

1 Einführung in das Thema

1.1 Gesellschaftliche Wahrnehmung und Komplexität

Unsere Wahrnehmung der Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist auf eine irritierende Weise widersprüchlich – ebenso wie die Lösungsansätze. Zum einen sprechen wir nur gut über das deutsche Gesundheitssystem, wir sagen nichts Schlechtes über „unser Krankenhaus in der Nähe“. Uns geht es dabei ähnlich wie den Briten, auch sie verehren ihren *National Health Service* heiß und innig. Denn so weiß man wenigstens, was man hat, wer weiß was kommt, wenn man es anders macht. Auch jede kritische Stellungnahme wird gebetsmühlenartig mit der Feststellung begonnen, wie gut das deutsche Gesundheitswesen doch sei – Selbstvergewisserung ist Trumpf.

Andererseits gibt es viel **Kritik**, zum Teil weitgehender Natur. Die Medien berichten regelmäßig über „Ärztepfusch“ und „Gottesdienst“ im Krankenhaus. Die Patienten geben bei Befragungen an, Qualitätsmängel und unerwünschte Ereignisse seien an der Tagesordnung (s. Kap. 2.4.7). Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen: nosokomiale Infektionen in deutschen Krankenhäusern treten bei 3 bis 4% aller Patienten auf, das entspricht mehr als 500.000 Patienten pro Jahr (Behnke et al. 2013). Die Professionen, die Gesundheitsberufe berichten von untragbaren Zuständen. Der Koalitionsvertrag vom November 2013 gibt (wie die Vorgänger) dem Thema „Qualität“ breiten Raum, seit 15 Jahren hat Qualität und Patientensicherheit hohe politische Priorität, die gesetzlichen Regelungen sind kaum zu überschauen, doch der Eindruck einer klaren

Richtung ergibt sich nicht, keine befriedigende Lösung scheint sich am Horizont abzuzeichnen.

Die resultierende kognitive Dissonanz macht es nicht leichter. Man muss nur einer gesundheitspolitischen Diskussion zum Thema „Qualität“ beiwohnen, um zur Erkenntnis zu gelangen, dass die Beteiligten offensichtlich nicht dieselbe Sprache sprechen. Vielleicht ist es daher an der Zeit, unsere Routinen zu verlassen und offen über die Defizite zu sprechen, ohne Blatt vor dem Mund. Es gab ja schon mehrere Ansätze, das Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahr 2001 (SVR 2001) sei als Beispiel angeführt, auch die Reports „*To Err Is Human*“ (Kohn et al. 1999) und „*Crossing the Quality Chasm*“ (IOM 2001) des amerikanischen *Institute of Medicine* aus den Jahren 1999 bzw. 2001 haben in Deutschland große Aufmerksamkeit erlangt. Aber wenn wir uns ehrlich machen, dann brauchen wir eine umfassende Lösungsstrategie, eine **Handlungsoption**, sogar ein ganzes Bündel von aufeinander abgestimmten Handlungsoptionen. Sonst hat es kaum Sinn, genau hinzuschauen, denn auch für die Politik gilt: warum sich die Finger verbrennen, wenn ich doch nichts bewirken kann, manchmal ist Wegschauen das Beste was man tun kann.

Liegt es am Geld? Das ist ja die populärste Annahme zu diesem Thema. Allerdings spricht der Anschein dagegen. Im Fall der Influenza waren wir im Jahr 2005 und 2009 sofort in der Lage, dreistellige Millionenbeträge für die Zurückstellung des (so gut wie wirkungslosen) Oseltamivir aufzubringen, ohne überhaupt die Daten über dessen Wirksamkeit zu kennen (andere Beispiele für Über- und Fehlversorgung s. Kap. 3.3). Weiter hilft hier vielleicht ein Gedankenexperiment (Schrappe 2014, Kap. 1.3), das dem hypothetischen Fall nachgeht, man hätte von einem Jahr auf das andere für das deutsche Gesundheitswesen zusätzliche Mittel von 100 Mrd. € pro Jahr zur Verfügung, die ausschließlich qualitätsorientiert verwendet werden müssten (also rund die Hälfte unseres gesamten Budgets) – wären wir wirklich sicher, dass sich eine deutliche Qualitätsverbesserung einstellt? Wohl kaum, die Beharrung des Systems ist zu stark, die Gewohnheiten und Strukturen sind zu schwer zu ändern.

Wenn es also nicht am Geld liegt, liegt es dann an der individuellen Anstrengung, am Guten Willen, an der fehlenden **Motivation** der Pflegenden und Ärzte? Die Motivation ist natürlich ein Gedankenwert (s. Kap. 8.4), aber den Willen zu guter Qualität kann man den Angehörigen der Gesundheitsberufe nun wirklich nicht absprechen – schwarze Schafe mal dahingestellt, die gibt es sicher. Liegt es am fehlenden Wissen der Praktiker und Gesundheitswissenschaftler, gibt es vielleicht gar keine „bessere Gesundheitsversorgung“? Weit gefehlt. Während wir in unserem Gesundheitswesen technische bzw. **Produktinnovationen** (das neue Medikament, die neue technische Ausrüstung) sofort umsetzen (eine Finanzierung wird meist vorausgesetzt), sind wir bei manchen **Prozessinnovationen** (siehe Händedesinfektion) nach 170 Jahren noch nicht so weit, dass diese Innovation umfänglich in der Praxis angekom-

men ist. Wir wissen genau, was wir besser machen müssen, nämlich keine Antibiotika bei der viral bedingten Bronchitis zu verschreiben und auch nicht in der Putenzucht zu verwenden, aber wir nehmen die galoppierende Resistenzentwicklung und ihre katastrophalen Folgen sehenden Auges in Kauf.

