

1

Qualität als gesellschaftliche Aufgabe

Regina Klakow-Franck

Eine gute Krankenbehandlung zu erhalten, zählt heute zu den selbstverständlichen Erwartungen der Gesellschaft an unser Gesundheitssystem. Der vorliegende Beitrag stellt dar, wie die Qualität der Patientenversorgung zunächst eine Sache der Ärzteschaft war. Im Rahmen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die ärztliche Alleinzuständigkeit für das Thema Qualität Schritt für Schritt durch sozialgesetzliche Regelungen über Qualitätsanforderungen und Qualitätssicherung sowie durch einen neuen „Qualitätshüter“, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), abgelöst. Eine Zwischenbilanz zu den wichtigsten Qualitätssicherungsmaßnahmen des G-BA (indikatorgestützte QS-Verfahren, Mindestmengen-Regelungen, Qualitätsberichte, Patientenbefragungen) weist auf dringenden Weiterentwicklungsbedarf und Umsetzungslücken hin.

Zeitgleich hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten ein Gesundheitsmarkt mit enormem Wachstumspotenzial entwickelt. Die Rolle der Patientinnen und Patienten und Versicherten wandelt sich von Wohlfahrtsempfängern zu Akteuren mit Mitverantwortung für die Inanspruchnahme und die Qualität der Versorgung. Neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen durch die Möglichkeiten des digitalen Zeitalters, aber auch Krisen wie die Corona-Pandemie machen deutlich, dass die Qualität im Gesundheitswesen nicht allein mit herkömmlichen Bordmitteln wie weiteren QS-Richtlinien aufrechterhalten werden kann, sondern Änderungen am System voraussetzt und gesamtgesellschaftlicher Anstrengungen bedarf.

Qualität als Bestandteil des professionellen ärztlichen Selbstverständnisses

Eine gute Patientenversorgung zu gewährleisten zählt zum professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft. Die Keimzelle dieses Qualitätsanspruchs ist die ärztliche Selbstverpflichtung zur Qualitätssicherung der eigenen Berufsausübung, die historisch betrachtet auf den hippokratischen Grundsatz zurückgeht: „primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare“. Diese Grundsätze haben als Leitprinzipien für Patientensicherheit und Qualität in der Medizin bis heute Bestand und sind an zahlreichen Stellen des ärztlichen Berufsrechts als berufsethischer Standard verankert sowie in zahlreichen Einzel-Regelungen, die die ärztliche Berufsausübung konkretisieren ([M]BO 2011).

Ärztinnen und Ärzte müssen definierte Anforderungen an die notwendige fachliche Qualifikation erfüllen und den anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse beachten. Anerkannter Stand der medizinischen Erkenntnisse heißt seit den 1990er-Jahren: auf Basis von Methoden der evidenzbasierten Medizin. Ärztinnen und Ärzte dürfen die Interessen Dritter nicht über das Patientenwohl stellen – warum? Als Experte für Krankheit und Gesundheit verfügt der Arzt über einen Wissensvorsprung gegenüber dem Patienten. Dieser Wissensvorteil darf nicht missbräuchlich gegen die Interessen der Patientinnen und Patienten verwendet werden. Ärztinnen und Ärzte dürfen deshalb auch – in medizinischen Fragen – keine Weisungen von Nicht-Ärzten entgegennehmen und befolgen. Zusammenfassend: Nach dem ärztlichen Berufsethos und Berufsrecht gelten für die Patientenversorgung verpflichtende Qualitätsgebote und das Primat des Patientenwohls.

Die Regelungen zur Qualität der ärztlichen Berufsausübung in der ärztlichen Berufsordnung fokussieren traditionell die Ebene der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (äzq) hat eine um die Perspektive der Bevölkerung

erweiterte Definition von Qualität im Gesundheitswesen vorgelegt.

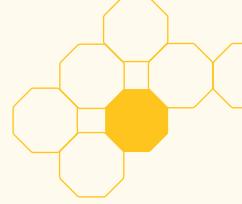
„Qualität im Gesundheitswesen bedeutet eine ausreichende und zweckmäßige, d.h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber wirtschaftliche Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen.“ (ÄZQ 2008)

Die Qualitätsdefinition des äzq greift einerseits Begrifflichkeiten der moderneren Qualitätsdiskussion auf, wie einerseits Patientensicherheit und (gesundheitsbezogene) Lebensqualität, andererseits auch den Aspekt der Wirtschaftlichkeit als Qualitätsmerkmal, was innerhalb der verfassten Ärzteschaft lange Zeit geradezu als Gegensatz zu Qualität abgelehnt wurde.

