

Stellenwert der Qualitätssicherung in der zukünftigen Gesundheitsversorgung

Bewertung aus Sicht der KBV

Sehr geehrter Herr Prof. Blumenberg,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich darf mich für die Einladung bedanken zu dem überaus spannenden Thema Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung. Dieses Thema begegnet uns in vielfältigen Nuancen, begonnen bei der Qualität der täglichen Arbeit bis hin zur Vermeidung von Fehlern in der Medizin oder aber unter dem Thema lebenslanges Lernen.

2

Die Begriffsverwirrung ist dabei komplett. Auf der Folie sehen sie nur eine kleine Auswahl von derzeit gebräuchlichen Begriffen im Zusammenhang mit Qualität. Dazu gehören Qualitätssicherung, Qualitätsförderung, Qualitätsmanagement, Qualitätsverbesserung, die Forderung nach einer Qualitätskultur, eine Qualitätsentwicklung, die Liste lässt sich beliebig fortsetzen. Der Begriff Qualitätssicherung ist dabei eher antiquiert. Er entspricht nicht mehr der Terminologie derjenigen, die sich tagtäglich mit Versorgungsqualität befassen. Ich darf ihnen kurz darstellen, was die KBV bisher unter Qualitätssicherung verstanden hat.

3

Sie sehen hier das Programm der Qualitätsoffensive der KBV, über die ich ihnen, wenn wir Zeit hätten, gerne noch länger berichten würde.

Lassen sie mich nur kurz auf den Punkt Qualitätssicherung eingehen. Dies ist das traditionelle Geschäft der Kassenärztlichen Vereinigungen. Wie sie wissen, müssen Vertragsärzte die gleichen Qualifikationsanforderungen erfüllen, wie Krankenhausärzte in ihrem jeweils zutreffenden Bereich oder Privatärzte. Darüber hinaus müssen sie allerdings noch weitere Qualitätsmerkmale erfüllen, um als Vertragsärzte tätig werden zu dürfen.

4

Hierzu gehören z. B. Frequenzregelungen in Bereichen, bei denen die manuelle Geschicklichkeit wichtig ist. Wir haben hier, im Gegensatz zur Diskussion im stationären Bereich bislang gute Erfahrungen mit solchen Regelungen gemacht. Eingeführt wurde beispielsweise auch eine Indikationssicherung als Element der Qualitätssicherung z. B. im Bereich der photodynamischen Therapie. Dort, wo das möglich ist, wenden wir solche Maßnahmen an. Wir definieren auch Einstiegskriterien, wenn ein Arzt eine Behandlung durchführt. Es kann dabei nicht angehen, dass ein Arzt, der vor 20 Jahren koloskopiert hat, morgen damit wieder zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung beginnen kann, obwohl er zwischenzeitlich nie mehr diese Methode angewendet hat. Dies ist berufsrechtlich möglich. In der gesetzliche Krankenversicherung haben wir hier einen Riegel vorgeschoben und Einstiegskriterien definiert, mit anderen Worten: Ärzte, die eine Abrechnungsgenehmigung beantragen, müssen nachweisen, dass sie in den letzten zwei Jahren 200 Koloskopien durchgeführt haben.

5

Zur Qualitätssicherung gehört auch die kontinuierliche Evaluation der Qualitätssicherungsmaßnahme, die Einrichtung von Feedback-Schleifen

für Ärzte im Sinne eines Benchmarkings, wie dies z. B. bei der Qualitätssicherung zur Hüftsonographie eingeführt wurde. Ein relevanter Punkt, zunehmend genutzt, ist auch die kontinuierliche Rezertifizierung. So mussten z. B. alle Ärzte, die mammographieren, erneut eine Fallsammlung beurteilen, um ihre Treffsicherheit unter Beweis zu stellen. Dies stellt eine jährliche Maßnahme dar.