Liegt es dann an den **Institutionen**? „DAS Krankenhaus“, „DIE ambulante Versorgung“? Eine Beobachtung an dieser Stelle: wenn man mit den Verantwortlichen im kleinen Kreis die Dinge bespricht, dann kommt vielleicht Skepsis durch (ein Wunder wenn dem nicht so wäre), aber grundsätzlich kann man sich sehr schnell darauf einigen, dass alles getan werden muss, um eine höhere Qualität zu bewerkstelligen. Wenn man die gleichen Personen jedoch in der Öffentlichkeit, auf den Podien beobachtet, erkennt man ihre Argumentation nicht wieder. Hier scheint also der Kern des Problems zu liegen: alle sprechen von Qualität, aber zumindest in der Öffentlichkeit reden alle Beteiligten aneinander vorbei (übrigens ähnlich wie bei der Thematik Prävention). Das Nicht-Verstehen ist mit den Händen zu greifen. Niemand fehlt, wenn es darum geht, die Bedeutung der Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu betonen, aber jeder nimmt **nur seine eigene Perspektive** ein, es gibt keine wirklich gemeinsame Anstrengung, mehr noch: keine Melodie, die die Qualitätsproblematik „tragen“ würde (s. Kap. 9.2). Vor unseren Augen verwandelt sich die Vielzahl sinnvoller Maßnahmen, die man vielleicht gut miteinander verbinden könnte, in ein unentwirrbares und undurchdringliches Geflecht von Interessen, Finten, Unklarheiten, falschen Versprechen – man wird den Eindruck nicht los, es geht vor allem darum, dass am besten gar nichts geschieht.

Wir haben also eine spannende Situation vor uns. Eine Situation, die durchaus einen Namen hat: **komplexe Systeme** reagieren auf diese Art und Weise. Die Akteure reagieren nicht vorhersehbar, vermeintlich kleine Ursachen haben riesige Auswirkungen und vermeintlich große Veränderungen verpuffen, die Regeln des Miteinander sind nicht bekannt, das System ist nicht zu verstehen, nicht zu steuern, Richtung und Ergebnis sind nicht vorhersehbar. Komplexe Systeme verbergen sich hinter dem „Verhalten“ von Institutionen genauso wie hinter dem Gesamtsystem. Natürlich, einzelne Regeln sind schon erkennbar (so wollen alle mehr Ressourcen), aber die kommenden Entwicklungen sind kaum zu antizipieren, ebensowenig wie die Auswirkungen einer Reformbemühung. Diese Einsichten könnten natürlich dazu verleiten, die Hände in den Schoß zu legen und alle Hoffnung auf eine Besserung aufzugeben. Diesem Standpunkt, der unter Beteiligten gar nicht selten anzutreffen ist, soll hier aber nicht das Wort geredet werden, und es ist auch nicht die Zeit für einen defätistischen Abgesang.

Um zu einer Lösung zu kommen, geht das vorliegende Gutachten vorerst von einer **systemtheoretischen Position** aus (in guter Übereinstimmung übrigens mit entsprechenden „*conceptual frameworks*“ in den USA und Großbritannien, um nur einige Beispiele zu nennen), analysiert und interpretiert die „Befun-

de“ zur Qualität und zu den zur Verfügung stehenden Instrumenten zur Qualitätsverbesserung auf diesem Hintergrund und kommt zu konkreten Empfehlungen. Denn komplexe Systeme haben durchaus Eigenschaften, die für das Gesundheitssystem von großer Bedeutung sind, sie sind z.B. (bei aller Spontaneität) in der Lage, sich an Veränderungen der Umwelt anzupassen, sie verfügen über die Fähigkeit zur sog. komplexen Adaptation (vgl. Plsek und Wilson 2001B, Richardson 2008). Und sie verfügen über weitere Eigenschaften, die sie wiederum ganz attraktiv erscheinen lassen, sie sind z.B. anders als lineare Systeme in der Lage, mit Spannung, Ungewißheit und Paradoxa produktiv umzugehen (vgl. Plsek und Greenhalgh 2001A); diese Eigenschaft ist von janusköpfigem Charakter, aber dazu später mehr (s. Kap. 8.3.1).

Und es gibt Beispiele, **positive Beispiele** für die Beeinflussung von komplexen Systemen, die die gesamte Gesellschaft betreffen und von denen seinerzeit niemand geglaubt hat, man könnte tatsächlich Abhilfe schaffen und zu positiven Veränderungen kommen. Im Straßenverkehr gab es in Deutschland im Jahr 1972 rund 22.000 Todesopfer, heute, vierzig Jahre danach, sind es noch 3.500 pro Jahr. Eine Vielzahl von Maßnahmen, von der eingegrabenen Leitplanke, dem Sicherheitsgurt (über den man damals wegen der „Bewegungseinschränkung“ noch stritt), der Absenkung der Promillegrenze sowie dem Airbag bis hin zu den diversen elektronischen Fahrhilfen und der Verbesserung der Traumaversorgung hat zu diesem Erfolg geführt, sozusagen in einem informellen, letztendlich von allen Akteuren getragenen Zusammenwirken – keine Kleinigkeit, denn (man möge die Ironie verzeihen) „unser“ Krankenhaus und „unsere“ Umgehungsstraße (möglichst ohne Geschwindigkeitsbegrenzung) liegen in Deutschland ja gleichermaßen auf den vorderen Plätzen unserer Prioritätenlisten. Aber es gab eben einen starken Druck auf die gesamte Gesellschaft, über Änderungen nachzudenken, Stichwort Ölkrise war das Eine, Stichwort Exportfähigkeit der Produkte das Andere. Und wenn man weiter darüber nachdenkt, kommt man noch zu anderen Beispielen, z.B. das weitgehende Verbannen des Rauchens aus dem öffentlichen Raum (dem Autor ist noch erinnerlich, dass man in Arztzimmern rund um die Uhr geraucht hat), oder die Kampagne zur AIDS-Prävention, die sich immerhin mit einer ganzen Reihe gesellschaftlich tief verankerter Vorbehalte konfrontiert sah, z.B. überhaupt in der Öffentlichkeit zu Sexualität und über Kondome nachzudenken, bis hin zu den weit verbreiteten Vorurteilen gegen die männliche Homosexualität.

Um zu solchen Erfolgen zu gelangen, braucht man allerdings ein Rahmenkonzept, das als Grundlage für eine umfassende Strategie dient, denn: mit Aktionismus und „weiter so“ sind Fortschritte nicht zu erzielen.

1.2 Koordination und Komplexität

Die Puristen unter den Komplexitätstheoretikern sind der Meinung, Koordination und Komplexität schließen sich aus (Cohn et al. 2013). Koordination in

komplexen Systemen wäre die Wiedereinführung der linearen „Maschinen-Logik“ in ein System, das auf diese Art und Weise nicht zu beschreiben und nicht zu steuern wäre. Diesem Standpunkt muss man nicht anhängen (in Kapitel 8.3 mehr dazu), hier sei nur (in erster Annäherung) versucht zu beschreiben, welche Voraussetzungen dringend notwendig sind, wenn man eine Steuerung, besser: Beeinflussung komplexer Systeme anstrebt.

