

Qualitätssicherung auf dem Irrweg!

Methodische Einschätzung der Bundesärztekammer zu den vom Gesetzgeber geplanten Änderungen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

Berlin, September 2015

Die Bundesärztekammer nimmt die aktuellen strukturpolitischen Maßnahmen des Gesetzgebers zur Qualitätssicherung medizinischer Leistungen mit großer Sorge zur Kenntnis. Dies betrifft insbesondere die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) begonnenen und mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) massiv ausgedehnten Neuregelungen. Die Bundesärztekammer hatte sich zu den Einzelheiten dieser Gesetzgebungsverfahren bereits detailliert geäußert, siehe die entsprechenden Stellungnahmen unter www.bundesaerztekammer.de.

Was den Bürgerinnen und Bürgern seitens der Politik vordergründig als Plus an Behandlungssicherheit und Versorgungsqualität dargestellt wird, erweist sich bei genauerer Betrachtung als Sammlung methodisch unausgereifter bis absehbar untauglicher Werkzeuge, die überdies originär wenig mit Qualitätssicherung zu tun haben, sondern vielmehr gesundheitspolitische Versäumnisse an anderer Stelle kaschieren sollen. Zu solchen Versäumnissen zählen in erster Linie die völlig unzureichende Finanzierungsgrundlage insbesondere der Krankenhäuser, die daraus resultierende Knappheit und Überlastung des medizinischen Fachpersonals, die gleichzeitige Strapazierung dieses wenigen Personals mit immer neuen Dokumentationsaufgaben zulasten der unmittelbaren Patientenversorgung sowie insgesamt eine gefährliche Vermengung von politisch propagiertem Wettbewerb einerseits und behaupteter Daseinsfürsorge andererseits. Von einer ausreichenden Berücksichtigung der Personalkosten in Krankenhäusern, wie dies im Koalitionsvertrag angekündigt wurde, kann vor dem Hintergrund der Beschränkung auf die Pflege und des angekündigten Ausmaßes nicht gesprochen werden.

War der bis dato erreichte Stand der gesetzlichen Qualitätssicherung zwar bereits schon an vielen Stellen mit bürokratischen Nachweisverfahren und Elementen des Misstrauens gegenüber Ärzten und Krankenhäusern belastet, so konnte doch immerhin ein funktionierendes, über die Jahre weiterentwickeltes System vorgewiesen werden, das ursprünglich aus regionaler ärztlicher Initiative entstanden war. Viel Energie war in den letzten Jahren in die zwar schwerfällige, im Prinzip aber richtige Weiterentwicklung der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung investiert worden. Dieses austarierte Gefüge sowie die zwischenzeitlich erkennbaren Fortschritte sind nun grundlegend in Frage gestellt, die dabei gesammelten methodischen Erfahrungen werden negiert, und das langjährig aufgebaute Vertrauensverhältnis in der stationären Qualitätssicherung ist gefährdet.

Die Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen für stationäre Leistungen folgt dem nur vordergründig einleuchtenden Prinzip aus Belohnung und Strafe mittels Geldentzug oder – zuwendung. Das Konzept von „Pay for Performance (P4P)“ mit Qualitätszu- oder -abschlägen ist weder neu noch in seinen Auswirkungen unbekannt. Die Bundesregierung selber ließ in einem Gutachten die Einsatzmöglichkeiten in Deutschland prüfen. Weder aus

dem Gutachten noch aus internationalen Erfahrungen lässt sich die Zweckmäßigkeit der Einführung eines P4P-Systems in der stationären Versorgung in Deutschland ableiten. Zu unabsehbar sind die Risiken für Fehlsteuerung, zu groß die methodischen Herausforderungen. Anders ausgedrückt: Es ist für den flächendeckenden Einsatz ohne gründliche Testphase ungeeignet. Das nunmehr mit dem Krankenhausstrukturgesetz auf den Weg gebrachte Konzept sieht vor, ab dem 01. Januar 2016 ohne vorherige Testphase P4P-Qualitätsindikatoren auf der Basis von Krankenhaus- bzw. Krankenkassendaten vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festlegen zu lassen. Diese sollen einerseits stets und sofort zur Verfügung stehen, andererseits ausreichend valide und rechts- (d. h. klage-)sicher sein, um Zu- und Abschläge bei der Krankenhausvergütung durch die Krankenkassen und bei Wiederholung Kündigung der Versorgungsverträge zu ermöglichen. Die jahrzehntelange Erfahrung mit der Qualitätssicherung zeigt: Solche Indikatoren gibt es nicht. Der Gesetzesauftrag an den G-BA bedeutet die sprichwörtliche Quadratur des Kreises.

Sehr problematisch ist auch der im Krankenhausstrukturgesetz vorgesehene Ansatz, Qualitätsindikatoren der bestehenden QS des G-BA zu nutzen, um den zuständigen Krankenhausplanungsbehörden in den Ländern die Schließung von Fachabteilungen oder ganzen Krankenhäusern zu ermöglichen.

Seit über 15 Jahren dienen die Indikatoren der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung dazu, einen differenzierten Dialog zwischen Fachleuten über Qualitätsaspekte im Krankenhaus (so genannter „Strukturierter Dialog“) zu ermöglichen. Die Transparenz über diesen Dialog ist gegeben, da die Ergebnisse der überwiegenden Mehrzahl der Indikatoren in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser jährlich einrichtungsbezogen veröffentlicht werden. Auch hier gilt: Qualitätsindikatoren, die sicher zwischen schwarz und weiß bzw. nach der Diktion des Krankenhausstrukturgesetzes zwischen ausreichender und unzureichender Qualität einer Fachabteilung oder gar eines ganzen Krankenhauses zu unterscheiden vermögen, gibt es nicht!

Das gegenwärtige Verfahren mit Benchmarks (Vergleich der Krankenhäuser untereinander) und Strukturiertem Dialog (qualifiziertes Feedback über die Ergebnisse an die Krankenhäuser) bietet den Raum, den die Krankenhäuser zur Reflexion und Weiterentwicklung ihres Handelns benötigen. Zudem gibt es schon jetzt die Möglichkeit, bei qualitativen Auffälligkeiten mit Sanktionen auf Krankenhäuser einzuwirken.

Die in den letzten 15 Jahren erzielte Qualitätskultur wird durch das im Krankenhausstrukturgesetz aufgebaute Drohszenario der Koppelung der Qualitätssicherungsergebnisse an die Aufnahme bzw. das Verbleiben eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung im Krankenhausplan zerstört.

Als Konsequenz des Ansatzes, Versorgungsqualität mittels Kennzahlen valide und rechtssicher messen und somit „herbeikontrollieren“ zu können, hat sich der Gesetzgeber zudem intensiv mit den Möglichkeiten einer Sanktionierung von aus seiner Sicht qualitativ nicht akzeptablen Leistungserbringern beschäftigt. Qualität kann nicht „erkontrolliert“ und nicht rechtssicher gemessen werden. Qualitätsmanagement ist eine Führungs-, keine Messmethode. Auch ist die Qualität der Versorgung regional unterschiedlich, z. B. zwischen Ballungszentren einerseits und ländlicher Versorgung andererseits. Die Definition von Qualitätsanforderungen müsste somit regional angepasst und weniger bundeseinheitlich definiert erfolgen.

Das Krankenhausstrukturgesetz sieht zum einen die Verankerung eines ausführlichen Katalogs von Sanktionsmaßnahmen für Krankenhäuser bei „Qualitätsverstößen“ vor. Zum anderen weist der Gesetzgeber dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zusätzlich zu seinen bereits vorhandenen umfangreichen Aufgaben im Krankenhausstrukturgesetz die Funktion des Vor-Ort-Kontrolleurs in den Krankenhäusern zur Einhaltung aller Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA zu. Abgesehen davon, dass auch der MDK diese Aufgaben ohne massive Personalaufstockung nicht bewältigen können, werden dadurch langjährig bestehende (Vertrauens-)strukturen zwischen Krankenhäusern und den für die Qualitätssicherung zuständigen Stellen auf Landes- und Bundesebene gefährdet.

Bei den im Krankenhausstrukturgesetz vorgesehenen Maßnahmen handelt es sich um ein Konglomerat aus gleichzeitig zu implementierenden, unerprobten und sich dabei teilweise überlagernden Verfahren. Was diese Maßnahmen in der Krankenhausversorgung in Deutschland konkret bewirken werden, ist nicht vorhersehbar. Absehbar ist hingegen ein erheblicher Aufwand für die Erhebung bzw. den Austausch der anfallenden Daten für die Qualitätssicherung. Die schon jetzt komplexe Dateninfrastruktur der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung wird massiv ausgebaut werden müssen, weil nun Krankenkassen, Landesbehörden und sogar der MDK als Datenempfänger der – in der Regel personenbezogenen – Patientendaten vorgesehen sind. Die bestehende Misstrauenskultur im deutschen Gesundheitswesen wird dadurch befördert.

Die Bundesärztekammer appelliert an den Gesetzgeber, den Kurs einer vorgeblichen Qualitätsoffensive zu revidieren und den Krankenhausbereich nicht durch den gleichzeitigen Einsatz verschiedenster und nicht getesteter Qualitätssicherungsinstrumente zu verunsichern. Stattdessen sollten einzelne Maßnahmen mit Bedacht erprobt werden und erst bei nachgewiesenem Erfolg in die Fläche gehen. Hier gilt das Prinzip: Weniger ist mehr!

Zudem rät die Bundesärztekammer, die Kompetenz und die Erfahrung der Akteure der Selbstverwaltung zu nutzen, um die Qualität in der medizinischen Versorgung in Deutschland tatsächlich voranzubringen. Der 103. Deutsche Ärztetag hatte bereits im Jahr 2000 eine qualitätsorientierte Wettbewerbsordnung für das Gesundheitswesen gefordert und vor einem reinen Preiswettbewerb im Dienste der Ökonomisierung gewarnt. Zwar ist „Qualität“ mittlerweile auf der Agenda der Politik angekommen, aber nur oberflächlich und ohne das politische Handeln wirklich zu durchdringen. Dass Qualität letztlich durch die im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen erzeugt wird und die Förderung von Qualität konsequenterweise bei eben diesen Menschen ansetzen müsste, ist bei den politisch Verantwortlichen offensichtlich noch nicht angekommen. Personalmangel und eine chronische Überlastung der Ärztinnen und Ärzte und der Pflegenden in den Krankenhäusern sind eine denkbar schlechte Voraussetzung für das erhoffte „Mehr“ an Qualität.

Dass Qualität als Leitmotiv künftig die Länder bei ihrer Aufgabe der Krankenhausplanung unterstützen soll, ist grundsätzlich richtig und wünschenswert. Die Bundesärztekammer hat in einem eigenen Positionspapier zu einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung noch Anfang 2014 mögliche Kriterien hierzu aufgezeigt (www.bundesaerztekammer.de). Dies ist aber klar zu trennen von dem vordergründigen Ansatz, mittels methodisch zweifelhafter „Qualitätsmessungen“ die unliebsame Aufgabe der Restrukturierung gewachsener Versorgungsstrukturen durchzusetzen.