung und den beanspruchten Ressourcen für die Qualitätsentwicklung anzustreben ist, darf die Weiterentwicklung der Qualitätsentwicklung im Gesundheitsbereich nicht den Fehler begehen, zu enthusiastisch die Vielfalt der Informationen zur Versorgungsqualität um ein Vielfaches zu steigern – im Glauben, dass viel mehr Wissen auch ein deutlich besseres Versorgungssystem erzeugen würde. Wer Divergenz anstrebt, muss gleichzeitig intensiv an der Konvergenz zu sinnvollen Handlungskonsequenzen arbeiten. Die künftige Qualitätsentwicklung sollte nicht von unbegrenzten Möglichkeiten der Erhebung von Qualitätsdaten ausgehen, sondern sich an den real umsetzbaren, begrenzten Möglichkeiten der regionalen und überregionalen Steuerung von Systemqualität orientieren. Hierzu müssen regionale und überregionale politische Handlungsvisionen entwickelt und die dafür notwendigen Strukturen und Interventionsinstrumente politisch geschaffen werden. Sobald sich solche Modelle abzeichnen, ist ihr Bedarf an Information nach Inhalt und Form zu spezifizieren. Die künftige Qualitätsentwicklung muss – wenn sie aufwandsmäßig noch leistbar sein soll – streng an den Bedarfen der Handlungssysteme ausgerichtet und fokussiert werden. Nicht das Mögliche, sondern das Handlungsrelevante wird Priorität haben.

6.2 NOTWENDIGE SCHRITTE ZUR IMPLEMENTATION

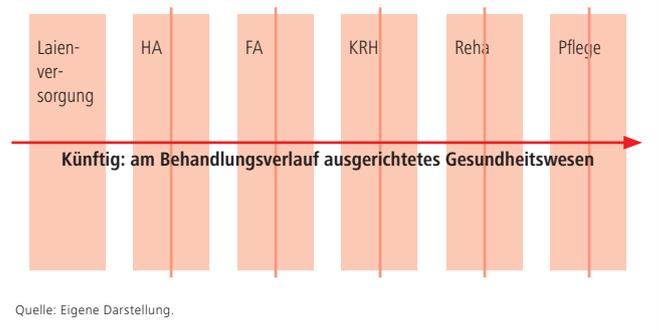
Im Koalitionsvertrag 2018 werden nachhaltige Schritte für eine sektorenübergreifende Versorgung angekündigt, um die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf auszurichten. Dafür wurde im September 2018 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BL-AG) eingerichtet, die die wesentlichen Grundlagen für diese übergreifende Versorgung (Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Codierung, Dokumentation, Kooperation und Qualitätsentwicklung) entwickeln soll.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe wird sich der Herausforderung stellen müssen, nicht in den vorhandenen Strukturen zu denken. Auch ist der Begriff der sektorenübergreifenden Versorgung – wie dargelegt – rückwärtsgewandt, da er implizieren kann, dass die Sektoren in dieser Form erhalten bleiben und nur in einer übergreifenden Struktur überbrückt werden sollen. Vielmehr geht es jedoch um die Überwindung derselben, also um eine wirklich neue Struktur des Gesundheitswesens. Diese hat sich an den Behandlungsverläufen, insbesondere von chronischen Erkrankungen, zu orientieren und das heutige Grundgerüst der Sektoren des Gesundheitswesens zu verlassen (siehe Abbildung 1).

Da aber alle Determinanten des Systems, wie z. B. die Planung, die Dokumentation, die Qualifikation, die Codierung und auch die Qualitätssicherung, innerhalb der jeweiligen Sektoren entwickelt wurden und insofern nicht kompatibel sind, kann eine neue, die Sektoren negierende Struktur nicht auf diese Grundlagen zurückgreifen. Insbesondere deshalb ist der Auftrag des Koalitionsvertrags, eben diese Grundlagen neu zu entwickeln, bedeutsam und nachvollziehbar. Es liegt in der Verantwortung der beteiligten Institutionen und Personen, die gesundheitsbezogene Versorgungslandschaft regional und

Abbildung 1

Orientierung am Behandlungswesen statt an der institutionellen Versäulung



überregional so zu gestalten, dass in den Folgejahren eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau gewährleistet ist.