Man muss sich dabei vor Augen führen, welche **Herausforderungen** auf das Gesundheitssystem warten. Die derzeit wirksamen Vergütungssysteme finanzieren die Versorgung über die Menge der erbrachten Leistungen, mit dem gerne gesehenen Effekt, dass zumindest auf den ersten Blick der Zugang der Patienten zur gewünschten bzw. indizierten Leistung gut ist (s. Kap. 3.2.1). Krankenhäuser können sich „am Netz“ halten, indem sie die Menge der erbrachten Leistungen, also die Fallzahlen, steigern. In anderen Bereichen, z.B. der Versorgung von privat versicherten Patienten, steht die Menge der Einzelleistungen im Vordergrund. Es wird schnell klar, dass die Verschiebung des Vergütungsanreizes von der Leistungsmenge zur Leistungsqualität keine Kleinigkeit darstellt – auch wenn es (wie oben ausgeführt) ermutigende Beispiele aus anderen Bereichen der Gesellschaft gibt.

Einer der wichtigsten Faktoren ist in der Kooperation der Akteure zu sehen, derer es im Gesundheitswesen ja zahlreiche gibt, mit einem gemeinsamen Ziel, nämlich die Qualität der Gesundheitsversorgung stärker und überprüfbar in den Mittelpunkt zu rücken. Auch wenn man realisiert, dass dies eher ein loses Zusammenwirken darstellen kann, denn mehr wird das Autonomiebestreben der „Player“ nicht zulassen, ist hierzu eine erhebliche Koordinationsleistung notwendig. Diese Koordination muss nicht in jedem Fall in formalisierter Form vonstatten gehen, sondern kann auch eher informeller Natur sein und sich durch einen „allgemeinen gesellschaftlichen Konsens“ ergeben.

Grundsätzlich kann **Koordination** auf vier Ebenen erreicht werden:

- durch den Markt bzw. Wettbewerb,
- durch Regulation bzw. Hierarchie,
- durch Institutionen und Verhandlungen zwischen Institutionen, und
- durch gemeinschaftliche Prozesse und Netzwerkstrukturen.

Hieraus sind zunächst **folgende Konsequenzen abzuleiten**, die Argumentation und Aufbau des vorliegenden Gutachtens maßgeblich beeinflussen:

1. Für die Art und Weise der Implementierung und für die Beurteilung der Erfolgchancen einer übergeordneten Qualitätsstrategie bedarf es eines **umfassenden Rahmenkonzeptes** (*conceptual framework*), das das Verhalten des Gesundheitssystems und das Zusammenwirken der Institutionen sowie Professionen als Reaktion auf die Implementierung eines solchen Konzeptes vorauszusehen erlaubt, soweit dies unter den Bedingungen des komplexen Systems möglich ist. Ein solches *framework* ist in anderen

- Gesundheitssystemen im Rahmen der Etablierung einer nationalen Qualitätsstrategie mit Erfolg entwickelt worden (*Crossing the Quality Chasm* des IOM [2001] bzw. *The NHS Outcome Framework 2013/2014* [NHS 2013B]).
2. In diesem Rahmenkonzept muss der **zivilgesellschaftlichen Komponente**, dem zivilgesellschaftlichen Engagement eine tragende Rolle zugewiesen und zugebilligt werden (der Begriff Zivilgesellschaft bezieht sich hier auf nicht primär mit dem Gesundheitssystem verbundene Institutionen und Personen). Es handelt sich dabei um einen Ansatz, der in den USA z.B. mit der *Leapfrog*-Initiative erfolgreich beschriftet wird (Galvin et al. 2005, Moran und Scanlon 2013).
 3. Die Verantwortung für das Ingangsetzen des koordinativen Prozesses trägt die **politische Ebene** – hierzu gibt es keine Alternative: die Politik muss die Laterne tragen. Die wichtige Mesoebene mit Verbänden und Expertengremien hat eine große Bedeutung für die Umsetzung einer Qualitätsstrategie, aber für den letztendlichen „Schulterschluss“ ist die Politik zuständig. Dies bedeutet nicht den Rückfall in ein hierarchisches Politikverständnis, sondern ist Bestandteil eines modernen *Governance*-Konzeptes (sog. *direction pointing*, s. Kap. 8.7).
 4. Für das aktuelle Verständnis der Merkmale „Qualität“ und „Sicherheit“ ist eine **Aktualisierung des Qualitätsverständnisses** und somit der Begrifflichkeit notwendig. Man muss zur Kenntnis nehmen, dass die Definitionen und Systematiken von Qualität aus den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts stammen, auch wenn derzeit Aktualisierungen vorgenommen werden. Obwohl diese Konzepte wirklich von tragender Bedeutung sind, lässt sich nicht verkennen, dass sie aus einer Zeit stammen, in der Methoden wie die *Evidence-Based Medicine* oder moderne Konzepte der Patientenorientierung noch nicht in expliziter Form zur Verfügung standen, also z.B. die Grundlagen für eine offene Diskussion von Nutzen und Bedarf noch fehlten. Wenn vor 15 Jahren (auch) in Deutschland die Diskussion darüber begann, dass Qualität und Sicherheit nicht allein individuelle Eigenschaften betreffen, sondern als primäre Managementaufgabe anzusehen sind, dann ist heute die Zeit gekommen, noch einen Schritt weiter zu gehen und Qualität und Patientensicherheit als gesellschaftliche Aufgaben anzuerkennen, ebenso wie wir bereits jetzt Allokationsfragen als gesellschaftliches Anliegen begreifen. Die wichtigste konzeptionelle Erweiterung bezieht sich daher auf die Integration der Begriffe Qualität und Patientensicherheit auf der einen Seite und Nutzen sowie Bedarf auf der anderen Seite, beide Perspektiven stellen zentrale Bestandteile der Qualität der Versorgung dar. Eine „Auftrennung“ in Allokationsfragen, für deren wissenschaftliche Absicherung das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit zuständig ist, und Qualitätsfragen, die im neuen „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz“ bearbeitet werden, ist aus diesem Blickwinkel kritisch zu beurteilen. Es müssen sogar noch weitere Qualitätsperspektiven hinzukommen (s. Kap. 1.3).