Qualität als Leistungsversprechen in der GKV

Die ärztliche Selbstverpflichtung zur Qualitätssicherung des eigenen Handelns wurde seit den 1990er-Jahren Schritt für Schritt vom Sozialgesetzgeber aufgegriffen und für die Zwecke des GKV-Systems adaptiert. In Anlehnung an die ärztliche Berufsordnung ist im SGB V festgelegt, dass sich die Krankenhäuser und die an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer (Vertragsarztpraxen, Medizinische Versorgungszentren [MVZ], Vertragszahnarztpraxen u.a.) an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen und jeweils ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vorhalten müssen (§ 135a Abs. 2 SGB V).

Fasst man die zahlreichen Einzelregelungen des SGB V zur Qualitätssicherung zusammen, so lässt sich sagen: Allgemein gilt für die Versorgung der Patientinnen und Patienten im System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur das allseits bekannte Wirtschaftsgebote nach § 12 SGB V, sondern ausdrück-



lich auch ein Qualitätsgebot: Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 SGB V). Dies stellt einerseits für die Leistungserbringer eine zwingend zu erfüllende Verpflichtung dar, andererseits für die Versicherten einen Anspruch auf eine entsprechende Qualität der Leistungen. Der Leistungsumfang beziehungsweise der GKV-Leistungskatalog zählt dabei im internationalen Vergleich zu den am meisten umfassenden und wird stetig erweitert.

Qualitätssicherung heute – Hauptplayer G-BA

Die zentrale Instanz für die Qualitätssicherung der Patientenversorgung im GKV-System ist seit seiner Gründung im Jahr 2004 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Als untergesetzlicher Normgeber konkretisiert der G-BA die gesetzlichen Vorgaben des SGB V in Richtlinien. Der Werkzeugkasten zur Umsetzung der Qualitätssicherung reicht von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsmessung, zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätsförderung, zur öffentlichen Qualitätsberichterstattung bis hin zu Qualitätskontrollen und Sanktionen. Eine der Hauptaktivitäten des G-BA ist dabei der sogenannten datengestützten einrichtungsinternen Qualitätssicherung gewidmet (Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – DeQS-RL), womit im engeren Sinne die Qualitätsmessung einzelner definierter Leistungen oder Leistungsbereiche anhand von Qualitätsindikatoren in Kliniken und Arztpraxen und MVZ gemeint ist. Beginnend in den 1960er-Jahren mit der Münchner Perinatal-Erhebung wird seither zu einzelnen Tracer-Diagnosen bzw. -Prozeduren, zum Beispiel Cholezystektomie, eine indikatorgestützte Qualitätsmessung durchgeführt. Der Zweck dieses Tracer-basierten Ursprungsverfahrens bestand darin, im Falle rechnerisch auffälliger

Ergebnisse durch Einleitung eines sogenannten strukturierten Dialogs im Sinne einer Qualitätsförderung das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement im Krankenhaus zu unterstützen.

Einrichtungübergreifende Qualitätssicherung für Prozeduren-Qualität

Das Portfolio der Leistungsbereiche, die in der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung betrachtet werden, wurde im Wesentlichen von der seinerzeit im Jahr 2001 gegründeten Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) und sodann vom AQUA-Institut übernommen und hat sich seither kaum geändert. Folge dieses Beharrungsvermögens ist, dass viele QS-Verfahren inzwischen sogenannte Deckeneffekte aufweisen. Dies bedeutet, dass die Qualitätsverbesserungspotenziale der Qualitätsindikatoren ausgeschöpft sind – alle Leistungserbringer sind über Jahre hinweg konstant gleich gut. Bezogen auf den Zweck der Qualitätsförderung – Lernen vom Besseren, damit alle ein gleiches Qualitäts-Mindestniveau erreichen – könnten diese Qualitätsindikatoren somit als erfolgreich umgesetzt bzw. abgeschlossen betrachtet werden und Valenzen für die Weiterentwicklung der Qualität in anderen Versorgungsbereichen freimachen.

Traditionell ist die einrichtungübergreifende Qualitätssicherung im Sinne der Tracer-Philosophie mit „Tunnelblick“ auf die Qualität einzelner Prozeduren ausgerichtet, und zwar bevorzugt auf einige wenige Operationen und minimal-invasive Interventionen. Qualitativ auffällige Ergebnisse in diesen einzelnen Leistungsbereichen dienen als Aufgreifkriterien, um das interne Qualitätsmanagement im Krankenhaus zu unterstützen und weiterzuentwickeln. Diese Methodik ist dem Zweck der einrichtungsbezogenen Qualitätsförderung angemessen. Die Spannweite und Komplexität des aktuellen Leistungsgeschehens werden so jedoch nur bruchstückhaft erfasst. Leistungsbereiche, die angesichts der demografischen

Entwicklung immer wichtiger werden, wie zum Beispiel die Versorgung geriatrischer oder onkologischer Patientinnen und Patienten, bleiben intransparent, ebenso die Qualität in den Top-10-Leistungsbereichen der DRG-Statistik.

