

Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma im Gesundheitswesen – Blick auf die Krankenversicherung

Matthias Schrappe

Viele Themen, die in den letzten Jahren die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland und im internationalen Rahmen stark bestimmt haben, sind durch die Corona-Krise in einen fast entrückt erscheinenden Hintergrund getreten. Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma – wem ist heute noch die Intensität präsent, mit der Mitte des letzten Jahrzehnts die Qualitätsoffensive diskutiert wurde, die Patientensicherheitsthematik ganz im Vordergrund stand, wettbewerbliche Elemente wie *Pay for Performance* die Gemüter erhitzte, die Patientenautonomie als größtes Gut hochgehalten und die *Patient-Reported Outcomes* als *Cornerstones* der Qualitätsmessung gefeiert wurden. Vielleicht besteht die schwierigste Aufgabe heute darin, zwischen der durch Corona bestimmten Gegenwart und den Themensetzungen dieser entfernten Vergangenheit wieder eine Kontinuität herzustellen. Nicht alles kann ja falsch gewesen sein, aber auf der anderen Seite muss erkannt werden, dass durch Corona sicherlich einige der als unverrückbar gehaltenen Annahmen und Gewissheiten von vor gerade einem Jahr einer deutlichen Ergänzung bedürfen.

Corona: Qualität unter Stress

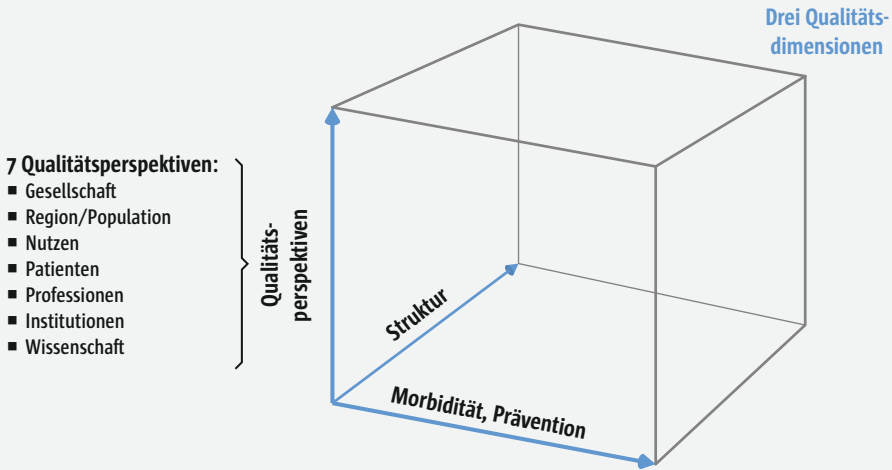
Die Qualitätsfrage setzt immer auf der Begrifflichkeit auf. Es kann nicht darum gehen, Donabedian¹ zu hinterfragen, auch

sind bidimensionale Konzepte wie die der OECD bzw. IQTiG [1] weiter gültig (wenn gleich nicht zufriedenstellend), doch differenziertere Konzepte bedürfen einer Präzisierung. In *Qualität 2030* [2] hat der Autor ein Konzept vorgestellt, das drei Dimensionen miteinander verbindet: die Perspektive, unter der die Qualitätsthematik betrachtet wird, die Frage nach dem Bedarf (wo liegt das derzeitige Defizit?) und die Dimension der strukturellen Implikationen, z.B. hinsichtlich Koordination und Integration (»»» Abbildung 1).

Es steht außer Zweifel, dass die Corona-Epidemie die **Dimension der Perspektive** besonders betrifft – statt der Anbieterorientierung (z.B. das einzelne Krankenhaus) rückt die gesellschaftliche und die **regionale bzw. Populationsperspektive** wieder ganz in den Vordergrund. Ähnlich stellt es sich mit der Outcome-Betrachtung in der Versorgungsforschung dar, die einer Ergänzung bedarf: es zählt, was wirklich beim Patienten ankommt, aber es zählt ebenso, was auf Ebene der Populationen, regional oder staatlich definiert, realisiert wird [4]. Die regionale Betroffenheit durch Corona ist extrem unterschiedlich und schwankt zudem noch im zeitlichen Verlauf. Waren es einmal die Metropolen, die als „Aerosolhöhlen“ für die Verbreitung zuständig erschienen, machen nur ein paar Wochen später die ländlichen

1 Von Donabedian stammt die bekannte Definition von Qualität in der Gesundheitsversorgung und die Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Abbildung 1 Dreidimensionaler Orientierungsrahmen zum Verständnis des Begriffes Qualität (aus [2], S. 70)



Regionen am meisten Sorgen. Waren es einmal die „Champions“ (Beispiel: Irland), die alles „im Griff hatten“, bricht hier nur kurz später die Epidemie wieder mit aller Macht los. Wie diese Entwicklung im Einzelnen zu erklären ist, das wird späteren Analysen vorbehalten sein, lineare Modelle werden kaum adäquate Erklärungen liefern können.