Damit wird die Rolle der Qualität ein neues stärkeres Gewicht einnehmen: Sie wird zur zusätzlichen Aufgabe, die das Funktionieren der Strukturen beobachtet und bewertet, und damit zum Instrument der (ggf. Um-)Steuerung. Das Positionspapier hat dazu grundlegende Empfehlungen in Bezug auf die bisherige Entwicklung der Qualität im deutschen Gesundheitswesen, die Methodik, die Instrumente und die notwendigen Voraussetzungen erarbeitet. Die Frage wird sich für die Qualitätssicherung und -entwicklung stellen, welche Daten und Methoden sie anbieten kann, um diese regionale Steuerung und Weiterentwicklung auf rationaler Datenbasis zu unterstützen bzw. in einigen Aspekten überhaupt erst zu ermöglichen. Die populationsbezogene Qualitätsentwicklung dient einer patientenzentrierten, populationsbezogenen Gestaltung von Gesundheitsversorgung.

Im Ergebnis bedarf es keiner grundlegenden Überlegungen, sondern nur eines überschaubaren Vorlaufs, um diese neue Rolle der Qualität im künftigen Gesundheitswesen umzusetzen. Die dafür notwendigen Instrumente sind wissenschaftlich ausgewiesen und international vielfach erprobt.

Zur Konkretisierung der zu verwendenden Indikatoren wird die Expertise des IQTIG empfohlen. Es sollte eine Auswahl und Spezifizierung der Indikatoren sowie einen Zeit-Maßnahmen-Plan zur Implementation der Qualitätsbewertung in der sektorenübergreifenden Versorgung entwickeln. Die Beauftragung sollte von der BL-AG zeitig angestoßen werden, um mit dem Abschlussbericht der BL-AG in 2019 eine entsprechende Konkretisierung dieser wichtigen Qualitätsinstrumente für das Funktionieren der neuen Struktur des deutschen Gesundheitswesens vorlegen zu können.

ANHANG

KONZEPTIONELLE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE ERHEBUNGSMETHODIK

1. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

Entscheidendes Grundprinzip muss also sein, dass eine klare Zieldefinition als Grundlage der Entwicklung von Verfahren zur Qualitätsdarstellung und -verbesserung zur Verfügung steht.

Dies ist von zentraler Bedeutung. Wenn man – wie in Deutschland immer wieder vorgekommen – allein von den vorhandenen Daten ausgeht („Welche Daten haben wir denn schon?“), ist die Gefahr hoch, dass man zur Bearbeitung zahlreicher relevanter Fragestellungen und Erkenntnisse deshalb nicht kommt, weil sie nicht im Fokus der verfügbaren Daten liegen.

Die verwendeten Qualitätskennzahlen müssen in Bezug auf ihre Messeigenschaften standardisiert bewertet werden. Dabei muss ihre Eignung in Bezug auf die vorgegebenen Ziele systematisch kategorisiert werden. Es muss unterschieden werden zwischen Messgrößen, die primär eine Monitoringfunktion ausüben sollen (und daher eine möglichst hohe Sensitivität aufweisen müssen), und solchen, die für spezifischere Erhebungen des Status quo eingesetzt werden sollen (und daher eine höhere Spezifität aufweisen müssen).

Es ist erforderlich, die hierfür bislang eingesetzten Methoden zu schärfen und weiterzuentwickeln.

Kennzahlen, die aus generierenden Verfahren wie dem Critical Incident Reporting System (CIRS) abgeleitet werden, sind für solche Verfahren nicht geeignet, sie dienen stattdessen der Aufdeckung von Problemen, deren Existenz bislang überhaupt nicht bekannt war und die in der Folge dann in Qualitätskennzahlen integriert oder überführt werden können.