5. In der weiteren Diskussion besteht der entscheidende Punkt darin, dass Qualität keine isolierte Eigenschaft von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen darstellt, sondern als **Systemeigenschaft** auf dem Hintergrund der Determinanten des Gesundheitssystems zu interpretieren und zu beeinflussen ist, soweit es die Komplexität des Systems zulässt. Worauf man also auf keinen Fall verzichten kann, ist eine klare Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit aus einer Analyse der aktuellen und zukünftigen Problemstellungen (z.B. Überhandnehmen chronischer und Mehrfach-Erkrankungen, Alterung der Bevölkerung, asymmetrische Bevölkerungsentwicklung, inadäquate sektorale Gliederung). Instrumente wie das derzeit diskutierte *Pay for Performance* sind kein Selbstzweck, sondern stellen differenzierte Methoden zu Qualitätsverbesserung dar, deren Einsatz sehr genau überlegt werden muss. Dominante Vergütungsanreize wie der Mengenanreiz durch das DRG-System können keinesfalls durch Qualitätsinitiativen neutralisiert werden (reaktives Qualitätsverständnis). Instrumente zur Verbesserung der Qualität können aber eine Weiterentwicklung der Strukturen und Vergütungssysteme sehr sinnvoll begleiten und fördern (aktives Verständnis von Qualität), was allerdings voraussetzt, dass man für diese Weiterentwicklung über Konzepte verfügt. Eine „Weiter So“-Strategie, vor allem auf der Basis der derzeitig rein sektoralen Struktur, wird keinen Erfolg haben und schon gar nicht Grundlage für eine Handlungspriorisierung sein können.

1.3 Qualität und Sicherheit: die sechs Perspektiven

Die Diskussion um die Gründung eines zweiten Qualitätsinstitutes, das laut GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (FQWG) vom 5.6.2014 neben dem bestehenden Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung (IQWiG) den Gemeinsamen Bundesausschuss beraten und die externe Qualitätssicherung nach § 137a SGB V übernehmen soll (s. Kap. 7.2.2), hat unversehens die Frage wieder aktuell werden lassen, um was es sich denn bei „**Qualität**“ eigentlich handele: niedrige Sterblichkeit, rascher Arztbrief, oder EBM-gesicherte Verordnung? In Zeiten des Bürokratieabbaus wäre es ja eigentlich sinnvoll gewesen, die Qualitätssicherung als zusätzliche Aufgabe dem IQWiG zu übertragen, nicht nur weil es den Begriff „Qualität“ bereits im Namen trägt, sondern vor allem weil man sich ja dort wirklich bereits mit Qualität im Sinne des Nutzens von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beschäftigt; weiterhin wird dort z.B. die gesamte Bandbreite der Konsultationsverfahren (Verbände, Patientenbeteiligung) sowie biomathematische Kompetenz vorgehalten.

Beim näheren Hinsehen muss man allerdings konstatieren, dass es sich dabei keinesfalls um einen Zufall handelt, sondern dass diese Konstruktion sehr klar die **aktuelle Problematik im Verständnis von Qualität** offenlegt. Dieses

Verständnis beschränkt sich auf die Messung von einer zwar relativ großen, in seinem Gegenstandsbereich jedoch sehr eingeschränkten Zahl von Ergebnisparametern, die aus der Tradition der 90er-Jahre stammen, eine überwiegend sektorale Perspektive aufweisen und vor allem akutmedizinische, operative Krankheitsbilder betreffen (genauere Analyse s. Kap. 2.1). Diese Indikatoren bzw. Parameter sind leider nicht aus einer Problemanalyse des jetzigen und zukünftigen Gesundheitssystems abgeleitet (denn sonst würden z.B. chronische und Mehrfacherkrankungen älterer Patienten und die Integrationsperspektive den Schwerpunkt bilden), stattdessen sind sie als Reaktion auf die Einführung fallpauschalierter Vergütungselemente seit 1993 zu verstehen. Weiterhin spielen Praktikabilitätsargumente (z.B. Abstimmungsverfahren im Rahmen der Selbstverwaltung) und der vermeintlich einfachere Datenzugang durch die Nutzung von Routinedaten, die aus der sektoralen, nach dem Prinzip der Kostenhomogenität (nicht medizinischen Homogenität) entwickelten DRG-Finanzierung abgeleitet werden, eine zentrale Rolle. Es ist weitgehend unklar, inwieweit dabei tatsächlich die Qualität der jeweiligen Versorgung abgebildet wird (zur Messung von Qualität s. Kap. 2.2) und es wirklich zu Verbesserungen kommt (z.B. intakter *feedback*, s. Kap. 8.4.6). Es fehlen außerdem fast völlig Indikatoren, die auf Patientenerfahrungen basieren, so wie es z.B. im *Value-Based Purchasing Programm* in den USA (VanLare 2012) und im *Quality and Outcome Framework* des NHS (NHS 2013A) praktiziert wird (s. Kap. 2.4.7), und ebensowenig sind Effizienzgesichtspunkte (*value*) berücksichtigt, über die man sicher diskutieren kann, die aber z.B. in den USA eine große Rolle spielen (Tompkins et al. 2009; s. Kap. 3.1).

In den nächsten Kapiteln wird ausführlich zu den Themen Qualitätsmessung, aktuelle Qualitätsdaten, Instrumente der Qualitätsverbesserung und die Umsetzungsbedingungen von Qualitätsverbesserung auf organisatorischer und Systemebene Stellung genommen, so dass klare Empfehlungen entwickelt werden können. An dieser Stelle soll zunächst auf den Begriff Qualität eingegangen werden, in Abgrenzung zum Begriff Sicherheit, vor allem aber in Bezug zum Begriff des Nutzens, der in der Allokationsdiskussion eine zentrale Rolle spielt. Für den **Qualitätsbegriff** werden in diesem Zusammenhang sechs Perspektiven herausgearbeitet, auf die in der weiteren Analyse verwiesen wird.