Eine andere Perspektive des Qualitätsbegriffes, der **Nutzen** einzelner Maßnahmen, ist ganz in den Hintergrund getreten, obwohl sie in den letzten Dezennien die Diskussion stark beherrscht hat. Man kann fast von einer Krise der Evidenz-Generierung sprechen, vielerorts wurde ein Rückfall in die vorwissenschaftliche Welt konstatiert. Randomisierte Studien, Wertung von Studien gemäß ihrer methodischen Stärke, nachvollziehbare Synthesen von Wissen – Fehlanzeige. Stattdessen dominieren Meinungen, es werden Einzelwissenschaftler zu Instanzen erklärt, Vorveröffentlichungs-Server werden zu wichtigen Informationsquellen, und der me-

thodische Diskurs weicht der skandalisierenden Meldung. Teilweise wurde sogar offen gegen Einrichtungen der Evidenzbasierten Medizin polemisiert, Hypothesen aufgestellt, die ein „zu viel an Wissen“ als Unfähigkeit zur gesellschaftlichen Kooperationsfähigkeit postulierten, und es waren mehrere dringende Appelle notwendig, um das völlige Überbordwerfen einer kritischen Rezeption von Wissen und Erfahrung zu verhindern.

Nicht weniger turbulent geht es im Hinblick auf die **Patienten und Patientenrechte** zu. Natürlich wird alles Mögliche getan, um in dieser schweren Zeit Patientenleben zu retten, trotzdem gibt es kein Vertun: das Schlimmste was einem passieren kann, ist krank zu werden, sozusagen nicht Corona-bedingt vom Fahrrad zu fallen. Die Folgen bestehen in mehrwöchiger völliger Isolation, kein Besuch, keine Geschenke. Und den Bewohnern von Pflegeheimen ergeht es nicht anders. Selbstbestimmung? Wir haben in Thesenpapier 7 eine gründliche Aufarbei-

tion der Thematik Aufklärung vor Corona-Impfung vorgelegt [5, Kap. 3.3.4], die Praxis berichtet jedoch eher von YouTube-Videos als Impfaufklärung. Nicht dass man die drängenden zeitlichen Probleme verkennen darf, aber mit einer rechtsgültigen Aufklärung und der Achtung der Selbstbestimmung hat dies nichts mehr zu tun. Mitarbeiter im Gesundheits- und Pflegedienst spielen unfreiwillig das Sprachrohr für „Patient Reported Outcomes“, wenn sie von erhöhter, zum Teil dramatisch erhöhter Aggressivität und Verzweiflung von Patienten berichten, vom Schicksal Sterbender ganz zu schweigen.

Einige Grundsätze, die trotzdem beachtet werden sollten

Natürlich bestehen einige Gewissheiten fort, speziell: bevor man über Qualität spricht und gar zu messen beginnt, sollte man das **Problem kennen** (z.B. chronische Erkrankungen, fehlende Prävention). Die in der deutschen Qualitätssicherung dominante Akutversorgung im Krankenhaus ist nicht unser dominierendes Problem, sondern eher – gerade unter Corona – die fehlende vernetzte Versorgung in der Region. Die aktuelle Epidemie macht es plastisch deutlich: die **quantitative Erhebung** (Melderate, Letalität) ist von **Indikatoren** zu trennen (die wir bei SARS-CoV-2 noch nicht im Ansatz haben), davon hängt die Indikatorvalidierung ab. Die Letalität ist sicher wichtig zu kennen, aber sie sagt Qualität schlecht voraus, zu groß ist die Zahl der Einflussfaktoren. Die Aufgabe der Zukunft besteht auch hier darin, einige wenige Indikatoren herauszugreifen, die uns Auskunft geben über den infrage stehenden Behandlungsbereich.

Die Konsequenz ist klar: *Indikatoren sind ungerecht* – damit sie uns sicher über negative Entwicklungen informieren, werden auch einige Anbieter mit guter Qualität ungerechtfertigterweise identifiziert („intrinsische Ungerechtigkeit der Indikatoren“).