6

Ich habe ihnen auch Zahlen mitgebracht, um zeigen zu können, dass diese Maßnahmen da auch wirken. Hier sehen sie in der ersten Zeile die Anzahl aller Mammographieabrechnungsberechtigten im Jahre 2002, das waren 3002 Ärzte. Nicht mehr alle Ärzte haben sich dieser Prüfung gestellt, danach sind noch ca. 10% der Ärzte durchgefallen, sodass letztlich 87% der Ärzte nach Überprüfung des gegenwärtigen Kenntnisstandes Mammographien erbringen. Dies sind Maßnahmen, die durchaus einschneidend sind und dafür Sorge tragen, dass hochspezialisierte Diagnosen von denjenigen Ärzten erbracht werden, die sich darauf spezialisiert haben und einen Mindestqualitätsstandard vorhalten. Dies würde ich als Patient genauso erwarten, egal in welche Einrichtung des Gesundheitswesens ich mich begeben. Diese Maßnahme hat auch dazu geführt, dass Krankenhausärzte freiwillig an dieser Überprüfung teilnehmen, um ihren Kenntnisstand unter Beweis zu stellen.

7

Insgesamt 30% aller Leistungen sind unter solchen Erlaubnisvorbehalten, sie können sich vorstellen, welche Arbeit damit für die Kassenärztlichen Vereinigungen Land auf – Land ab verbunden ist. Qualität ist dabei aber mehr als nur eine Anhäufung von einzelnen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Erst im Zusammenwirken der einzelnen Bemühungen im

Bereich Fehlervermeidung, im Bereich kontinuierliche Fortbildung, im Bereich Umsetzung gesetzlicher Anforderungen kann daraus ein aufeinander abgestimmtes Qualitätssystem entstehen. Wie sie an der Folie unschwer erkennen können, ist dies für uns durch den Oberbegriff Qualitätsmanagement abgedeckt. Wenn sie so wollen, sind einzelne Qualitätssicherungsmaßnahmen gute Ausgangspunkte für ein Qualitätsmanagement, bilden allerdings eine Untereinheit davon ab. Qualitätssicherung ist oft - ex post – angelegt. Mit anderen Worten, Ärzte, die nicht auffallen, hören nie mehr was und können weiter abrechnen, Ärzte, die Grenzen überschreiten, werden sanktioniert und abgestraft. Diese Form der Qualitätssicherung ist mehr als antiquiert und sollte eigentlich nach und nach abgelöst werden. Wenn denn Qualitätssicherung die nächsten Jahre weiterhin einen hohen Stellenwert haben soll, so sind meines Erachtens die folgenden Kriterien zu beachten.

8

1. Qualitätssicherung macht nur dann Sinn, wenn es für den Patienten tatsächlich einen spürbaren Unterschied macht. Es hilft nichts, die Welt vom Schreibtisch aus durch Richtlinien und Vereinbarungen verbessern zu wollen, es muss eine patientenrelevante Dimension mit dabei sein.
2. Müssen solche Maßnahmen kontinuierlich auf ihre Effektivität hin überprüft werden und auch der Mut bestehen, eingeführte Maßnahmen, die nicht mehr erforderlich sind, auch mal wieder abzuschaffen.

So etwas darf nicht für die Ewigkeit gemacht sein, sondern muss problemorientiert und adaptiert entwickelt werden.

Qualitätssicherung soll dabei weniger auf sanktionierende Kontrolle, sondern auf Lernen gestützt sein. Durch die Rückspiegelung von Er-

gebnissen und Daten Verbesserungsprozesse anstoßen und nicht nur sanktionieren. Qualitätssicherung war sicherlich zu oft eine sanktionierende Einbahnstraße gewesen.

Ein letzter Punkt sei mir noch gestattet. Als wir mit der Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich vor über 30 Jahren anfangen, waren viele Bereiche noch nicht gesetzlich geregelt. Wir haben Qualitätsanforderungen für die Sonographie oder Dialyse entwickelt, lange bevor von anderer Stelle Regelungen entwickelt wurden. Mittlerweile haben wir zahlreiche Gesetze und Verordnungen, ich darf nur Medizinproduktebetreiberverordnung nennen, allein die Länge des Wortes zeigt schon die Komplexität des Unterfangens. Solche Dinge müssen nicht dupliziert und noch mal in anderer Weise in eigenen Normen der gemeinsamen Selbstverwaltung repliziert werden. Hier ist weniger mehr und eine Verschlankung wäre das größte Geschenk für viele Vertragsärzte, die in einer Fülle von widersprüchlichen Gesetzen oder gesetzlichen Normen immer mehr die Freude am Arbeiten verlieren müssen.