Mindestmengen-Regelungen

Neben den einrichtungsübergreifenden indikatorgestützten QS-Verfahren verfügt der G-BA über weitere Instrumente, wie zum Beispiel Mindestmengen-Regelungen. Diese wurden seinerzeit eingeführt um zu verhindern, dass komplexe Fälle mit attraktiven DRG-Fallpauschalen womöglich auch von Krankenhäusern erbracht werden, die aufgrund ihrer geringen Fallzahlen diese Leistung eigentlich gar nicht in guter Qualität und wirtschaftlich erbringen können. Mindestmengen sollten die Funktion

eines Qualitäts-Korrektivs ökonomischer Fehlanreize des DRG-Fallpauschalen-Systems erfüllen. Die historisch niedrigen Mindestmengen, die in Deutschland für einige wenige Leistungsbereiche festgelegt wurden, haben jedoch dazu geführt, dass faktisch weiterhin jedes Krankenhaus diese Leistungen erbringt. Außerdem lässt sich im Falle einer drohenden Mindestmengen-Unterschreitung eine medizinisch wahrscheinlich nicht notwendige, sondern erlösgetriebene Fallzahlsteigerung beobachten (s. Abb. 1). Statt der erhofften Korrektivwirkung haben die Mindestmengen-Regelungen einen Fehlanreiz entfaltet.

Public Reporting und Patientenbefragungen

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser stellen bis dato die einzige veröffentlichungspflichtige

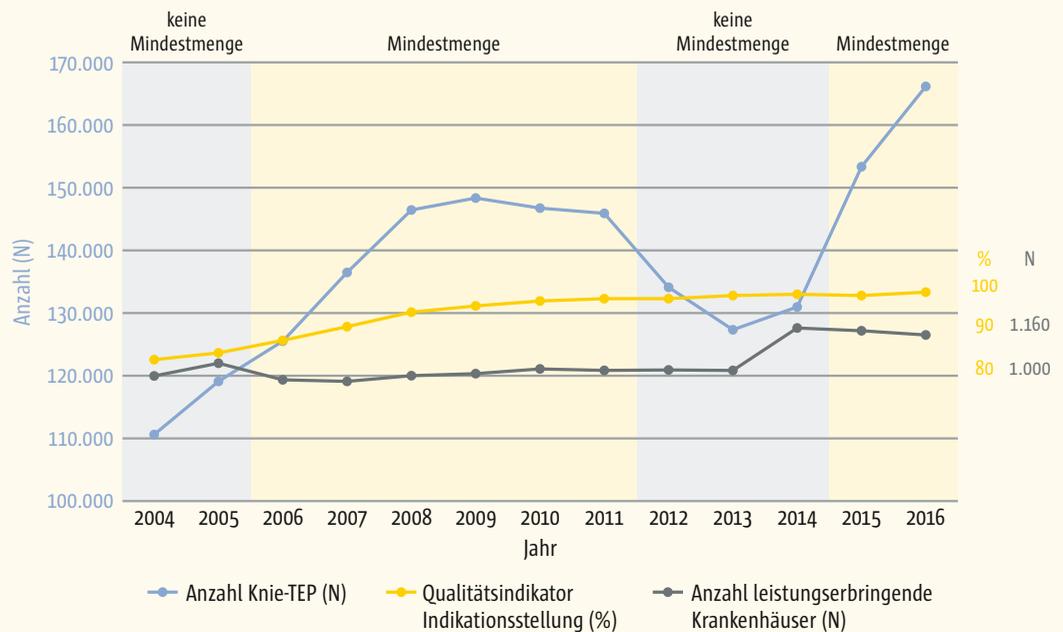
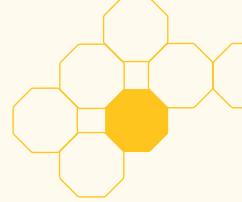


Abb. 1 Einfluss der Mindestmengen auf die Indikationsstellung? Knie-TEP (Geraedts 2018)



tige Form von Public Reporting über die einrichtungsbezogene Qualität im deutschen Gesundheitswesen dar. Die Intention bestand darin, den Versicherten und Patientinnen und Patienten qualitätsbasierte Entscheidungshilfen für die Wahl des Krankenhauses an die Hand zu geben. Jede die Nutzung der Qualitätsberichte untersuchende Studie kommt jedoch zu dem Ergebnis, dass Patientinnen und Patienten, aber auch die einweisenden Ärztinnen und Ärzte die Qualitätsberichte kaum kennen, und wenn, dann kaum hilfreich finden. Die größten Effekte hat Public Reporting auf die Health Professionals (Taylor 2015). Dies ist erkennbar daran, dass Qualitätsergebnisse in der Regel besser als zuvor dargestellt werden, nachdem sie veröffentlichungspflichtig geworden sind – sei es, weil aufgrund der bevorstehenden Veröffentlichung in eine Qualitätsverbesserung investiert wurde, sei es, weil schlechte Risiken von der Behandlung ausgeschlossen wurden, oder – auch das kommt vor – weil Ergebnisse unterdokumentiert wurden.

