

Rede – Dt. Krankenhaustag/BDI-Symposium

„Versorgungsplanung durch Qualitätsvorgaben: Sicht der KBV“

Düsseldorf, 14. November 2017, 15 Minuten

Dr. Andreas Gassen

Korreferenten: Hoffmeister (BDI), Henke, Grüning (DKG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich gehe in meinem Vortrag auf die Einführung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein und möchte zwei Dinge vorausschicken. Erstens werde ich im Folgenden von *Plan-QI* sprechen und hoffe, dass Sie mir diese Unart des Abkürzens nachsehen. Und zweitens möchte ich betonen, dass das Betrachten von Versorgungsqualität immer bürokratiearm, datensparend und qualitätsfördernd sein und die Ressourcen schonen sollte – insbesondere der Ärzteschaft und damit indirekt auch des G-BA und der weiteren Institutionen. Dabei müssen Daten valide, risikoadjustiert und manipulationssicher erhoben werden – sonst können wir uns den Aufwand sparen.

Mit den Plan-QI hat der Gesetzgeber ein Instrument geschaffen hat, das direkt auf die Krankenhausplanung der Länder einwirken soll. Ich sage absichtlich ein wirken und nicht ein greifen, denn die Planungsbehörden der Länder können sich an den Auswertungsergebnissen orientieren – wenn sie wollen. Einige Landesregierungen haben nach Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes prompt verlauten lassen, dass sie gar nicht daran denken werden. Die Indikatoren sind also derzeit noch ein ziemlich stumpfes Schwert.

Für uns Vertragsärzte ist das ein befremdlicher Vorgang. Denn im ambulanten Bereich sind die Instrumente belastbar und haben direkte Konsequenzen für einen Vertragsarzt oder einen Vertragspsychotherapeuten, der die Qualitätsvorgaben nicht erfüllt. Sie reichen von schriftlicher Aufforderung zur Mängelbehebung, über eine unverzügliche Einladung zu einem Kolloquium oder der Nichtvergütung von Leistungen

bis hin zu einem Genehmigungsentzug. Zulassungen und Genehmigungen in 50 Leistungsbereichen sind im vertragsärztlichen Bereich an Qualitätsvorgaben geknüpft. Werden diese nicht eingehalten, tritt ein eskalierendes System von Qualitätsförderungsmaßnahmen in Kraft, dessen Spitze wie eben schon erwähnt der Entzug von Genehmigung oder Zulassung als ultima ratio ist. Bei allem aber steht für uns die Förderung und Entwicklung von Qualität im Vordergrund.

Ich denke, die Irritation aus vertragsärztlicher Perspektive ist daher gut zu verstehen, wenn mit einem nicht unbeträchtlichen Aufwand Daten erhoben werden, ohne aus ihnen Konsequenzen ziehen zu wollen. Grundsätzlich begrüßen wir aber den Ansatz, über festgelegte Plan-QI eine vergleichbare Bewertung von Leistungen im stationären Bereich zu ermöglichen.

Die eigentlichen Bewertungsmaßstäbe und das Umsetzungskonzept für Plan-QI müssen noch erarbeitet werden. Wenn Landesbehörden mit Hilfe von Plan-QI Planungsentscheidungen treffen, dürften diese aber nicht auf *Abteilungs- oder Einrichtungsebene* bezogen sein. Dies wäre eine zu grob gefasste Perspektive. Wenn beispielsweise Plan-QI in der Geburtshilfe für eine einzelne Leistung eine eher negative Bewertung erbringen, dann ist es noch lange kein Grund, die gesamte geburtshilfliche Abteilung als negativ zu bewerten. Deshalb sollten nach unserem Dafürhalten die Interpretationen aus Plan-QI stärker auf einzelne spezifische Teilgebiete oder Leistungen heruntergebrochen werden. Erst so entsteht die gewünschte Transparenz.