Natürlich wird sofort eingewandt werden, dass die Begriffe Qualität und Patientensicherheit ja eindeutig definiert seien. Dem ist zuzustimmen: „**Qualität**“ überführt die impliziten Merkmale einer Dienstleistung im Gesundheitswesen dadurch in explizite (d.h. messbare) Merkmale, dass sie gegen vorausgesetzte „Anforderungen“ gespiegelt werden (Deutsches Institut für Normung 2001, s. Abb. 2). Und während der Begriff Qualität allgemeiner, systematischer Natur ist, liegt dem **Begriff Patientensicherheit** eine normativer Festlegung zugrunde: „Abwesenheit von unerwünschten Ereignissen“ (Kohn 1999, S. 3). Diese prägnanten Definitionen werden immer wieder für ihre Kürze und ihre Unabhängigkeit von Rahmenbedingungen jeglicher Art gelobt: Abwesenheit

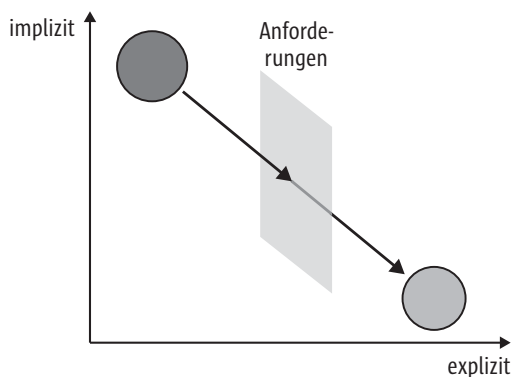


Abb. 2 Definition des Begriffs „Qualität“: Durch die Erfüllung von Anforderungen werden implizite Merkmale in explizite Merkmale überführt (DIN 2001).

von Komplikationen ist eine Selbstverständlichkeit, und über die „Anforderungen“, auf die sich Qualität bezieht, hat ein Jeder seine eigenen Vorstellungen – das macht die Sache schwierig. In der Realität ist diese Definition von Qualität ein Einfallstor für divergierende Vorstellungen, die zu einer Entkopplung hinsichtlich des gemeinsamen Zieles führen, nämlich die Qualität im Gesundheitswesen zu verbessern. Letztlich wird dadurch der Begriff Qualität derart relativiert, dass vermehrt wieder Stimmen zu vernehmen sind, die die Beschäftigung mit Qualität als sinnentleert empfinden und der impliziten, intuitiv verspürbaren Qualität das Wort reden (so z.B. Swinglehurst et al. 2014). Es stellt sich also zwangsläufig die Frage der Perspektive, aus der man das Thema betrachtet, und die Auswahl und Gewichtung der Perspektive(n) ist ein Spiegel der gesellschaftlichen Wahrnehmung, einerseits, und andererseits eine politische Schwerpunktsetzung.

Wenn wir nicht ein rein opportunistisches Verständnis vom Thema Qualität verwenden wollen, bleibt keine Alternative, wir müssen die **Perspektiven** diskutieren, unter denen wir über Qualität sprechen, wir müssen diese in eine Rangfolge bringen, um für Maßnahmen, die wir in Zukunft hinsichtlich Qualität ergreifen, ein gemeinsames Verständnis, ein Koordinatensystem zur Verfügung zu haben. Im Methodenpapier 3.0 des AQUA-Institutes wird auf die OECD Bezug genommen, die die Dimensionen Effektivität, Sicherheit und Patientenorientierung unterscheidet (AQUA-Institut 2013B, Arah et al. 2006; zur weitergehenden Diskussion der Qualitätssystematik s. Kap. 3.1). An dieser Stelle soll zunächst mit dem Begriff der Perspektive gearbeitet werden, weil dieser Ansatz besser den wichtigen Aspekt des Erkenntnisinteresses verdeutlicht (zum übergeordneten Begriff der Dimension s. Kap. 1.4), ähnlich wie bei der Qualitätsmessung (s. Kap. 2.2). Es werden **sechs Qualitätsperspektiven** unterschieden:

- gesellschaftliche Perspektive (Versorgung auf Populationsebene),
- Ebene des Nutzens der Behandlungsmethode (Effizienz und Allokation),

- Patientenperspektive (Selbstbestimmung, Sicherheit und Koordination),
- professionelle Perspektive (Autonomie, Garantenstellung),
- institutionelle Perspektive (Organisatorische Umsetzung),
- wissenschaftliche Perspektive (Deskription und Hypothesenbildung).

In der Diskussion wird spontan meist die **Patientenperspektive** gewählt; oft ist es dabei nicht klar, ob dies aus Überzeugung geschieht, man nur zum Ausdruck bringen möchte, dass man „das Beste für den Patienten“ beabsichtigt (z.B. indem diese die eigenen Leistungen in Anspruch nehmen), oder weil man sich hierauf am einfachsten einigen kann – es ist meist gar kein Patientenvertreter anwesend (auf Selbstbestimmung und Autonomie der Patienten [consumerism] wird in Kapitel 4.4 und 5.3 weiter eingegangen). Die **professionelle Perspektive** sieht die Problematik im Vordergrund, dass Qualität für den Patienten nicht direkt erkennbar ist, weil ihm die sachlichen Grundlagen zu einer differenzierten Beurteilung fehlen, und verweist diesbezüglich auf die Garantenstellung der Ärzte für den Patienten. Definitionen des Begriffs aus professioneller Sicht nehmen häufig auf diesen Tatbestand Bezug, so z.B. die klassische Definition von Lohr (1990) als *„degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.“* Verbunden mit diesem Standpunkt ist der Wunsch nach weitgehender Autonomie der professionellen Experten, die sich nicht gerne externen Qualitätsanforderungen unterwerfen und diese als „Regulation“ empfinden (s. Kap. 8.3.1 und 8.4.3).

Die **institutionelle Perspektive** übernimmt oft die professionelle Perspektive und problematisiert die Umsetzung im organisatorischen Kontext, die Konsequenzen für die Steuerung der Institutionen im Gesundheitswesen auf der betriebswirtschaftlichen Ebene und die Entwicklung und Wahrung der Marktchancen. Das kurzfristige wirtschaftliche Überleben kann zwar über eine Leistungserbringung minderer Qualität und resultierende hohe Deckungsbeiträge gewährleistet sein, langfristig können die Nachfrager jedoch nur an die jeweilige Institution gebunden werden, wenn die angebotene Versorgung eine hohe Qualität aufweist. Es reicht dabei nicht aus, Leistungen hoher Qualität tatsächlich zu erbringen – die entsprechenden Institutionen müssen auch in der Lage sein, ihre Leistungsfähigkeit und die Verbesserungsstrategien nach außen, z.B. in Verhandlungen mit den Kostenträgern, klar darzustellen (s. Qualitätsbericht nach § 137 SBC V). In der innerbetrieblichen Steuerung müssen Qualitätsdefizite erkannt und durch Verbesserungsmaßnahmen angegangen werden. Dies gilt in besonderem Maße auch für die Qualität der intern zwischen den Abteilungen und Disziplinen angebotenen Leistungen.