Von grundlegender Bedeutung ist, dass die Daten, die bisher nach unterschiedlichen Standards in den Sektoren erhoben wurden, zukünftig anhand einheitlicher Dokumentationsregeln bzw. Kodiervorgaben harmonisiert werden. Nur so ist die bisher oft nicht herstellbare Vergleichbarkeit möglich. Dabei sollten neben Abrechnungs- und klinischen Daten durch Patient_innen gemeldete Daten unbedingt herangezogen werden. Aus Gründen der Verfügbarkeit werden Abrechnungsdaten international sehr häufig verwendet. In Deutschland werden Abrechnungsdaten für bundesweit einheitliche Verfahren

derzeit primär zur Identifikation der zu betrachtenden Leistungen genutzt, die Verwendung für eine direkte Qualitätsdarlegung steht hingegen für bundesweit einheitliche Verfahren noch am Anfang.

Diese Nutzung ist sinnvoll, soweit man sich auf solche Daten beschränkt, die auf diese Weise besonders aussagekräftig zu erheben sind. Internationale und deutsche Studien zeigen, dass besonders genaue Daten zu Mengenangaben (siehe Mindestmengen-Diskussion) und seltene, obligat abrechnungsrelevante Diagnosen zu erwarten sind. So sind z. B. die besten Häufigkeitsangaben zu vergessenen Objekten im OP-Gebiet („vergessene Bauchtücher“) durch Abrechnungsdaten erarbeitet worden. Bei Komplikationen und anderen Daten zum Heilungsverlauf (z. B. nosokomiale Infektionen) weisen Abrechnungsdaten jedoch möglicherweise ein erhebliches Problem in der Sensitivität auf, denn diese Diagnosen stehen beim Abrechnungsvorgang in Konkurrenz zu anderen Nebendiagnosen und werden daher teilweise nicht korrekt angegeben. Die Studienlage hierzu ist eindeutig (siehe die entsprechende Studie des Bonner Institutes für Patientensicherheit Maass et al. 2015, BMG-finanziert). Die führenden internationalen Konzepte zur Erfassung von solchen Ereignissen bestehen daher aus einer Kombination standardisierter Auswertungen von Krankenunterlagen, Abrechnungsdaten und Befragungen von Patient_innen bzw. Mitarbeiter_innen, z. B. das Medicare Patient Safety Monitoring System (MPSMS) des CMS und das daraus entwickelte Quality and Safety Review System (QSRS).

2. ABWÄGUNG ZWISCHEN ERGEBNIS- UND PROZESSINDIKATOREN

Von besonderer Relevanz ist die differenzielle Verwendung von Ergebnis- und Prozessparametern. Um es vorwegzunehmen: Beide Formen sind wichtig, weisen aber unterschiedliche Vor- und Nachteile auf und sind daher für unterschiedliche Zwecke unterschiedlich gut geeignet.

Auf den ersten Blick sind Ergebnisparameter (z. B. Mortalität, Komplikationen, Funktion) vorzuziehen, denn sie geben den primären Erfolg der Behandlungsmethode wieder und bilden daher den Bereich der Verantwortung ab, für den die Thera-

peut_innen zu Recht von dem Patienten bzw. der Patientin verantwortlich gemacht werden. Weiterhin hat die Einbeziehung von Patientenangaben als Outcome-Parameter (sogenannte Patient-Reported Outcomes) zu einem deutlichen Bedeutungszuwachs von Ergebnissen geführt, denn Patient_innen können über den Behandlungserfolg oft sehr genau Auskunft geben.