Nun war der Gesetzgeber nicht nur nicht konsequent genug, um ein tatsächlich wirkungsvolles Instrument einzuführen, er hat dafür auch schlicht nicht genügend Zeit vorgesehen. Die knappen Fristen, die er vorgab, hatten eine eher überhastete Einführung der ersten Plan-QI zur Folge. Das IQTiG musste innerhalb von weniger als einem Jahr die Methodik zur Entwicklung der Plan-QI vorzulegen, eine Empfehlung von Indikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung auszusprechen und schließlich eine dazugehörige Richtlinie aus dem Boden zu stampfen. Das nenne ich sportlich.

Das IQTiG wählte für die ersten Plan-QI drei Leistungsbereiche anhand des Konzeptes „Patientengefährdung“ aus: die gynäkologischen Operationen, die Geburtshilfe und die Mamma-Chirurgie. Einmal abgesehen davon, dass damit nur ein äußerst kleiner Ausschnitt aus den 28 im Jahr 2015 vorhandenen Leistungsbereichen gewählt wurde, ist doch auffällig, dass die ausgewählten Plan-QI keinen kompletten Versorgungsbereich widerspiegeln. Der Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädia-ters bei Frühgeburten“ etwa bezieht sich lediglich auf 4 Prozent aller Geburten. Wie soll dieser Indikator Aussagekraft für die gesamte geburtshelfende Abteilung eines Krankenhauses entfalten? Die KBV hätte erwartet, dass die Auswahl der Plan-QI auf dem Niveau eines formalen Experten-Konsensusprozesses vorgenommen wird. So aber basierte die Auswahl es IQTiG lediglich auf einzelnen Eignungskriterien und wenigen Fachgesprächen mit Planungsbehörden und Experten.

Leider ist mit der Fokussierung auf die Patientengefährdung auch ein Rückschritt in der Grundausrichtung der Qualitätsdiskussion verbunden. Denn es ist methodisch fragwürdig, wenn Sanktionen in den Blick genommen werden und nicht die Prävention. Wir im KV-System verstehen Versorgungsqualität als einen evolutionären Prozess – uns geht es primär immer um die Qualitätsentwicklung und -förderung, nicht um die Fehlersanktionierung. Dabei ist der offene Umgang mit Fehlern und dem beständigen Lernen daraus der erfolgsversprechende Ansatz für eine wirksame Qualitätsförderung.

Außerdem ist mit der Ausrichtung an die Patientengefährdung die Tendenz vorgezeichnet, dass Krankenhäuser eine Risikoselektion betreiben. Wer will es ihnen verdenken? Aber wollen wir ein Gesundheitssystem, in dem Kliniken gewisse Patienten meiden, weil sie das Potential zu einer höheren Komplikationsrate mitbringen? Die Qualitätsdebatte ist ja längst weiter und erkennt an, dass auch Qualitätsaspekte wie qualifiziertes Personal oder die Gewährleistung einer wohnortnahen Basisversorgung von Bedeutung sind.

Nun, wie wir wissen, ist die Richtlinie Ende 2016 im G-BA beschlossen worden. Nun stehen beim IQTiG einige weitere Themen auf der weiterhin sehr vollen Aufgabenlis-

te, worunter ich eine herausheben möchte: die Begleitevaluation der Einführung der Plan-QI-Richtlinie. Es ist schon kurios, dass das IQTiG eine wissenschaftliche Evaluation derjenigen Vorgaben vornehmen soll, die es selber entwickelt hat.

Darüber hinaus sehen wir weitere Zuständigkeiten des IQTiG als kritisch an, so zum Beispiel die qualitative Analyse von Auffälligkeiten. Diese sollte besser an eine externe Stelle gehen – etwa die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung. Das betrifft genauso die Einleitung der Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Verifizierung von festgestellten Auffälligkeiten.

