

## Qualitätssicherung im Kreuzfeuer politischer Interessen: Muss der Patient oder muss die Institution geschützt werden?

### Thomas Mansky

TU Berlin, Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Steinplatz 2, D 10623 Berlin

### Peter C. Scriba

Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Stiftung IQM, München

*Zuerst veröffentlicht in: Martin J, Rink O, Zacher J (Hrsg.) Handbuch IQ<sup>M</sup>. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2014: 219-223*

Die Qualitätssicherung in der Medizin steht derzeit vor einem Wandel. Sie ist in der ersten Stufe seit langem immanenter Bestandteil der wissenschaftlichen Medizin, deren implizites Ziel natürlich die Verbesserung der Behandlungsergebnisse ist. In der Praxis ist allerdings nicht garantiert, dass alle wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse, die dem Patienten dienen könnten, vollständig und zeitgerecht sowie von allen behandelnden Einrichtungen gleichermaßen gut umgesetzt werden. Die praktische Qualitätssicherung, die in der zweiten Stufe vor allem dies sicherstellen soll und muss, wurde jahrelang vor allem anbieterseitig betrieben. Interessierte Ärzte und Fachgesellschaften trieben die Qualitätssicherung in der Medizin mit teilweise großem Erfolg zunächst auf freiwilliger Basis voran. Die hier etablierten Verfahren haben zwei Nachteile: Sie sind sehr stark prozessorientiert und sie erreichen oft nicht diejenigen Leistungserbringer, die selbst kein hinreichendes Engagement und Interesse an ihren Prozessen (bzw. Ergebnissen) zeigen. Als dritte Stufe kann daher die Einführung flächendeckender, verpflichtender Qualitätssicherungssysteme, vor allem auch unterstützt durch die Ärztekammern, gesehen werden, wie sie in Deutschland mit den Verfahren der BQS bzw. jetzt des AQUA-Instituts etabliert wurden und werden. Auch diese Verfahren werden

aber nach wie vor hauptsächlich von den Leistungserbringern definiert. Sie sind überwiegend prozessorientiert und beruhen vorwiegend auf anbieterseitig erhobenen Daten. Die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) stellen ein weiteres, anbieterseitig entwickeltes Verfahren dar, das aufgrund der Nutzung vorhandener Routinedaten vergleichsweise aufwandsärmer, vollständiger, medizinisch umfassender, wesentlich stärker ergebnisorientiert und manipulationsresistenter ist (Mansky et al. 2013).

### Anbieterunabhängige Messung und Bewertung von Qualität

Der nächste Schritt ist eine natürliche Entwicklung, die sich in anderen Branchen schon vor langer Zeit vollzogen hat: Die vom Anbieter unabhängige Bewertung und auch Messung der Qualität. Angesichts nach wie vor bestehender Differenzen zwischen den Behandlungsergebnissen (z.B. Bradley et al. 2010, Nimptsch und Mansky 2012) wollen Patienten erwartungsgemäß wissen, wie die Anbieter medizinischer Leistungen einzustufen sind (Mansky 2012). Patienten- bzw. verbraucherorientierte Beratungsportale wie beispielsweise die „Weisse Liste“ versuchen diesen Ansprüchen gerecht zu

werden. Ferner werden aber auch die Krankenkassen in diesem Bereich aktiv und entwickeln eigene Methoden zur Einschätzung der Behandlungsergebnisse. Das prominenteste Beispiel dafür ist das QSR-Verfahren des WIdO bzw. der AOK, das über die entsprechenden Klinikberichte auch Eingang in die Qualitätsmessung bei IQM gefunden hat.