Allerdings weisen Ergebnisparameter auch erhebliche Probleme auf, auf die hier kurz eingegangen werden soll:

- Der bislang praktizierte Ansatz zur Verwendung von Ergebnisparametern bezieht sich im Schwerpunkt auf die operative Akutmedizin. In der regionalen und populationsbezogenen Versorgung sind zwar Ergebnisparameter wie „Funktionalität im Alltag“ oder Lebensqualität sehr wertvoll, dennoch werden zur Beschreibung der Abstimmungs- und Koordinationsprobleme der Versorgung chronisch Kranker Prozessparameter mehr in den Vordergrund rücken.
- Ergebnisparameter nehmen meist eine Ex-post-Perspektive ein und stehen erst mit langer Verzögerung zur Verfügung, wodurch sie nur noch bedingt handlungsrelevant sind. Zudem wird deren Ausprägung zumeist durch viele andere Faktoren beeinflusst, sodass gerade bei längerer Betrachtung der Einfluss der Leistungserbringer auf die Ergebnisse schwindet, womit gleichzeitig die Verantwortlichkeit für die Ergebnisausprägung zu hinterfragen ist.
- Ergebnisparameter verfügen, zumindest soweit sie zu Steuerungs- und Vergütungszwecken verwendet werden, über einen erheblichen Anreiz zur Risikoselektion, d. h. zur Vermeidung der Aufnahme von Patient_innen, bei denen „schlechte“ Ergebnisse wahrscheinlich sind. Der Anreiz zur Risikoselektion kann aber auch durch eine Risikoadjustierung ggf. nicht vollständig vermieden werden (keine Risikoadjustierung ist perfekt).
- Obwohl die Zuverlässigkeit (Reliabilität) von Ergebnisparametern auf den ersten Blick sehr hoch zu sein scheint, gibt es mehr und mehr internationale Erfahrungen mit dem Umstand, dass gerade die Risikoadjustierungsmodelle zu Zwecken des Gaming missbraucht werden. Insbesondere ist die Beeinflussung der zu erwartenden Raten durch Up-coding der zur Risikoadjustierung vorgesehenen Nebendiagnosen von Relevanz, speziell bei großen Leistungsanbietern, die über große Datenmengen und einen direkten Zugriff auf die Controlling-Ebene in den Einrichtungen verfügen.

Im Gegensatz hierzu müssen Prozessparameter im Allgemeinen nicht risikoadjustiert werden, wenngleich es Ausnahmen gibt (z. B. Impfraten im regionalen Vergleich). Daher sollte man besonders diejenigen Prozessparameter betonen und als Indikatoren verwenden, bei denen dies nicht erforderlich ist (z. B. rechtzeitige Arztbriefschreibung, Vorstellung von Patient_innen in Tumorkonferenzen etc.).

Viel wichtiger ist jedoch der Aspekt, dass Prozessindikatoren einen präventiven Charakter aufweisen und direkt handlungsorientiert sind. Bei Auffälligkeiten von Prozessindikatoren ist klar ersichtlich, welche Handlungen zur Qualitätsverbesserung erforderlich sind. Die Ergebnisse stehen häufig früher zur Verfügung als die Ergebnisse von Outcome-Kennzahlen.

Prozessindikatoren eignen sich gerade in der medizinischen Versorgung zur Implementierung des besten, verfügbaren Wissens (Leitlinien, Evidence-based Medicine) in konkrete Versorgungsprozesse, das Alltagshandeln und die tatsächliche Patientenversorgung. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass auch Prozessindikatoren Fehlanreize beinhalten können. Daher ist abhängig von der Zielsetzung des Einsatzes der Kennzahlen eine differenzierte Auswahl und Abwägung erforderlich.

3. RELEVANZ UND STEUERUNG DURCH QUALITÄTSPARAMETER

Dies führt zur Frage der Steuerung durch Qualitätsparameter. Teilweise wird gefordert, dass man durch Ergebnisparameter („was wirklich zählt“) steuern sollte. Wegen der im Vorangegangenen genannten methodischen Probleme ist dies jedoch teilweise schwierig. Vorteilhaft kann es daher sein, durch Prozessparameter zu steuern, die wegen ihres direkt handlungsleitenden Charakters sinnvoller erscheinen und deshalb besser akzeptiert werden und die die Implementierung evidenzbasierter Standards in die Versorgung direkt unterstützen.