Im Mai dieses Jahres wurde das IQTiG mit der Entwicklung weiterer Plan-QI beauftragt. Es hat dafür bis Ende April 2018 Zeit und soll nun auch endlich die Strukturqualität in den Fokus nehmen. Zu erwarten sind also neue Indikatoren, die aus der Struktur-Richtlinie des G-BA abgeleitet werden. Außerdem sollen Mindestmengen benannt werden, die vor allem die Regelungen zu Leber – und Nierentransplantationen berücksichtigen. Hier geht es um eine Methodik, die eine differenziertere, über die Feststellung „*einer unzureichenden Qualität*“ hinausgehende Qualitätsbeurteilung ermöglicht. Es werden Indikatoren gebraucht, die die Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung gesamthaft ermöglichen. Ich erinnere noch einmal an die Pädiater bei Frühgeburten: Aus 4 Prozent der Geburten lässt sich kaum eine Aussage zur Versorgungsqualität der gesamten Abteilung treffen. Insofern sehen wir den Arbeiten des IQTiG mit Spannung entgegen.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte den Blick noch etwas erweitern, um die Auswirkungen der über die Plan-QI ermittelten Ergebnisse zu betrachten. Der Gesetzgeber wünscht sich vom G-BA – und damit mittelbar auch vom IQTiG – Aufschluss darüber, wie die Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern zu bewerten sind. Die regionalen Planungsbehörden sollen daraus Schlüsse ziehen können, ob eine Einrichtung weiterhin im Krankenhausplan enthalten bleibt oder nicht. Es geht also, wenn überhaupt, um eine retrospektive Korrektur einer einmal vorgenommenen Planung. Aber wie schon erwähnt, stellt es der Gesetzgeber den Ländern frei, ob sie die Erkenntnisse auch wirklich nutzen.

Doch davon ganz abgesehen: Es können weder der G-BA noch das IQTiG eine solche Interpretation leisten. Denn eine solche Aussage müsste angesichts der möglichen unmittelbaren Konsequenzen auch wasserdicht sein – und das heißt: justizierbar. Das IQTiG bzw. der G-BA können die Maßstäbe zur Bewertung von Plan-QI festlegen und sich damit verschiedener wissenschaftlicher Instrumente bedienen. Die *Bewertung* der Ergebnisse obliegt aber ganz allein der jeweiligen Planungsbehörde.

Will man aber Qualitätsindikatoren für eine wirkliche Steuerung nutzen, dann müssen sie andere Voraussetzungen erfüllen als bei der Qualitätssicherung oder Qualitätsförderung. Und folgerichtig müssen die Länder sich also wirklich darauf einlassen, auch ihre zukünftige Planung daran auszurichten – und dann sollten sie diese auch mit qualitätsfördernden Impulsen versehen.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal daran erinnern, worauf die externe Qualitätssicherung im SGB V eigentlich zielt. Sie wurde primär zur Qualitätsförderung entwickelt und nicht zur Versorgungssteuerung. Wenn man das Ziel der Qualitätsförderung ernst nimmt, dann müssten auch für den Krankenhausbereich spezifische Genehmigungen für das Erbringen von Leistungen eingeführt werden, die an Qualitätssicherungsvorgaben gebunden sind.

Abschließend noch ein Wort zum IQTiG. Wir betrachten es mit einem gewissen Unbehagen, dass das Institut mit den Entwicklungsaufgaben für die Plan-QI beschäftigt und ziemlich ausgelastet wird, obwohl noch etliche andere – und ich meine wichtigere – Aufgaben anstehen. Ich verweise nur auf die lange Liste von Qualitätssicherungsverfahren, die noch abzuarbeiten ist. Hier wäre eine Anpassung von Aufwand an Nutzen angebracht.

Ich habe in meiner eigenen Praxis genügend Erfahrungen sammeln können, wie an falscher Stelle ein Zuviel an Bürokratie die Alltagsarbeit behindern kann. Deswegen möchte ich noch einmal betonen: Der gravierendste Risikofaktor für mangende Qualität ist ... Mangel an Zeit.

Vielen Dank.