Die **Ebene des Nutzens (Effizienz)** bzw. Nettonutzens beschäftigt sich in der Folge mit dem Thema der Mittelzuteilung (Allokation). Die Positionen unterscheiden sich hier je nachdem, ob man dem Patienten eine autonome Nutzenmaximierung und somit Nachfragefunktion zutraut, oder ob es einer durch

die Professionen der Gesundheitsberufe ausgeübte Bedarfsfeststellung bedarf. Im ersten Fall wird die Allokation nach Marktgesichtspunkten bewerkstelligt (über Angebot und Nachfrage bzw. Zahlungsbereitschaft), in zweiten Fall wird ein Algorithmus zur Nutzenbeschreibung notwendig, der objektive (wissenschaftliche und fachliche, eventuell auch auf den Mitteleinsatz bezogene) Kriterien mit einbezieht. Im deutschen Gesundheitssystem hat man durch die Einrichtung des GBA und die Begutachtungsfunktion des IQWiG den zweiten Weg eingeschlagen, sieht sich aber starken Angriffen ausgesetzt, wenn die Ergebnisse der Nutzenbeurteilung den Erwartungen der Marktteilnehmer nicht entspricht (z.B. bei der Zulassung und bei den Preisverhandlungen zu neuen Medikamenten). Der Nutzen einer Untersuchungs- und Behandlungsmethode stellt zweifelsfrei ein wichtiges, sogar entscheidendes Qualitätsmerkmal dar, das in der gegenwärtigen Diskussion zum Thema Qualität jedoch kaum Erwähnung findet.

Ähnliches gilt für die **Populations- bzw. gesellschaftliche Perspektive**. Unabweisbar ist die Argumentation, dass diese Perspektive von größter Bedeutung ist, aber sie wird kaum aktiv wahrgenommen. Die politische Ebene hält sich insbesondere in der letzten Zeit zurück, im Jahr 2005 hat man die Qualitätsthematik an den Gemeinsamen Bundesausschuss delegiert. Am ehesten spielen die Krankenkassen diese Karte, beschränken sich jedoch nur zu gerne auf die Risikoverteilung ihrer Versichertenkollektive. Es bleiben einzelne Fragestellungen wie die Impfpolitik, wo es auch Kommissionen gibt (Ständige Impfkommision, sog. Stiko), die eine gewisse Einschätzung von Nutzen und Risiken gewährleistet. Die Bedeutung eines Qualitätsdefizites z.B. im Bereich der Antibiotikatherapie (oder der Verwendung von Antibiotika in der Tiermast) auf Populationsebene, nämlich bezüglich der Resistenzsituation bei kritisch kranken Patienten (Beispiel MRSA, Meningitis etc.) kann zwar gar nicht hoch genug eingeschätzt werden, fand aber zumindest in der Vergangenheit kaum Beachtung – erst neuerdings ist über die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes Abhilfe geschaffen worden. Allerdings wurde im Robert Koch-Institut der Kommission, die für die eigentliche Hygiene zuständig ist, eine weitere Kommission zur Seite gestellt, die sich mit der Resistenzentwicklung beschäftigt, statt dass man die gesamte Problematik in eine Hand legt; die daraus resultierenden Abgrenzungsproblematiken werden nicht lange auf sich warten lassen.

Der **wissenschaftliche Zugang** bietet sich eigentlich als „neutrale“ Perspektive an, bietet er doch die Chance, jenseits von interessegeleiteten Aspekten solche einer nutzenerzeugenden Behandlung in den Vordergrund zu stellen. Allerdings wird diese Chance nicht in vollem Umfang wahrgenommen, die typische klinische (klinisch-evaluative) Forschung beschränkt sich auf die Aussage, dass die bestmögliche Qualität verwirklicht sei, wenn die Forschungsergebnisse umgesetzt werden würden. Wenn man jedoch davon ausgeht, dass jede Versorgungsleistung nicht nur aus der Gesundheitsleistung (z.B. Gabe eines Medikamentes, Operation) besteht, sondern zusätzlich aus

einer Kontextleistung (Pfaff und Schrappe 2011, s. auch Kap. 3.7 und 9.2), dann ist diese Beschränkung auf die *efficacy* (absolute Wirksamkeit) zu kurz gesprungen: die Kontextfaktoren bleiben außen vor (Schrappe und Scriba 2006). Die Ausnahme bildet die Versorgungsforschung, ansonsten ist Qualitätsforschung in Deutschland nur sehr randständig existent.

Zusammenfassend ist deutlich zu erkennen, dass in Deutschland eine aktive Auseinandersetzung über die Perspektiven, unter der man eine Qualitätsstrategie entwickeln könnte, kaum geführt wird. Insbesondere wird die Perspektive des Nutzens bzw. Bedarfs nicht als Qualitätsperspektive angesehen, auch fehlt die Patientenperspektive. Es werden und wurden zwar zahlreiche Initiativen auf den Weg gebracht (eine Übersicht versucht Kap. 7.2), insgesamt verstärkt sich jedoch der Eindruck, dass der traditionellen Aggregation von leicht messbaren Daten zur Ergebnisqualität der Vorzug gegeben wird (klassische diagnose- und prozedurenbezogene Qualitätssicherung), und dass darüber hinaus lediglich auf Einzelfälle reagiert wird, wenn der öffentliche Druck anders nicht abzuwehren ist (z.B. Neugeborenenensepsis). Die Konsequenz ist, dass die Einzelinitiativen kraftlos wirken, obwohl der gute Wille durchaus gegeben ist. Es bleibt zu bezweifeln, ob die Hoffnung „die Menge der Initiativen macht’s“ berechtigt ist. Es fehlt ein breiter angelegter, umfassender und problemorientierter Ansatz, es fehlt vor allem eine klare, in der gesellschaftlichen Diskussion gespiegelte Botschaft, die die Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems voranbringt.