Weiterhin sind reine **Ergebnisindikatoren zurückzustellen**, obwohl sie so nahe zu liegen scheinen: durch die Risikoadjustierung müssen kleine statistische Gruppen gebildet werden, die dann systematisch kleine Häuser (auch in Regionen wo sie notwendig sind, z.B. auf dem Land) benachteiligen, weil sie durch ein Ereignis auf lange Zeit „getroffen“ sind. Zu beachten sind die unerwünschten Effekte z.B. von Instrumenten wie *Pay for Performance* (P4P), so kann der **Mengenanreiz** durch die Verwendung von Ergebnisindikatoren noch verstärkt werden. Bei Leistungen, die mengenmäßig „ausbaubar“ sind (z.B. Endoprothetik), kann die Qualitätssicherung zur Attraktion leichter Fälle führen, wodurch die Ergebnisqualität steigt, und die Risikoadjustierung kann durch große Krankenhausgruppen durch *upcoding* der „Nebendiagnosen“ beeinflusst werden (die „standardisierten“ Werte fallen ab, obwohl die absoluten Werte gleich bleiben oder ansteigen). Auch **Strukturindikatoren**, derzeit besonders im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung aktuell, können mittelfristig die Entwicklung zu einer integrierten Versorgungsplanung erschweren. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Träger von Krankenhäusern durchaus eher in Strukturveränderungen investieren als eine Schließung in Betracht ziehen. Damit wird es für das Bundesland noch schwieriger, ein Krankenhaus in eine integrierte Versorgungseinheit zu

überführen („wir haben doch gerade eben die Intensivstation neu gebaut“).

Im Vordergrund stehen daher **Prozessindikatoren**, chronisch kranke Patienten müssen begleitet werden, sie sind an Koordination der Leistungserbringer, an Information etc. interessiert. Interessant sind insbesondere solche Prozessindikatoren, die NICHT durch EBM bzw. Leitlinien abgesichert sind, bei denen also der Informationsvorsprung der „Experten vor Ort“ noch besteht. Dieser irritierende Befund ergibt sich aus der Principal Agent Theorie und besagt auch, dass bei Indikatoren, bei denen die Informationsasymmetrie aufgehoben ist, eine Einzelfallvergütung sehr viel effektiver wäre.

Im aktuellen Zusammenhang (s.o.) sind natürlich die sog. **Patient-Reported Outcome Measures** von großer Bedeutung, dazu gehören alle Dinge, die der Patient selbst und nur selbst berichten kann (z.B. postoperative Schmerztherapie) – gut abzugrenzen gegenüber Patientenzufriedenheit. Diese „PROMS“ sind ein wichtiger Einstieg in das Thema unterschiedlicher Qualitätsperspektiven (z.B. Nutzen, Institutionen, Professionals etc.). Dem Begriff der **Exzellenz-Indikatoren** ist dagegen mit Vorsicht zu begegnen: Indikatoren werden (auch international) immer zur Identifizierung von Qualitätsdefiziten verwendet („sagen negative Entwicklungen voraus“). Auch wenn es weit weg zu sein scheint: **Qualitätsberichte (public reporting, PR) und P4P** wirken unterschiedlich und sind NICHT synergistisch. Analysen zeigen, dass PR vor allem in hoch-kompetitiven Regionen (z.B. städtisches Umfeld) wirken, kein Haus will am Ende der Rankingliste stehen. P4P wirkt hier nicht zusätzlich, das haben die großen Studien in den USA gezeigt. In dünn

besiedelten Regionen mit Monopolstellung der Häuser wirkt aber PR nicht, den Häusern ist es egal wo sie auf der Rankingliste stehen, aber sie reagieren auf zusätzliche Zahlungen sehr gut. Deswegen muss ein sog. *dual use*, also eine unüberlegte Kombination von PR und P4P vermieden werden (ganz abgesehen von der fehlenden Zielorientierung der „alten“ Qualitätssicherung).

Ein weiteres Thema, das durch die Corona-Krise in den Vordergrund gerückt wird, ist die (qualitätsorientierte) **Krankenhausplanung** bzw. eine qualitätsorientierte **Versorgungsplanung** über alle Sektoren hinweg. Dazu brauchen wir sog. *area*-Indikatoren, die die regionale Versorgung beschreiben (z.B. Notfall-Einweisungsrate von chronisch kranken Asthmatikern, Exsikkose in den Sommermonaten usw.). Diese *area*-Indikatoren, dies ist vielleicht die wichtigste Aufgabe der Zukunft, müssen jedoch deutlich erweitert werden, denn die Epidemie hat uns deutlich vor Augen geführt, dass wir zusätzlich die **Resilienz der regionalen Versorgung**, also die Elastizität gegenüber unerwarteten Ereignissen, mit einbeziehen müssen. Hier liegt ein ganz zentrales Feld der Diskussion in den nächsten Jahren.

Und vor der eigenen Tür?

Qualität ist in jedem Fall ein Ergebnis der Arbeit von Individuen, die im Gesundheitssystem tätig sind, ein Ergebnis der institutionellen Organisation dieser Arbeit und der Ausrichtung dieser Anstrengungen im gesamten System der Versorgung. Auf der letzteren Ebene sind alle mit im Boot. Ebenso wenig wie ein einzelnes Krankenhaus „Qualität“ lie-

fern kann, wenn engagierte Mitarbeiter im Controlling nicht gehört und gefördert werden (und man hier nur „die Zahlen“ anschaut), ebenso wenig kann das gesamte Gesundheitssystem auf die Krankenkassen verzichten, wenn es um die Qualität der Leistungen geht.