Allerdings heißt dies definitiv nicht, dass man die Ergebnisparameter nicht kennen muss: In einer populationsbezogenen Versorgungsstruktur muss natürlich (als Beispiel) die Sterblichkeit beim Myokardinfarkt (differenziert nach Geschlecht) bekannt sein. Ob und inwieweit diese für eine Steuerung auf der Ebene einzelner Einrichtungen nutzbar sind, ist im Einzelfall differenziert zu prüfen.

Zusammenfassend lässt sich diese Situation wie folgt darstellen:

Ergebnisparameter sind besonders wichtig zur:

- Erhebung des Status quo (z. B. Infektionsraten) mit
- Abschätzung des Handlungsbedarfs und
- Auslösung von nachgelagerten Analyse- und Präventionsverfahren (z. B. Peer-Review-Verfahren, Root-Cause-Analyse).
- Sie spielen eine besondere Rolle in eingriffsbezogenen Maßnahmen des Quality Improvement (z. B. operative Akutmedizin).

Prozessparameter werden in der regionalen populationsbezogenen Versorgung eine zunehmend wichtige Bedeutung haben. Sie

- können präventiv verwendet werden,
- bedürfen einer nachgehenden Analyse der stattgefundenen Behandlung,
- sind besonders bei der regionalen und populationsbezogenen Versorgung mit ihrer Dominanz von chronischen Mehrfacherkrankungen von Wichtigkeit, und
- können vielfach einfacher zur Steuerung verwendet werden, weil Verantwortlichkeiten vielfach einfacher identifiziert werden können und die Ergebnisse meist recht früh zur Verfügung stehen.

Literaturhinweise

Arah, Onyebuchi et al. 2006: A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project, in: International Journal for Quality in Health Care 18, Issue suppl_1, 1, Seite 5–13.

Blumenthal, David et al. 2015: Vital Signs: Core Metrics for Health and Health Care Progress, Washington, DC, <http://nationalacademies.org/HMD/reports/2015/vital-signs-core-metrics.aspx> (3.7.2018).

Carinci F. et al. 2015: Towards Actionable International Comparisons of Health System Performance: Expert Revision of the OECD Framework and Quality Indicators, in: International Journal for Quality in Health Care 27, Issue 2, Seite 137–146.

Bormann, René; Engelmann, Dirk; Franke, Edgar; Friedrich, Jörg; Gaß, Gerald; Gruhl, Matthias; Knieps, Franz; Lang, Armin; Prüfer-Storcks, Cornelia; Schmidt, Severin; van Treeck, Bernhard; Weisbrod-Frey, Herbert 2013: Zukunft der Krankenhäuser: Mehr Qualität, flächendeckende Versorgung und gerechte Finanzierung; WISO Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Das Krankenhaus 9/2018, S. 820 ff.

Davis, Karen; Stremikis, Kristof; Squires, David; Schoen, Cathy 2014: Mirror, Mirror on the Wall: Update 2014: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, The Commonwealth Fund, 16.6.2014, <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror-wall-2014-update-how-us-health-care-system> (19.10.2018).

Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) 2017: PATIENT FIRST!: Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, WISO Diskurs, Bonn, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf> (19.10.2018).

Gemeinsamer Bundesausschuss 2016a: IGiB-StimMT: Strukturmigration im Mittelbereich Templin, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/igib-stimmt-strukturmigration-im-mittelbereich-templin.79> (19.10.2018).

Gemeinsamer Bundesausschuss 2016b: INVEST Billstedt/Horn: Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/invest-billstedt-horn-hamburg-billstedt-horn-als-prototyp-fuer-eine-integrierte-gesundheitliche-vollversorgung-in-deprivierten-grossstaetischen-regionen.73> (19.10.2018).

Gemeinsamer Bundesausschuss 2018: Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung, https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf (19.10.2018).

Gilmore, Amanda S.; Zhao, Yingxu; Kang, Ning; Ryskina, Kira L.; Legorreta, Antonio P.; Taira, Deborah A.; Chung, Richard S. 2007: Patient Outcomes and Evidence-Based Medicine in a Preferred Provider Organization Setting: A Six-Year Evaluation of a Physician Pay-for-Performance Program, in: Health Services Research 42 (6p1), S. 2.140–2.159.