### Qualität, Wirtschaftlichkeit und Vertragsrecht

Die Krankenkassen agieren hier einerseits im Interesse ihrer Versicherten ähnlich einer „Verbraucherberatung“. Andererseits verfolgen sie naturgemäß wirtschaftliche Interessen und zwar in zweierlei Hinsicht: Erstens ist zu erwarten und in vielen Fällen auch nachgewiesen, dass eine qualitativ bessere, komplikationsärmere Behandlung nicht nur dem Patienten Leiden erspart, sondern auch die Behandlungskosten senkt, und zwar sowohl im Krankenhaus wie auch im Anschluss an die Krankenhausbehandlung für die Krankenkassen (siehe z.B. Tabelle 2 in Geffers et al. 2002, Fahlenbrach et al. 2011). Hier entsteht eine win-win-win-Situation, die dem Patienten gesundheitlich, aber auch dem Krankenhaus und der zahlenden Krankenkasse wirtschaftlich nützt. Das wirtschaftliche Interesse steht hier nicht im Widerspruch zum Patientenwohl, sondern unterstützt sogar bessere Ergebnisse. Zweitens streben aber insbesondere die großen Krankenkassen mit entsprechender Marktmacht die Möglichkeit zum selektiven Kontrahieren an. Diese grundlegende Änderung des Vergütungsrechts würde belastbare Qualitätsmessungen voraussetzen und wäre anders weder den eigenen Versicherten noch der Politik vermittelbar. Ob das selektive Kontrahieren systemweit einen positiven Effekt hätte, ist zu bezweifeln, soll hier aber nicht im Detail erörtert werden. Es sei lediglich angemerkt, dass sich die Situation in den USA, wo die privaten Versicherungen mit den Krankenhäusern separat kontrahieren, als eine (von vielen denkbaren) Realisierungsform des selektiven Kontrahierens begreifen ließe. Die Situation dort spricht nicht dafür, dass dies

systemweit zu Einsparungen führt. Allerdings sagt dies nichts über die Möglichkeiten anderer Realisierungsvarianten.

### Wettbewerbssituation

Es ist zu erwarten, dass bei entsprechender Wettbewerbssituation der Leistungserbringer große Nachfrager komparative Vorteile erlangen können. Betrachten wir die Wettbewerbssituation, so ist festzustellen, dass in Deutschland ein Überangebot stationärer Leistungen besteht. Wie sich aus wenigen Kennzahlen berechnen lässt, werden je nach den zugrunde gelegten Annahmen mindestens 25% der Planbetten-Kapazitäten nicht benötigt. Da ein wesentlicher Teil der Bedarfszunahme infolge der demographischen Entwicklung bereits hinter uns liegt, ist von dieser Seite in der Summe nicht mit einer Entlastung zu rechnen, auch wenn es in Teilbereichen noch eine weitere Bedarfszunahme gibt (Mansky et al. 1989, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996, Nowossadek 2012). Auch die regionale Verteilung stellt keine wesentliche Entlastung dar, da die Überkapazitäten nicht zuletzt auch Ballungsbereiche betreffen, in denen die Schließung eines kleineren, nicht spezialisierten Krankenhauses keine Versorgungsengpässe zur Folge hätte. Die Angebotssituation im stationären Bereich ist daher politisch brisant. Auch wenn die hier geschilderte Situation auf Bundesebene nicht unbekannt ist, ist leicht verständlich, dass die Bedarfsnotwendigkeit jedes einzelnen Krankenhauses steigt, je näher man dem Ort des Geschehens kommt. Kein Bürgermeister oder Landrat, der wiedergewählt werden will, kann sich die hier geschilderte Sicht lokal zu eigen machen. Auch die Krankenhausgesellschaften sind als Interessenvertreter aller Krankenhäuser in diesem Punkt allenfalls defensiv handlungsfähig.

In dieser Situation gerät die Qualitätsmessung in ein äußerst spannungsgeladenes politisches Umfeld. Für die SPD hat beispielsweise Prof.

Lauterbach die Schließung von Krankenhäusern explizit gefordert. Dabei wurde zumindest in der Presse nicht nur von ihm u.a. ein klarer Bezug zur Qualität hergestellt (FAZ 2013). Auch das von verschiedenen Krankenkassen geforderte selektive Kontrahieren würde im Ergebnis auf eine Schließung von Krankenhäusern hinauslaufen.