9

Ich hatte es schon erwähnt, wir setzen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mehr auf integrierte Qualitätssysteme, der Überbegriff hier ist für uns das Qualitätsmanagement. Die Schritte sind einleuchtend, nach der Erhebung der eigenen Ausgangssituation werden Ziele definiert, Maßnahmen eingeleitet um diese zu erreichen, das Erreichte wird überprüft und ggf. korrigiert, womit der Zyklus erneut angestoßen wird. Dieses als Qualitätsgrundprinzip in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu verankern, ist unseres Erachtens gewinnbringender als die Anhäufung einzelner Qualitätssicherungsmaßnahmen. Wie sie wissen, entwickelt die KBV derzeit ein solches Qualitätsmanagementsystem für

den vertragsärztlichen Bereich und wenn sie die Ärztezeitung vom 10. November gelesen haben, sehen sie, dass wir damit gute Fortschritte machen. Wir gehen auch davon aus, dass damit so wichtige Themen wie Leitlinien, Fortbildung, Patientensicherheit und Autonomie transportiert werden können, besser als mit einzelnen Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Lassen sie mich noch einige Worte zu dem Vorgang des Messens sagen. Qualitätsindikatoren sind heute in aller Munde und die Ergebnismessung wird, auch aus Gründen der Patienteninformation und der Hoffnung, dass dann informierte Entscheidungen stattfinden, sehr hoch eingeschätzt. Unsere Erfahrungen zeigen, dass nur wenige relevante Ergebnisparameter und Indikatoren existieren, dafür viele Prozessindikatoren, deren Evidenz nur unzureichend belegt ist. Hinzu kommt die Problematik der Datenvalidität. Wir werden demnächst im Bereich Dialyse ein entsprechendes qualitätsindikatorengestütztes System einführen, im Bereich Disease management haben wir ein solches entwickelt und dieses läuft schon nahezu flächendeckend. Ich möchte hier kein Wasser in den Wein schütten, jedoch aber zu bedenken geben, dass der damit verbundene Kostenaufwand und der erzielte Nutzen nicht unbedingt vorteilhaft ist. Es sind erhebliche Aufwendungen erforderlich, auch im Hinblick auf die Zeit für die Dokumentation, sodass dies kein Universalmittel ist. Maßnahmen müssen abgestimmt sein und auch heute im Jahre 2004 spielen Struktur- und Prozessqualität immer noch eine, wenn auch geringer werdende, Rolle bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

10

Ich komme zum Ende meines Vortrages und möchte kurz die Hauptpunkte noch einmal zusammenfassen.

Qualitätssicherung als Instrument der Strukturqualität, hat ihren Höhepunkt unseres Erachtens überschritten. Es geht jetzt darum, Qualitätsmanagementsysteme in Versorgungsprogrammen und in abgestimmten Abläufen im Gesundheitswesen zu etablieren. Dies auch unter der Maßgabe, dass durch entsprechende Rückspiegelung von Versorgungsdaten eine Transparenz sowohl für die Ärzte als auch die Patienten geschaffen wird. Zunehmen werden deshalb Maßnahmen der Qualitätsverbesserung als ein umfassendes Prinzip, das auch sektorenübergreifend zum Tragen kommen sollte. Mir scheint noch wichtig, abschließend darauf hinzuweisen, dass das Thema Qualität nicht nur die Qualitätssicherung einzelner Maßnahmen darstellt. Zu einer vernünftigen Versorgungsqualität gehört ein umfassender Leistungskatalog, der nach klaren, evidenzbasierten Gesichtspunkten zusammengestellt wird. Dazu gehören auch die flächendeckende Versorgung und die Zugänglichkeit zur Versorgung. Was hilft es, hochqualitativ medizinische Versorgung anzubieten, wenn dies nur von 20% der Bevölkerung genutzt werden kann. Ähnliche Verhältnisse existieren schon heute in den Vereinigten Staaten, wo eine Weltklassemedizin vorgehalten wird, woran große Teile der Bevölkerung nicht partizipieren. Nur wenn diese Trias – Umfang, Zugang und Qualität der Versorgung stimmen, kann unseres Erachtens von Versorgungsqualität gesprochen werden und sie können sicher sein, dass die KBV und die KVen hierzu ihren Beitrag leisten werden.

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit!