

## **G-BA ringt um Qualitätsindikatoren**

*Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) steht unter Druck. Sein gesetzlicher Auftrag, Qualitätsindikatoren zu definieren und in der Versorgung zu implementieren, ist mit Fristen verbunden. In der achten Qualitätssicherungskonferenz des G-BA am 28. und 29. September wurde die aktuelle Lage aufgezeigt.*

(ES) Das deutsche Gesundheitswesen ist eines der besten, aber es ist kompliziert und intransparent. Karl-Josef Laumann, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege, glaubt auch den Grund zu kennen: „Das Gesundheitssystem in Deutschland leidet daran, dass einige Interessengruppen Transparenz scheuen wie der Teufel das Weihwasser“, so der Staatssekretär bei seinem Grußwort. Gleichwohl sind die Patienten inzwischen qualitätsbewusster geworden, fühlen sich aber durch die Vielfalt der angebotenen Informationen eher verunsichert. In den Qualitätsberichten der Kliniken finden sie nicht die gewünschte Information. Diese sollen, so Laumann, auch nun nach dem Krankenhausstrukturgesetz patientenfreundlicher werden – und Qualität soll schon bei der Krankenhausplanung eine Rolle spielen. Starre Personalvorgaben für alle Bereiche seien allerdings nicht praktikabel. Es bleibe Aufgabe der Krankenhäuser selbst, ihr Personal so zu organisieren, dass eine gute pflegerische Versorgung erreicht wird. In keinem anderen Bereich sei Qualität so wichtig wie bei der stationären Behandlung.

Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA, wies auf den gesetzlichen Auftrag an den G-BA hin, zum Beispiel auch in der umstrittenen Frage der Mindestmengen. Qualität als bevorzugtes Steuerelement der Versorgung sei das zentrale Thema, ganz oben auf der politischen Agenda. Ein erstes Maßnahmenbündel soll bereits Ende 2016 beschlossen werden, so stehe man aktuell mitten in den Beratungen. Die Erwartungen an den GBA seien sehr hoch, manchmal auch zu hoch, aber keinesfalls immer deckungsgleich. Die einen wollen Ausleseprozesse bei Leistungen und Leistungserbringern, die anderen möglichst nichts verändern. In diesem Spannungsfeld will G-BA auf der Basis folgender Prämissen gemeinsame Lösungen finden:

- Der qualitätsorientierte Strukturwandel ist ein grundsätzlich richtiger Ansatz;
- Qualitätssicherung ist keine Lösung für Probleme anderer Ursachen, z.B. Fehlanreize durch das DRG-System;
- Qualitätsindikatoren auch bei Planungsentscheidungen zu berücksichtigen ist eine grundsätzlich richtige Weichenstellung, neu entwickelte Indikatoren sollen auch Beurteilung von Fachabteilungen erlauben; eine stufenweise Einführung solcher Indikatoren ist vorgesehen;
- Eine auf den Patientennutzen ausgerichtete Versorgungssteuerung kann nicht nur durch Vorschriften und Kontrollen erreicht werden, dafür ist eine neue Qualitätskultur

Voraussetzung. Die Versorgungsforschung ist gefordert, dafür ein umfassendes Konzept zu entwickeln.

Ein wichtiger Bezug bei der Suche nach Qualitätsindikatoren sind vorhandene Leitlinien. Prof. Dr. Claudia Spies, Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), fordert, Qualität auch aus Patientensicht zu beschreiben.

Das vielleicht wichtigste Interesse des Patienten, so Spies, besteht darin, dass durch eine Behandlung kein funktioneller oder kognitiver Schaden zurückbleibt. Dafür sind viele Patienten auch bereit, gegebenenfalls ein höheres Sterberisiko in Kauf zu nehmen. Spies wies darauf hin, dass sich solche Schäden zum Beispiel bei einer Intensivbehandlung meist bereits zu Beginn der Behandlung entwickeln. Die Bemühungen um Qualitätssicherung sollten sich also insbesondere auf dieses Behandlungsstadium konzentrieren. Zum Beispiel sei eine Übersiedlung zu vermeiden, es liege im Interesse des Patienten, dass er wach und kooperativ an der Behandlung beteiligt werde.

Als Qualitätsindikatoren sollten auch patientenberichtete Endpunkte erhoben werden, ebenso pflegerische Aspekte. Eine neue Leitlinie für die Intensivmedizin, die auf die Initiative „gemeinsam klug entscheiden“ zurückgeht, berücksichtigt dies mit zehn Qualitätsindikatoren.

Viel Beachtung fand der Beitrag von Prof. Sir Mike Richards, Care Quality Commission, London. Die Care Quality Commission ist für die Überprüfung der Sicherheit und Qualität der Versorgung in sämtlichen Gesundheits- und Sozialfürsorgesystemen in England verantwortlich. Im Jahr 2013 wurde insbesondere für Akutkrankenhäuser ein neuer Ansatz der Überprüfung eingeführt, da der vorherige beträchtliche Mängel aufwies. Nach Auswertung landesweiter Datenbanken und lokaler Datenquellen erfolgt mit etwa 50 beteiligten Fachleuten eine 3-4tägige Prüfung der Einrichtung vor Ort. Die Prüfung erstreckt sich über alle wichtigen Kernbereiche der Versorgung; für jeden dieser Bereiche werden folgende fünf Aspekte beleuchtet: Patientensicherheit, Wirksamkeit, Patientenfürsorge, Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen und Qualität der Ausführung. Jeder dieser Aspekte wird anhand einer 4-Punkte-Skala bewertet (herausragend, gut, verbesserungswürdig, ungenügend). Es zeigte sich eine breite Varianz, nicht nur zwischen den „besten“ und den „schlechtesten“ Krankenhäusern, sondern auch zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen innerhalb eines Krankenhauses. Die erste vollständige Überprüfungsrunde wurde mittlerweile beendet. Im Rahmen von Nachprüfungen konnten in einigen, wenn auch nicht in allen Einrichtungen deutliche Verbesserungen festgestellt werden.