### Statistik und die Justiziabilität von Qualitätsergebnissen

Die politischen Forderungen nach qualitätsorientiertem Handeln sind scheinbar eingängig, stoßen aber in der Praxis auf Probleme. Ganz abgesehen von der Frage, wie Qualität zu messen ist, gibt es erhebliche statistische Probleme. Bei niedrigen Fallzahlen steigt – unabhängig von der Art der verwendeten Indikatoren – die statistische Unsicherheit in der Beurteilung der Ergebnisse. Ein Leistungserbringer mit niedriger Fallzahl wird im statistischen Sinne nur schwer nachweisen können, dass er Leistungen mit guter Qualität erbringt. Ebenso wenig könnte aber ein externer Beobachter nachweisen, dass die Leistung unzureichend ist. Leistungserbringer mit kleineren Mengen entziehen sich somit einer statistisch sicheren, justiziablen Bewertung. Das Nachweisproblem verschärft sich bei selteneren Messereignissen (z.B. Qualitätsindikatoren, die niedrige Komplikationswahrscheinlichkeiten messen). Teilweise lässt sich diese Problematik umgehen, wenn Leistungen mehrerer Jahre zusammengefasst werden bzw. wenn kombinierte Kennzahlen (mit höherer Ereigniswahrscheinlichkeit) gebildet werden. Auch damit lassen sich allerdings die Nachweisgrenzen nur verschieben, aber nicht aufheben. Die statistische Unsicherheit entfällt allerdings, wenn man sich auf die Identifikation der besten Leistungserbringer konzentriert. Hier lassen sich im Vergleich immer Kliniken mit hinreichend hoher Fallzahl und überdurchschnittlichen Ergebnissen finden. Das selektive Kontrahieren würde sich diesen Umstand zu Nutze machen. Bei einem Kontrahieren nur mit

den nachweislich besten oder besseren Leistungserbringern entfielen die Auseinandersetzungen mit den statistisch wegen der Mengenproblematik nicht bewertbaren Kliniken über deren Ergebnisse. Ein selektives Kontrahieren in diesem Sinne würde damit implizit auch eine variable, von der Streubreite der verwendeten Indikatoren abhängige Mindestmenge beinhalten.

Alle diese Erörterungen zeigen, dass es bei der externen Qualitätssicherung längst nicht mehr nur um die Qualität geht. Angesichts der ungelösten Strukturprobleme im Krankenhausbereich könnten auch existentielle Fragen für ein Krankenhaus oder eine Abteilung zur Debatte stehen. Dies mag aus Sicht einer idealistisch gedachten Qualitätssicherung als bedauerlicher Störfaktor gesehen werden, ist aber die derzeitige politische Realität, die sich nicht ausblenden lässt.

### Abwehrreaktionen und Definitionshoheit

In das beschriebene Umfeld sind auch Abwehrreaktionen einzuordnen. Die klassische Variante ist es, Qualitätsunterschiede nahezu komplett in Abrede zu stellen. Die Fiktion einer überall gleich guten Qualität, die alle Komplikationen als schicksalhaft begreift, würde die Gefährdung einzelner Leistungserbringer von Seiten der Qualitätsbeurteilung reduzieren. Sie dürfte allerdings heutzutage kaum noch aufrecht zu erhalten sein.

Ein zweiter Punkt betrifft die Kontrolle über die Qualitätsmessung. Eine selbständige Messung durch die Krankenkassen, wie sie beispielsweise das QSR-Verfahren ermöglicht, muss als bedrohlich gesehen werden. Dies erklärt die gelegentlich mit Vehemenz sowie jetzt auch im Falle des QSR-Verfahrens juristisch geführten Auseinandersetzungen um die Nutzung der Routinedaten für die Qualitätsmessung (Handelsblatt 2013). Auch verstärkt dieser Aspekt zumindest das Bestreben, Register unter Kontrolle der Fachgesellschaften aufzubauen. Auch Widerstände gegen manche Erweiterungen der Diagnoseklassifikation (ICD) oder auch des

Operationenschlüssels (OPS) für Zwecke der Qualitätssicherung sind unter diesem Gesichtspunkt zu sehen. Als ein Beispiel (unter vielen) sei hier der in Deutschland seit Jahren vergebliche Versuch genannt, den in den USA bereits seit einiger Zeit verwendeten „present on admission“ (POA) Indikator für die Kodierung ausgewählter Diagnosen einzuführen. Damit ließen sich auch in den Daten der Krankenkassen im Krankenhaus aufgetretene Komplikationen von bei Aufnahme bereits bestehenden Begleiterkrankungen unterscheiden. Bei einem Nierenversagen, einer Pneumonie oder einer Urosepsis wäre dies beispielsweise eine wichtige Differenzierung im Sinne der Erkennung teilweise vermeidbarer bzw. in der Häufigkeit reduzierbarer Komplikationen. Aus naheliegenden Gründen gibt es dagegen Widerstand.