Dieser Aspekt hat ein Außen und ein Innen. Wie bei der PR (Public Relations): keine gute Außenkommunikation ohne gute Innenkommunikation, gilt auch hier: keine gute Qualitäts-„Führerschaft“ im Gesamtsystem ohne funktionierendes Qualitätsmanagement nach innen. Es ist zu begrüßen, wenn auch Krankenkassen definierte Qualitätsarbeit im Inneren betreiben, und man sollte davor nicht zurückscheuen, entsprechend der Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit [3, Empfehlung Nr. 16/17, S. 531] einen Patientensicherheits-Beauftragten im Inneren einzusetzen. Qualitätskultur und Patientensicherheitskultur können von den Mitarbeitern einer Kasse besonders dann glaubwürdig vertreten werden, wenn sie im Innenraum positive Erfahrungen mit diesen Instrumenten und Haltungen gemacht haben. Wie immer: entscheidend ist dabei die jeweilige Führung.

In den Nuller-Jahren wurde es langsam üblich, dass modern geführte Krankenhäuser von sich aus Qualitäts- und Patientensicherheitsberichte aktiv an die Öffentlichkeit kommunizierten (noch bevor sie dazu gesetzlich verpflichtet wurden, und auch wenn die Ergebnisse nicht nur positiv waren). Was spricht dagegen, dass Krankenkassen von sich aus entsprechende Berichte bereitstellen? Schließlich stehen, ungeachtet Corona, gewaltige Strukturänderungen im Raum – wenn wir endlich zu regionalen Konzepten der

Gesundheitsversorgung übergehen, die mit regionalen Budgets eine integrierte Versorgung anbieten, dann wird sich die Frage stellen, welchen Institutionen Gesellschaft und regionale Gremien genügend Vertrauen entgegenbringen, um Koordination und Gesamtverantwortung zu übernehmen. Die Gesetzlichen Krankenkassen stehen hier naturgemäß ganz oben auf der Liste, müssen sich aber hinsichtlich der Qualität gut erklären können. Die Anreize, die wir aus den *Managed Care* Konzepten z.B. in den USA kennen, wären ja dann auch hierzulande wirksam.

Ausblick

Die Corona-Krise hat vieles durcheinandergeschüttelt, und man kann nur hoffen, dass der Verweis auf „Leben mit dem Virus“ nicht dazu missbraucht wird, gesellschaftliche Entwicklungen zu zementieren, die Grundrechte dauerhaft einschränken und technologischen Optionen zur gesellschaftlichen Steuerung Vorschub zu leisten. Genauso wichtig ist allerdings die Intaktheit des wissenschaftlichen Diskurses. „Die Wissenschaft“ gibt es nicht, es gibt nur die Diskussion und ggf. Falsifikation von Hypothesen, und auf keinen Fall kann es ein Denk- oder Redeverbot geben, auch keine Rechtfertigung von Meinungen, die als nicht hilfreich angesehen werden. Innovation wird nicht von der Kanzel dekretiert, sondern ergibt sich aus unterschiedlichen, diskordanten Meinungen. Dies zur 7. Perspektive im eingangs diskutierten Konzept zum Qualitätsbegriff.

Literatur

1. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS (2006) A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int. J. Qual. Health Care* 18, 5–13
2. Schrappe M (2014) Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Franz Dormann. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
3. Schrappe M (2018) APS-Weißbuch Patientensicherheit – Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken, gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
4. Schrappe M, Pfaff H (2017) Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M (Hrsg.) *Lehrbuch Versorgungsforschung*, 2. vollst. überarb. Auflage. 1–68. Schattauer Verlag Stuttgart
5. Schrappe M, François-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, Pfaff H, Püschel K, Glaeske G (2021) Die Pandemie durch SARS-CoV-2/CoViD-19 (Thesenpapier 7): Sorgfältige Integration der Impfung in eine umfassende Präventionsstrategie, Impfkampagne resilient gestalten und wissenschaftlich begleiten, Aufklärung und Selbstbestimmung beachten. Köln, Berlin, Bremen; Hamburg, 10.01.2021, *Monitor Versorgungsforschung online*, <http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2268>



Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Studium der Humanmedizin. 2009 Ruf auf die W3-Professur für Patientensicherheit und bis 2011 Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. 2005 bis 2011 Mitglied und von 2007 bis 2011 stellv. Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen nach § 142 SGB V. 2005 bis 2009 Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Lehraufträge u.a. für Patientensicherheit (bis 2018) an der Universität Köln. Schwerpunkte: Versorgungsforschung, Qualitätsindikatoren, Evidence-based Medicine