Zwar dienen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser auch als Ausgangssubstrat der zahlreichen Krankenhaus-Navigatoren verschiedenster Anbieter, jedoch werden auch diese bis dato wenig genutzt. Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen mit Public Reporting hat der Gesetzgeber einen neuen Versuch gestartet, die Transparenz über die Qualität in deutschen Krankenhäusern zu erhöhen und den Patientinnen und Patienten mehr und qualitätsgesicherte Entscheidungshilfen an die Hand zu geben. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) von 2014 wurde dem G-BA zur Aufgabe gegeben, auf Basis der Daten der Qualitätsberichte einrichtungsbezogene vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung erstellen zu lassen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen (§ 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V). Das Projekt trägt G-BA-intern die Überschrift „Qualitätsportal“, harrt allerdings noch seiner Umsetzung.

Ebenfalls beginnend mit dem GVWG von 2014 hat der Gesetzgeber versucht, der Patientenperspektive auf die Qualität der Versorgung mehr Geltung zu verschaffen, indem das Instrument der Patientenbefragung – zunächst nur als Ergänzung, inzwischen gleichrangig – in die Liste der verschiedenen QS-Instrumente wie Qualitätsindikatoren u.a. ausdrücklich aufgenommen wurde. Dabei wurde aktuell sogar ergänzt, dass Patientenbefragungen auch zur digitalen Anwendung entwickelt werden können. Wie im Zusammenhang mit dem „Internet-Qualitätsportal“ muss auch diesbezüglich konstatiert werden, dass eine Patientenbefragung vom G-BA bis dato nicht umgesetzt wurde.

Pay for Performance und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausplanung

Nachdem sich die verpflichtende Qualitätssicherung nach SGB V traditionell zunächst auf die Qualitätssicherung einzelner Leistungen und die einrichtungsbezogene Qualitätsförderung konzentriert hat, hat sich im vergangenen Jahrzehnt ein Paradigmenwechsel vollzogen, was den Zweck der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung anbelangt. Qualitätssicherung wird heute als Instrument zur Versorgungssteuerung betrachtet, mit dem zum Beispiel stationäre Überkapazitäten abgebaut und medizinisch nicht notwendige Fallzahlsteigerungen reduziert werden sollen. So hat der Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) von 2016 versucht, mit der Einführung von Qualitätszuschlägen und -abschlägen für stationäre Leistungen so etwas wie eine deutsche Variante von Pay for Performance einzuführen. Dieser Versuch musste allerdings allein schon deshalb scheitern, weil die vorhandene Methodik der indikatorbasierten Qualitätsmessung, die in der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zur Anwendung kommt, nur in Schwarz und Weiß beziehungsweise „qualitativ unauffällig“ und „qualitativ

auffällig“ unterscheiden kann. Anreizmodelle wie Pay for Performance setzen aber eine zumindest dreistufige Qualitäts-Differenzierung voraus, auf deren Basis der überdurchschnittlich gute Leistungserbringer einen Zuschlag und der unterdurchschnittlich gute Leistungserbringer einen Abschlag erhält. Die Regelungen im SGB V zu Qualitätszuschlägen und -abschlägen wurden zwischenzeitlich wieder gestrichen.

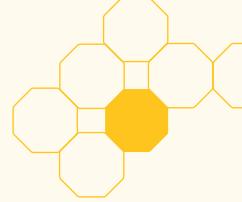
Ebenfalls im Rahmen des KHSC wurde der Versuch unternommen, die Krankenhausplanung – eigentlich Ländersache – bundeseinheitlich auf eine stärkere Berücksichtigung der Versorgungsqualität auszurichten. Die Intention war nicht mehr oder weniger eine qualitätsbasierte Bereinigung der Krankenhauslandschaft. Von den im Jahr 2016 rund 250 vorhandenen Qualitätsindikatoren der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung wurden 11 vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) von Relevanz für die Krankenhausplanung empfohlen. Keiner dieser Indikatoren ist jedoch dazu geeignet, im Falle eines schlechten Ergebnisses das Schließen einer Fachabteilung oder gar eines ganzen Krankenhaus-Standorts begründen zu können. Vor diesem Hintergrund wurde das IQTIG vom G-BA beauftragt, die Methodik der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren komplett neu zu konzipieren. Die Umsetzbarkeit einer bundeseinheitlich qualitätsbasierten Weiterentwicklung der Krankenhausplanung dürfte noch entscheidender jedoch davon abhängen, ob qualitätsbasierte Empfehlungen, die die Schließung einer Abteilung oder eines Krankenhauses nahelegen, vor Ort politisch auch mitgetragen und umgesetzt werden.