1.4 Gesundheitspolitik: dreidimensionaler Orientierungsrahmen

Allerdings bedarf jeder umfassende Ansatz, jede Botschaft, jedes integrierte Konzept einer Orientierung. Die **sechs Perspektiven**, unter denen man sich dem Begriff Qualität bzw. Patientensicherheit nähern kann, sagt nur etwas aus über die Richtung, aus der man auf Qualität schaut. So wird diese Systematik in Kapitel 3 genutzt, um einen (ausschnittshaften) Überblick über die wichtigsten Qualitätsdefizite zu geben, und in Kapitel 7 werden nach dieser Systematik die gesetzlichen Initiativen der letzten Zeit geschildert. Dies beantwortet aber noch nicht die zentrale Frage: wo soll es hingehen? Wie sehen die Koordinaten aus, nach denen ein Ziel formuliert werden kann?

Hierzu muss man eine ganz kurze Situationsbeschreibung an den Anfang stellen. Wodurch ist unsere gegenwärtige Gesundheitsversorgung charakterisiert? **Fünf Eigenschaften** stehen hier ganz im Vordergrund:

- Erkrankungsbezug statt Präventionsbezug
- Akuterkrankungen (operativ) statt chronische Erkrankungen (konservativ)
- Starke Sektorisierung
- Mengenorientierung statt Qualitätsorientierung
- Anbieterbezug statt Patientenbezug

Das System läuft auf Hochtouren – verdient wird an Erkrankungen (und nicht an der Verhinderung des Auftretens von Erkrankungen) vor allem operativer und akuter Natur, die bei niedrigen Grenzkosten möglichst häufig durchgeführt werden, um der sektoralen Logik gerecht zu werden. Chronische Erkrankungen, Patienten mit Mehrfacherkrankungen, die Begleitung statt prozedural betonter Eingriffe bedürfen, und Probleme der Behandlungscoordination bleiben außen vor. Wenn eine Diskussion über Veränderungen geführt wird, dann melden sich vor allem die Anbieter, die zu erkennen geben, dass sie „dann“ die Patienten nicht mehr sachgerecht versorgen könnten. Die Patienten haben kaum eine Stimme, trotz der gesetzlichen Änderungen, die hier in den letzten Jahren auf den Weg gebracht wurden (s. Kap. 7.4).

Diese Eigenschaften des jetzigen Gesundheitssystems stellen den Hintergrund für die **weitere Entwicklung unserer Gesundheitsversorgung** dar, in diesem Zusammenhang werden wir in zwanzig Jahren feststellen, ob wir den Herausforderungen gerecht geworden sind oder nicht. Wenn wir also über Qualität reden, dann müssen wir darüber nachdenken, ob die Qualitätsentwicklung dazu führt, dass wir folgenden „**fünf Zielen**“ näher kommen:

- die Vergütung sollte sich nicht mehr allein an der Menge der Behandlungen orientieren, sondern zusätzlich auch auf die Qualität der Behandlung mit einbeziehen;
- der Schwerpunkt muss in Zukunft auf chronischen Mehrfacherkrankungen älterer Menschen statt (allein) auf Akuterkrankungen liegen;
- die Sektorierung des Gesundheitssystems sollte zugunsten einer besseren Integration und Koordination der Behandlung zurückgedrängt werden,
- die Krankheitsprävention ist zu fördern statt allein die Behandlung aufgetretener Erkrankungen,
- die Versorgung der Patienten und der Bevölkerung erhält das Primat gegenüber den wirtschaftlichen Interessen der Leistungsanbieter.

Wenn man das Konzept weiter kondensiert und unter Einbeziehung der Qualitätsperspektiven einen Orientierungsrahmen schaffen möchte, verbleiben drei Qualitätsdimensionen (s. Abb. 3):

1. **Morbiditätsdimension**, betreffend die Versorgung und Krankheitsprävention einer älter werdenden Bevölkerung mit chronischen Mehrfacherkrankungen (Chronizität/Prävention),
2. **Integrationsdimension**, betreffend die bessere Koordination und den Abbau der Sektorierung bei erhaltenem Zugang zur Versorgung (Struktur), und die
3. **Qualitätsdimension**, betreffend die bereits in Kapitel 1.3 genannten sechs Perspektiven, unter besonderer Beachtung der Einheit der klassischen Qualitätssicherung (prozeduren- bzw. diagnosebezogene Qualität), des Zugangs zu Behandlungsmethoden mit nachgewiesenem Nutzen und der Patientenorientierung.

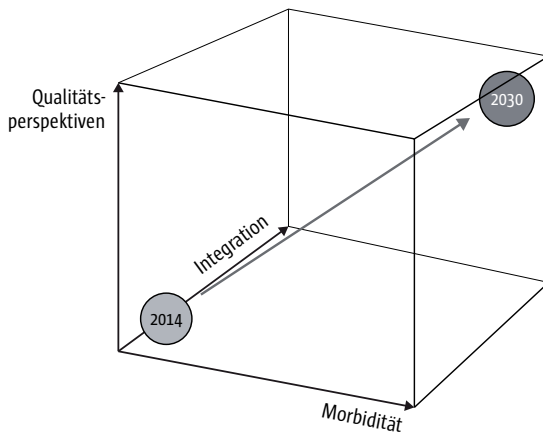


Abb. 3 Dreidimensionaler Orientierungsrahmen für die Qualitätsentwicklung des Gesundheitssystems (s. Text)