### **Das Patienteninteresse muss im Mittelpunkt stehen**

All diese Auseinandersetzungen werden aus Sicht der beteiligten Institutionen und Verbände geführt. Dabei gerät eines in Vergessenheit: Aufgabe des Gesundheitswesens ist nicht die Verteidigung der Institutionen oder des Status quo, sondern die optimale Behandlung der Patienten. Es ist unbestritten, dass die Patientenversorgung in Deutschland ein im internationalen Vergleich hohes Niveau hat. Völlig unbestritten ist auch, dass für die Ärzte und anderen medizinischen Mitarbeiter am Patientenbett mit Sicherheit das Patientenwohl im Mittelpunkt steht. Gleichzeitig wissen wir aber, dass sich die Behandlungsergebnisse in unserem System in vielen Bereichen weiter verbessern ließen. Die aufwandsarme und möglichst ergebnisorientierte Messung von Qualität kann dazu in Verbindung mit gezielten Verbesserungsaktivitäten, wie sie bei IQM mit dem Peer Review Verfahren umgesetzt werden, nachweislich einen erheblichen Beitrag leisten (Nimptsch und Mansky 2013).

Aus unserer Sicht verfolgen die Kliniken, die sich der Initiative Qualitätsmedizin angeschlos-

sen haben, einen mutigen, auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen richtigen Weg. Angst, in diesem Fall die Angst vor strukturellen Veränderungen im Krankenhausbereich, wäre ein schlechter Ratgeber. Noch schlechter ist es, wenn Institutionen dabei die vorrangigen Interessen ihrer Patienten aus dem Auge verlieren. Das Vorantreiben und die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und des internen Qualitätsmanagements mit Verbesserung der Ergebnisse, wo möglich, ist in jedem Fall der für den Patienten, aber auch für das Krankenhaus als Unternehmen richtige Ansatz. Dies sollte auch in einem strukturell schwierigen Umfeld sicher nicht der einzige, aber einer der wesentlichen Eckpfeiler einer Unternehmensstrategie im Krankenhaus sein. Die Titelfrage lässt sich damit beantworten: Es dreht sich nicht um den Schutz von entweder Patienten oder Institutionen. Richtig ist vielmehr, dass die Institutionen nur überleben können, wenn sie das Patientenwohl zum wesentlichen Maßstab ihres Handelns machen.

### **Literatur**

Bradley EH, Herrin J, Curry L, Cherlin EJ, Wang Y, Webster TR, Drye EE, Normand SL, Krumholz HM (2010) Variation in hospital mortality rates for patients with acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 106(8):1108-1112

Fahlenbrach C, Malzahn J, Heyde K (2011) Bonus ohne Extrakosten. *Gesundheit und Gesellschaft* 14: 35-39

FAZ (2013) Die SPD will Kliniken schließen. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 02.11.2013

Geffers C, Rüden H, Gastmeier P (2002) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 8 - Nosokomiale Infektionen. Berlin: Verlag Robert Koch-Institut

Handelsblatt (2013) Knatsch um Qualität in Krankenhäusern. *Handelsblatt*, 14.10.2013

Mansky T, Erben CM, Kleinschmidt S, Fassl H, Scriba PC (1989) Einfluß demographischer Än-

derungen auf Fallzahlen und Pflagestage hospitalisierter internistischer Patienten. Dtsch Med Wochenschr 114: 368-377

Mansky T (2012) Was erwarten die potenziellen Patienten vom Krankenhaus? In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg.) Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER/GEK. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. 1. Aufl.: 136-159

Mansky T, Nimptsch U, Winklmaier C, Hellerhoff F (2013) G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 4.0. Band 3, 2. Auflage. Erläuterungen und Definitionshandbuch für das Datenjahr 2013. Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin.

<http://opus4.kobv.de/opus4-tuberlin/frontdoor/index/index/docId/4279>

Nimptsch U, Mansky T (2012) Krankheitsspezifische Versorgungsmerkmale in Deutschland: Analyse anhand der Bundesauswertung der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI). Dtsch Med Wochenschr 2012; 137(28/29): 1449-1457

Nimptsch U, Mansky T (2013) Quality Measurement Combined With Peer Review Improved German In-Hospital Mortality Rates For Four Diseases. Health Affairs, 32(9):1616-1623

Nowossadeck E (2012) Population aging and hospitalization for chronic disease in Germany. Dtsch Arztebl Int 109(9): 151-157

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996) Gesundheitswesen in Deutschland - Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Sondergutachten 1996. Bonn: SVR