Patientinnen und Patienten als Akteure

Während die Regelungen der ärztlichen Berufsordnung, die das Arzt-Patienten-Verhältnis betreffen, noch sehr vom Tenor des ärztlichen Paternalismus geprägt sind, hat sich

allgemein die partizipative Entscheidungsfindung als Leitprinzip der modernen Arzt-Patienten-Interaktion beziehungsweise das Leitbild des informierten Patienten durchgesetzt. Diese Entwicklung von der Professions- und Prozeduren-Orientierung hin zur Patientenzentrierung verdankt sich weniger der medizinisch-psychologischen Erkenntnis, dass die Aufklärung der Patientinnen und Patienten und deren Compliance die Wahrscheinlichkeit eines erwünschten Behandlungsergebnisses erhöhen, sondern der Anlehnung von Total Quality Management und anderen Konzepten zur Steigerung von Effizienz und Kundenzufriedenheit aus anderen Wirtschaftsbereichen an den Medizinbetrieb. Auch die Patientensicherheitskultur im Gesundheitswesen hat ihre entscheidenden Impulse aus anderen Wirtschaftszweigen erhalten, insbesondere von der Fehler- bzw. Sicherheitskultur in der Luftfahrt.

Auch wenn ein kranker und auf Hilfe angewiesener Patient oder Patientin nicht mit einem gesunden Verbraucher gleichgesetzt werden kann, war das ökonomische Konzept der Kundenorientierung ein Katalysator für einen die Qualität der Patientenversorgung relevanten, längst überfälligen Perspektivwechsel. So besteht zum Beispiel das Ziel der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die – zumindest auf dem Papier – in den 2000er-Jahren eingeführt wurde, in der Bewertung der Langzeitergebnisse der Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg, gemessen an patientenrelevanten Endpunkten. Patientinnen und Patienten sollen befragt werden, zu den Ergebnissen der Behandlung aus ihrer Perspektive (Patient Reported Outcomes Measures – PROMs) sowie zu ihren Erfahrungen mit der Aufklärung und Durchführung der Behandlung (Patient Reported Experiences Measures – PREMs). Patientenpräferenzen werden erforscht und die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellt inzwischen eine etablierte Nutzenkategorie neben Wirksamkeit und Senkung von Mortalität und Morbidität dar, wenigstens im Zusammenhang mit der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Patien-



tenzentrierte Behandlungspfade werden entworfen und Modellvorhaben für ein patientenzentriertes Versorgungsmanagement gefördert. Man könnte meinen, inzwischen dreht sich alles um die Patientinnen und Patienten! (Ame- lung et al. 2016).



Zwischen Anspruch und Wirklichkeit der Patientenzentrierung von Versorgung klafft ein großer Spalt. Alte Probleme wie Versorgungsbrüche sind geblieben, neue Chancen wie digitale Vernetzung werden zu schleppend umgesetzt. Der wichtigste Faktor für eine gute Patientenversorgung ist jedoch der Faktor Mensch. Dies wird in der Versorgungsrealität komplett vernachlässigt.

So wenig Verbraucher:innen bei näherer Betrachtung souverän über freie Wahlmöglichkeiten verfügen – und dies immer weniger, je mehr sie von personalisierter Werbung umgeben werden – so sehr klafft ein Spalt zwischen Anspruch und Wirklichkeit der Patientenzentrierung von Versorgung, zum Beispiel: Trotz Bemühungen um ein verbessertes Entlassungsmanagement berichten insbesondere pflegebedürftige Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen immer wieder über Versorgungsbrüche. Innovative patientenzentrierte Versorgungsmodelle schaffen den Sprung in die Regelversorgung nicht, weil sie dort schlichtweg an den Sektorengrenzen und den unterschiedlichen Vergütungssystemen scheitern. Die Diskussion im Vorfeld des Patientenrechtegesetzes von 2013 hat massive Defizite der Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten zutage gefördert, insbesondere auch im Zusammenhang mit Selbstzahler-Leistungen. Die Liste der Beispiele ließe sich noch verlängern.