Maass, Christina; Kuske, Silke; Lessing, Constanze; Schrappe, Matthias 2015: Are Administrative Data Valid When Measuring Patient Safety in Hospitals?: A Comparison of Data Collection Methods Using a Chart Review and Administrative Data, in: International Journal Quality Health Care 27, S. 240–254.

NHS 2018: Quality and Framework Indicators, <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/quality-and-outcomes-framework-achievement-prevalence-and-exceptions-data/quality-and-outcomes-framework-qof-2016-17> (19.10.2018).

Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2009: Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (19.10.2018).

Schrappe, Matthias 2018: APS-Weißbuch Patientensicherheit, Berlin.

Sens, B.; Pietsch, B.; Fischer, B.; Hart, D.; Kahla-Witzsch, H.; Lührs, V.; Nothacker, M.; Paschen, U.; Rath, S.; Rode, S.; Schneider, K.; Schrappe, M. 2018: Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements, 4. Auflage, GMS Med. Inform. Biometr. Epidemiol, i. E.

Abbildungsverzeichnis

- 17 Abbildung 1
Orientierung am Behandlungswesen statt an der institutionellen Versäulung

Tabellenverzeichnis

- 12 Tabelle 1
Patient Centered Care Measures des Commonwealth Fund
- 13 Tabelle 2
Das Core-Set Vital Signs des Institute of Medicine
- Tabelle 3
- 14 **Nationales Qualitätsprogramm Dänemark**

Abkürzungsverzeichnis

BL-AG	Bund-Länder-Arbeitsgruppe
CIRS	Critical Incident Reporting System
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
QSRS	Quality and Safety Review System
SGB	Sozialgesetzbuch
VStG	Versorgungsstrukturgesetz

Impressum:

© 2018

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeberin: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Fax 0228 883 9205, www.fes.de/wiso

Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-96250-228-7

Titelmotiv: © iStock/Stígur Már Karlsson/Heimsmýndir
Gestaltungskonzept: www.stetzer.net
Satz: Andrea Schmidt, www.typografie-im-kontext.de
Lektorat: Sönke Hallmann
Druck: www.bub-bonn.de

**Beschäftigtenpotenziale nutzen: die beste Antwort auf die
Alterung der Gesellschaft**
WISO DIREKT – 14/2018

**ZEIG – ein zielfokussiertes Evaluationstool für Innovationen im
Gesundheitswesen**
WISO DISKURS – 13/2018

**Digitalisierung politisch gestalten. Mehr. Besser. Anders.
Für eine soziale Innovationspolitik**
WISO DISKURS – 09/2018

**Grundrente & Co. – Konzepte für eine bessere Alterssicherung
bei Niedriglohn im Vergleich**
WISO DIREKT – 08/2018

“Capital-funded” Pensions – A blind Alley?
WISO DIREKT – 02/2018

**Shaping Health Care Fairly – the Situation in Germany from
a politico-ethical Perspective**
WISO DIREKT – 01/2018

Betriebliche Sozialpolitik – Eine Bestandsaufnahme
WISO DISKURS – 01/2018

Angst im Sozialstaat – Hintergründe und Konsequenzen
WISO DIREKT – 38/2017

„Kapitaldeckung“ der Rente – ein Irrweg?
WISO DIREKT – 34/2017

**Gesundheit gerecht gestalten – politisch-ethische Überlegungen
zur Situation in Deutschland**
WISO DIREKT – 32/2017

**Zwischen Reichtum und Prekariat – Welchen Wohlfahrtsstaat
brauchen Künstler_innen?**
WISO DIREKT – 18/2017

**Wer wählt rechtspopulistisch? Geographische und individuelle
Erklärungsfaktoren bei sieben Landtagswahlen**
WISO DISKURS – 16/2017

**Was ist uns der Wohlfahrtsstaat wert? Einstellungen zur
Finanzierung und politische Handlungsoptionen**
GUTE GESELLSCHAFT – SOZIALE DEMOKRATIE 2017PLUS – 2017