Diese drei Dimensionen bilden einen dreidimensionalen Raum, in dem der Fortschritt darstellbar sein wird – hoffentlich. Derzeit befinden wir uns noch ganz unten in der Ecke, ganz am Anfang. Um eine Qualitätsstrategie zukunfts- fest und vor allen Dingen glaubwürdig zu gestalten, muss der in Zukunft vor- herrschende Krankheitstyp in den Fokus genommen werden (chronische Mehrfacherkrankungen einschließlich Prävention – Morbiditätsdimension), die Sektorierung überwunden werden (Integrationsdimension) und es müssen die relevanten Qualitätsperspektiven berücksichtigt werden, in erster Linie muss eine Trennung von prozeduren- und diagnosebezogener Qualität und Nutzenbetrachtung vermieden werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine erfolgsversprechende „umfassende Qualitätsstrategie“ nur auf dem Hintergrund eines problemorien- tierten Weiterentwicklungskonzeptes des gesamten Gesundheitswesens auf- gestellt und umgesetzt werden kann. Qualität ist kein defensives Instrument, das „das Schlimmste“ verhindert (indem mittels Qualitätssicherung z.B. un- erwünschte Nebeneffekte der Vergütungssystematik verhindert werden sollen), sondern erfordert Beachtung als integrales Bestandteil einer Zukunftsstrategie, die die kommenden Aufgaben der Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt stellt. Diese Strategie muss ausgehend von den fünf zentralen Eigenschaften eines zukünftigen Gesundheitssystems auf die wichtigsten Entwicklungsziele Be- zug nehmen („fünf Ziele“): Aufhebung der Mengenorientierung, Orientierung an chronischen Mehrfacherkrankungen älterer Patienten, Integration und Koordina- tion, Präventionsbezug, Patienten- statt Anbieterorientierung. Eine umfassende Qualitätsstrategie orientiert sich folglich in einem dreidimensionalen Orientie- rungsrahmen, das sich aus der Morbiditätsdimension (Chronizität und Präven- tion), der Integrationsdimension (Struktur, Überwindung der Sektorierung) und der Qualitätsdimension (sechs Qualitätsperspektiven) zusammensetzt.

1.5 Zielrichtung des Gutachtens

Qualität und Patientensicherheit sind keine abgeschiedenen Inseln im Ozean, keine isolierten Problematiken, sondern stellen schon aus begrifflicher Sicht Konstrukte mit mehrfachen Facetten dar, so wie sie im vorangegangenen Kapitel in dem Modell der drei Qualitätsdimensionen beschrieben wurden. Eine Gesundheitspolitik, die Qualität und Sicherheit in den Mittelpunkt stellen möchte, muss nicht nur die Diskussion um die Bedeutung der Qualitätsperspektiven führen (s. Kap. 1.3), sondern diese auch in ein Weiterentwicklungskonzept entlang der Morbiditäts- und Integrationsdimension einbetten.

Dieses Gutachten geht daher induktiv von einem analytisch-konzeptionellen Ansatz aus (Teil I–III), der mit der Erstellung eines solchen Rahmenkonzeptes (*conceptual framework*) endet, und schließt mit Empfehlungen zum weiteren Vorgehen (Teil IV). Im Einzelnen stellt sich der Aufbau des Gutachtens wie folgt dar:

- **Teil I Status quo:** Methoden zur Messung von Qualität, Indikatorkonzept und Schilderung der Qualitätsdefizite (in Ausschnitten);
- **Teil II Moderne Instrumente der Qualitätsverbesserung:** vom Einsatz von Qualitätsparametern zur Versorgungsplanung und dem institutionellen Qualitäts- und Risikomanagement über die *Public Reporting Programme* zur qualitätsorientierten Vergütung (*Pay for Performance*);
- **Teil III Rahmenkonzept:** Expertenorganisation, Komplexität, Veränderungsstrategien, ökonomische Grundannahmen, Vergütungssystem und *Governance* als Kontext für die notwendigen Veränderungen, Erstellung eines Rahmenkonzeptes für eine umfassende Qualitätsstrategie und für konkrete Maßnahmen;
- **Teil IV Empfehlungen.**

Alle Teile beziehen sich konkret auf das deutsche Gesundheitswesen und ziehen jeweils internationale Erfahrungen mit heran.

Die **Ziele des Gutachtens** bestehen in diesem Zusammenhang in

1. einer Aktualisierung des Konzeptes von Qualität und Patientensicherheit, insbesondere unter Beachtung der Nutzenperspektive und der Patientenorientierung unter den Bedingungen der inkompletten Information;
2. einer kritischen Darstellung der Optionen zur Qualitätsmessung und zum Qualitätsmonitoring sowie – auf diesem Hintergrund – einer ausschnittsweisen Darstellung des Status quo zu Qualität und Patientensicherheit in Deutschland und Einbeziehung der dadurch entstehenden Kosten;
3. einer Stellungnahme zu aktuellen Fragen wie Indikatorenauswahl, die Rolle von administrativen Daten, Indikatoren auf der Basis von Patientenerfahrungen, transsektorale und *area*-Indikatoren;
4. einer Analyse sich daraus ergebender Konzepte wie Qualitätswettbewerb und qualitätsorientierte Versorgungsplanung;

5. einer Darstellung der Instrumente zur Qualitätsverbesserung (*Public Reporting, Pay for Performance*) unter besonderer Berücksichtigung der internationalen Erfahrungen;
6. die Darstellung und Wertung der gesetzlichen Regelungen in Deutschland;
7. die Darstellung des Kontextes einer umfassenden Qualitätsstrategie: Expertenorganisation, Komplexität, Modelle der Verhaltensänderung, ökonomische Grundannahmen, Bedeutung des Vergütungssystems, Handlungsfelder der Politik;
8. der Entwicklung eines Rahmenkonzeptes, das die Basis für die Entwicklung von Priorisierungskriterien und die Einschätzung der Wirksamkeit von Instrumenten der Qualitätsverbesserung bildet;
9. die Ausarbeitung von Empfehlungen für die aktuelle und zukünftige Gesundheitspolitik.

Grundlage des Herangehens ist ein Verständnis von Qualität in der Gesundheitsversorgung, das nicht primär der Verhinderung von Fehlentwicklungen dient, sondern sich als aktives Element der Entwicklung einer zukunftsgegenwärtigen Gesundheitspolitik versteht. Das Gutachten leitet daher folgende Systematik ab und formuliert diese als Grundlage der Empfehlungen:

- ausgehend von den Eigenschaften des deutschen Gesundheitswesens werden „**fünf Ziele**“ entwickelt, die notwendige Weiterentwicklungen beschreiben (z.B. Berücksichtigung chronischer Erkrankungen oder Aufhebung der Sektorierung),
- für ein durch das Erkenntnisinteresse geleitetes Qualitätsverständnis werden **sechs Qualitätsperspektiven** zugrunde gelegt (z.B. gesellschaftliche oder Patientenperspektive), und
- für die Gestaltung der weiteren Entwicklung wird ein **dreidimensionaler Orientierungsrahmen** erarbeitet, der die Dimensionen Morbiditäts-, Integrations- und Qualitätsentwicklung umfasst.