Die mangelnde Koordination und Kontinuität der Versorgung stellen im internationalen Vergleich altbekannte Probleme des in Sektoren aufgeteilten deutschen Gesundheitswe-

sens dar. Während die einen, insbesondere multimorbide und pflegebedürftige Patientinnen und Patienten unter den Schwachstellen des Systems leiden, hat sich andererseits eine unkritische Konsumentenmentalität breitgemacht, die Vorteile des Systems ad absurdum führt. Ein Beispiel hierfür ist der an sich vorteilhafte niederschwellige Zugang für jedermann zum Gesundheitssystem. Die unkritische Inanspruchnahme für Bagatellfälle oder mit dem Ziel der Vermeidung von Wartezeiten auf Facharzttermine hat für die stationären Notfallaufnahmen jedoch zu einer chronischen Überlastung geführt. Auch hat sich im Schatten der sogenannten Regelversorgung ein digitaler Gesundheitsmarkt etabliert, mit Arzt- und Krankenhausbewertungsportalen, Gesundheitsinformationen unterschiedlichster Anbieter, Gesundheits- und Medizinprodukte-Angeboten bis hin zur digitalen Apotheke und digitalen Gesundheitsdienstleistungsangeboten. Entstanden ist grauer Markt mit einem Wildwuchs an Informations-, Waren- und Dienstleistungsangeboten ohne Qualitätskontrolle, es sei denn, man wollte die (häufig gekauften) User-Kommentare und Sternchen-Rankings als Ersatz für unabhängige Prüfung und Transparenz gelten lassen.

Vor diesem Hintergrund ist die seinerzeitige Initiative des Sozialgesetzgebers, fachlich unabhängige Non-Profit-Portale für Gesundheitsinformationen und Informationen über die Qualität der Versorgung in den verschiedenen Einrichtungen schaffen zu wollen, auch im Sinne des Verbraucherschutzes unbedingt zu begrüßen. Allein die Umsetzung – zum Beispiel des „Qualitätsportals“ des G-BA – kommt, wenn überhaupt, viel zu spät und wird nur noch fraglich Anschluss an das zwischenzeitlich etablierte User-Verhalten finden. Insofern könnte es heute sinnvoller sein, statt in neue Informationsangebote, die in der Informationsüberflutung wahrscheinlich untergehen werden, in die Medien- und Digitalkompetenz der Bevölkerung zu investieren. Wie rudimentär die Medienkompetenz der Bevölkerung ausgeprägt ist,

hat vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie zum Beispiel der Bericht des Landes Sachsen gezeigt (Bigl et al. 2021).

Die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, ihren Versicherten Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung und jetzt sogar noch Leistungen zur „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren“ anbieten zu müssen (§ 20k SGB V – Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz) weist in die richtige Richtung. Die Krankenkassenangebote können die grundsätzlich notwendige gesamtgesellschaftliche Anstrengung zur Förderung der Medienkompetenz, zum Beispiel im Rahmen einer neuen Bildungsoffensive, als eine der Grundvoraussetzungen für Gesundheitskompetenz im digitalen Zeitalter jedoch nicht ersetzen.

Fehlender Qualitätsmanager für das Gesundheitswesen

Die Ärzteschaft ist von ihrem professionellen Selbstverständnis her der Hüter der Qualität der Patientenversorgung und ist dies heute noch, was die Definition von evidenzbasierten Leitlinien für eine jeweils diagnose- oder prozedurspezifische bestmögliche Qualität der medizinischen Versorgung anbelangt. Die Federführung für die Normgebung beziehungsweise für die verpflichtend einzuhaltenden Vorgaben für die Qualitätssicherung und die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung hat im Rahmen des GKV-Systems der G-BA übernommen. Zur Umsetzung seiner Aufgabe hat der G-BA dabei im Wesentlichen auf die Vorleistungen der Ärzteschaft zurückgegriffen.

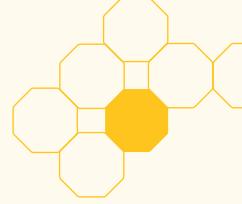
Der Werkzeugkasten des G-BA zur Qualitätssicherung ist groß. Dass einzelne Interventionen wie zum Beispiel Mindestmengen-Regelungen oder Public Reporting auch Fehlanreize entfalten können, sollte dabei nicht überraschen, sondern liegt sozusagen in der Natur der Sache (Braun et al. 2006). Eine nachhaltige Qua-

litätsverbesserung basiert niemals nur auf der Anwendung einer einzelnen Methode oder Instruments. Wegen der Vielfalt der Dimensionen und Faktoren, die für das Zustandekommen von guter Qualität der Patientenversorgung berücksichtigt werden müssen, ist immer ein Mix von Methoden und Instrumenten zur Verbesserung der Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Indikationsqualität nötig, die sich idealiter ergänzen sollten.