Dr. Christof Veit, Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), das im Auftrag des G-BA für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren zuständig ist, begrüßte die personelle Entwicklung seines Instituts von 11 auf 110 Mitarbeiter innerhalb eines Jahres. Arbeit gebe es auch

genug: geeignete Qualitätsindikatoren gebe es bisher nur für notwendige Interventionen, planungsrelevante Indikatoren, zum Beispiel für die Zulassung oder die Auswahl von Fachabteilungen müssten dagegen noch entwickelt werden. Hier sei eine stufenweise Weiterentwicklung zu erwarten.

Die spezielle, aber sehr wichtige Frage der Qualität der ärztlichen Indikationsstellung wurde in einem kleineren Arbeitskreis behandelt. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema, so Dr. Andrea Dörries, Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) an der evangelischen Akademie Loccum, ist relativ neu. Nach früherem Verständnis liegt die ärztliche Indikation im Selbstverständnis des ärztlichen Berufs und wurde auch nicht weiter definiert. Der Entstehungsprozess einer Indikation erfolge aufgrund einer evidenzbasierten Grundlage, individueller ärztlicher Erfahrung sowie personenbezogener Faktoren. Im Ablauf des Prozesses berichte der Patient über Beschwerden und der Arzt erkenne Symptome. Es folge ein Gespräch über das Behandlungsziel, daraufhin erstelle der Arzt unter Berücksichtigung des Behandlungsziels die Indikation, d.h. die Zuordnung einer medizinischen Leistung zu dem Zustand des Patienten. Es folge ein Gespräch über die vorgesehene Maßnahme und – nach Zustimmung des Patienten – die Durchführung der Maßnahme. In beide Gesprächsphasen fließen von beiden Seiten moralische Aspekte und Werte mit ein. Das in der ärztlichen Berufsordnung verankerte Verständnis von Qualität ist mit einer moralischen Bindung an Tugenden, Pflichten und Prinzipien verknüpft und wird durch Fortbildungen und erfahrungsorientierte Anwendungen gefestigt.

Ganz anders das neue, zum Beispiel im SGB V verankerte Qualitätsverständnis, das sich im Wesentlichen auf Standards wie Leitlinien und Richtlinien bezieht. Den bekannten Vorteilen solcher konsentierten Vereinheitlichungen stellt Dörries auch Nachteile gegenüber: die unklare Qualität der Experten, die einen Standard erstellen, die oft fehlende Transparenz der Erstellung und der direkte oder indirekte Ausschluss anderer Verfahren. Und schließlich: wie soll man die wichtigen Gespräche bei der Indikation messen und bewerten können? Zumindest sollten Leitlinien, so Dörries abschließend, im Hinblick auf unterschiedliche Therapieziele unter Einbeziehung der Patientenperspektive erstellt werden. Aufwand und Nutzen von Standardisierung, Dokumentation und Evaluation müssen angemessen bleiben.

„Es gibt auch fehlerhafte Indikationen“, behauptete Dr. Horst Schuster, GKV-Spitzenverband (GKV-SV). Den Beweis blieb er zwar schuldig, konnte aber zumindest Anhaltspunkte vorweisen, wie zum Beispiel eine „massive Leistungsausweitung“ bei MRT-Untersuchungen. Der GKV-SV hat sich daher das Ziel gesetzt, die Qualität der Indikation im ambulanten Bereich zu messen. Dafür sollen im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung die bisher üblichen und statistisch einwandfreien Zufallsstichproben durch „anlassbezogene Stichproben“ ersetzt werden. In der Praxis könnte das so aussehen, dass das IQTIG rechnerische Auffälligkeiten der Indikation herausfiltert, und die KV anschließend anstelle der Zufallsstichprobe ihre Stichproben nur aus diesem Pool erhebt. Das Ziel sei, sicherer falsche Indikationen aufzufinden. Nicht alle Teilnehmer des Arbeitskreises fanden

das gut. Einwände bezogen sich auf die statistische Sauberkeit nach Einschränkung der Auslese sowie auf den Hinweis, dass durch MRT gleichermaßen zahlreiche schädliche Röntgenuntersuchungen vermieden würden. Das offensichtliche, wenn auch unausgesprochene Ziel, MRT-Kosten über die Wirtschaftlichkeitsprüfung zurückzufordern, könnte auch dazu führen, dass indizierte MRT-Untersuchungen aus Regressangst unterblieben – ebenfalls eine Fehlindikation. Und schließlich sei es in diesem Zusammenhang auch nicht einfach, die Verantwortung zwischen dem Zuweiser und dem durchführenden Facharzt aufzuteilen. Bedauert wurde, dass die auch von Dörries aufgezeigten Defizite des neuen, eher quantitativen Qualitätsverständnisses sich hier offenbar verselbstständigen – nicht unbedingt im Sinne eines patientenorientierten Qualitätsbemühens.