Eine Qualitätsverbesserung – zum Beispiel im Sinne einer Leitlinien-gerechten Indikationsstellung – entsteht außerdem nicht durch Wissen allein – zum Beispiel über die Existenz der Leitlinie – sondern bedarf einer Änderung von Entscheidungen und Verhalten. Verhaltenssteuernde Anreize wie Zu- und Abschläge, intrinsische und extrinsische Motivation, Maßnahmen zur Förderung von Vertrauen oder Verschärfung von Kontrolle müssen im Rahmen einer Qualitätsentwicklung im Sinne von „Sticks and Carrots“ immer wieder neu ausbalanciert werden, um den erhofften positiven Impact in der Versorgungsrealität zu entfalten.

Auch müssen die Rahmenbedingungen, in denen Einzelinterventionen sich entfalten sollen, in die Folgenabschätzung einbezogen werden: Viele potenziell positive Effekte von QS-Einzelinterventionen werden von Fehlanreizen des Vergütungssystems konterkariert oder scheitern an übergeordneten ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, wie der Trennung in Sektoren, oder an heterogenen Länder-Zuständigkeiten. Tatsache ist, dass viele intrinsisch hochmotivierte Vertreter:innen der Ärzteschaft und der anderen Gesundheitsberufe, durch die kontraproduktiven Rahmenbedingungen häufig demotiviert werden. Nicht wenige ärztliche Entscheidungsträger:innen räumen inzwischen öffentlich ein, durch den Druck der gegebenen Verhältnisse nicht mehr qualitätsgetrieben, sondern erlösgetrieben agieren zu müssen.

Dem Sammelsurium an QS-Einzelinterventionen fehlt ein Rahmenkonzept für eine zielorientierte Qualitätsentwicklung im Ge-



sundheitswesen. Einzelne überregulierte Leistungsbereiche, für die wie zum Beispiel für die Frühgeborenen-Versorgung mehrere QS-Maßnahmen nebeneinander existieren (Strukturqualitätsanforderungen einschließlich Personalschlüssel, Mindestmengen, Qualitätsindikatoren uvm.), stehen große dunkle Flecken beziehungsweise ganze Teile und Bereiche des Gesamt-Leistungsspektrums gegenüber, über deren Qualität es überhaupt keine Transparenz gibt.

Neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen, wie die Corona-Pandemie, werfen zusätzliche Fragen zum Nutzen der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung auf: Statt den Anspruch auf eine patientenzentrierte Qualitätssicherung und auf allgemeine Transparenz über die Qualität der Patientenversorgung gerade in Corona-Zeiten möglichst hoch zu halten, hatte der G-BA – in seiner Hilflosigkeit oder den Unkenrufen folgend, dass jegliche Qualitätssicherung sowieso nur Bürokratie sei – mit einer Aussetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung reagiert. Stattdessen bedürfte es gerade in diesen Zeiten dringend einer Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, damit diese reaktionsschnell auch einen Beitrag zur Krisenbewältigung leisten könnte. Und es bedarf eines Qualitätsmanagers im Gesundheitswesen, der diesen Prozess zielgerichtet und wirkungsvoll vorantreibt.

Qualität als gesellschaftliche Aufgabe

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine gesellschaftliche Errungenschaft, die basierend auf dem Solidarprinzip ihren Versicherten in der Vergangenheit einen chancengleichen Zugang aller – unabhängig vom individuellen Einkommen – zu der notwendigen medizinischen Versorgung auf einem qualitativ hochwertigen Niveau einschließlich einer Teilhabe aller am medizinisch-technischen Fortschritt ermöglicht hat.

! Eine gute medizinische Versorgung zu erhalten, zählt zu den selbstverständlichen Erwartungen unserer Gesellschaft an das Gesundheitssystem. Es bedarf eines Qualitätsmanagers für das Gesundheitswesen, um diese Erwartungen zukünftig noch erfüllen zu können.

Nicht erst seit gestern aber steht das Gesundheitswesen vor großen Herausforderungen: sektorenübergreifender Strukturwandel, flächendeckende digitale Vernetzung, Patientenzentrierung von Behandlungspfaden und Versorgungsmanagement, Pflegepersonal-Mangel, Chancen versus Bezahlbarkeit von personalisierter Medizin und anderen medizinisch-technischen Innovationen, globale medizinische Krisen durch Antibiotika-Resistenzentwicklung und neue Virus-Erkrankungen uvm. Vergegenwärtigt man sich die Dimension und Komplexität dieser Herausforderungen, so liegt auf der Hand, dass eine erfolgreiche Bewältigung und Aufrechterhaltung der Qualität im Gesundheitswesen nicht allein mit den vorhandenen Möglichkeiten des Gesundheitswesens wird gelingen können, sondern Strukturreformen auf Systemebene und gesamtgesellschaftliche Anstrengungen nötig sind. Beispielhaft sei nochmals auf die notwendige Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz verwiesen, die sich nicht auf Krankenkassenangebote im Sinne eines Feigenblatts beschränken darf, sondern so früh wie möglich durch Förderung von Medien- und Digitalkompetenz beginnen muss, zum Beispiel im Rahmen einer neuen Bildungsoffensive. Denn Bildung ist und bleibt einer der wichtigsten Schlüssel für Gesundheit und steigende Lebenserwartung.

Die Corona-Pandemie hat eigentlich altbekannte Missstände unseres Gesundheitswesens ins allgemeine öffentliche Bewusstsein gerückt: Den Pflegepersonalmangel, Verwerfungen im DRG-System, die Misere im öffentlichen Gesundheitsdienst, den Entwicklungsrückstand bei der digitalen Vernetzung, das föderalistische Tohuwabohu. Insofern stellt die

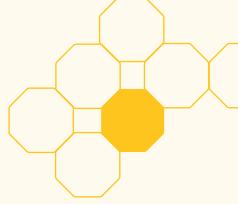
Corona-Pandemie auch eine Chance dar, diese Probleme endlich anzugehen. Die Diskussion über die Aufrechterhaltung einer qualitativ möglichst hochwertigen Versorgung darf dabei nicht vor der Hinterfragung von Systemfaktoren und der Weiterentwicklung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen haltmachen.

Aus Anlass der Corona-Krise sei außerdem noch einmal klargestellt, dass das Gesundheitswesen keine einseitige Ausgaben-Belastung für die Gesellschaft darstellt, sondern eine der wichtigsten volkswirtschaftlichen Prosperitätssäulen ist. Kein Wirtschaftszweig in Deutschland beschäftigt mehr Arbeitnehmer:innen, kein Wirtschaftszweig führt so viele Steuern an Bund und Länder ab wie das Gesundheitswesen. Privaten Investor:innen sind diese Bedeutung und das Wachstumspotenzial des Gesundheitssektors klar. Hingegen fehlt es an einer adäquaten gesamtgesellschaftlichen Wertschätzung des Gesundheitswesens und seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Während die krisenhafte Zuspitzung bekannter Probleme für das Gesundheitswesen heilsam sein könnte, hat die Corona-Pandemie allerdings einen weiteren Befund zutage gefördert, der verstörend ist: Eine wissenschaftsfeindliche, unsolidarische und auch rechtsstaatsfeindliche Gesinnung eines Teils der Bevölkerung, der größer ist als der harte Kern von Rechtsextremist:innen und Rechtspopulist:innen. Spätestens hier wird das Bemühen um Qualität zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe ...

Literatur

- Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, Längel R, Knieps F, Ozegowski S, Schlenker RU, Sjuts R (2016) Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin – AZQ (2008) Compendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Deutscher Ärzte-Verlag Köln
- Braun B, Reiners H, Rosenwirth M, Schlette S (2006) Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern Chartbook. Bertelsmann Stiftung Gütersloh
- Bigl B, Schubert M (2021) Medienkompetenz in Sachsen. Auf dem Weg zur digitalen Gesellschaft. Sächsische Landeszentrale für politische Bildung Dresden
- (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte _MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/MBO_08_20112.pdf (abgerufen am 16.11.2022)
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger (Banz AT 18.12.2018 B 3). URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2827/DeQS-RL_2021-12-16_iK-2022-01-01.pdf (abgerufen am 16.11.2022)
- Geraedts M (2018) Grenzen der im Verantwortungsbereich des G-BA durchgeführten Qualitätssicherung. Plenumsvortrag auf der 10. QS-Konferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses am 24.09.2018. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4638/2018-09-24_QS-Konferenz_Plenum_Geraedts_Grenzen-QS.pdf (abgerufen am 16.11.2022)
- Taylor R (2015) Public reporting: the promise and the pitfalls. Plenumsvortrag auf der 7. QS-Konferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses am 01.10.2015. URL: <https://www.g-ba.de/service/veranstaltungen/qs-konferenz2015/> (abgerufen am 16.11.2022)



Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.

Regina Klakow-Franck war von 2005 bis 2012 Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer (BÄK). Als Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der Amtsperiode 2012 bis 2018 war sie Vorsitzende der Unterausschüsse Qualitätssicherung, Disease-Management-Programme und Ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Bis 2023 war sie Stellvertretende Institutsleiterin des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

