

**Stellungnahme des Wissenschaftlichen Instituts der
AOK (WIdO) für die Anhörung zum GKV-FQWG
am 21. Mai 2014**

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0029(24)
gel. VB zur öAnhörung am 21.05.
14_GKV-FQWG
19.05.2014

**– Stärkung der Qualitätssicherung und
Qualitätstransparenz der Gesundheitsversorgung durch
Schaffung eines unabhängigen wissenschaftlichen
Institutes nach § 137a SGB V –**

Drucksache 18/1307 vom 05.05.2014, Deutscher Bundestag 18. Wahlperiode

Die Schaffung eines unabhängigen wissenschaftlichen Institutes nach § 137a SGB V zur Stärkung der Qualitätssicherung und Qualitätstransparenz der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist ein wichtiger Schritt. Bei der Ausgestaltung dieses Weges sollten aber weitere wichtige Aspekte nicht aus dem Blick geraten.

Zum einen ist darauf zu achten, dass Ergebnisse der Arbeit des zu gründenden Institutes in ausreichendem Umfang und ausreichend schnell für die Stärkung der Qualitätstransparenz für Patienten und das klinikerinterne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zur Verfügung stehen.

Zum anderen sollte ein klares Verständnis vorliegen, dass den bestehenden Aktivitäten zur Schaffung von Qualitätstransparenz auf Seiten von Krankenkassen, Leistungserbringern und Organisationen der Wahrnehmung von Patienteninteressen ein hoher Stellenwert zukommt. Eine überregulierende Fokussierung auf das Institut und den G-BA-Prozess wäre kontraproduktiv.

Zentral ist letztlich die Versorgung der Patienten. Am Ende müssen die medizinische Qualität der Behandlung, die Ergebnisqualität und die Patientensicherheit im Vordergrund stehen. Was an Informationen hierzu heute möglich ist, sollte die Patienten und die um Qualität bemühten Leistungserbringer zeitnah erreichen. Einer breit aufgestellten Qualitätsberichterstattung durch Leistungserbringer, Krankenkassen und Organisationen der Wahrnehmung von Patienteninteressen kommt dabei eine wichtige Schrittmacherfunktion für den Gesamtprozess zu.

Institut kann auf breiten Vorarbeiten aufsetzen

Das geplante Institut nach § 137a SGB V kann auf breiten Vorarbeiten aufsetzen. Seit der Einrichtung einer flächendeckenden Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalmedizin Ende der 1970er Jahre ist in Deutschland viel geschehen. Seit 1989 sind die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement im SGB V verankert. Aus freiwilligen Initiativen wurden verpflichtende bundesweite Qualitätssicherungssysteme, so auch das Aufsetzen der externen Qualitätssicherung im stationären Bereich.

Die externe vergleichende Qualitätssicherung wurde im letzten Jahrzehnt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und die beauftragten Institute BQS und AQUA schrittweise ausgebaut. Derzeit sind für den stationären Sek-

tor zu 30 Leistungsbereichen insgesamt 464 Qualitätsindikatoren in Anwendung. 1.658 Krankenhäuser haben 2012 an der Qualitätsdokumentation teilgenommen, die rund 4 Mio. Krankenhaufälle erfasst. Für den Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gibt es relevante Vorarbeiten zu nun 11 Leistungsbereichen, allerdings bislang ohne praktische Umsetzung in QS-Verfahren.

Das Bemühen um Qualitätstransparenz ist dabei aber nicht bei dem gesetzlich basierten Verfahren stehen geblieben, das mit dem aktuellen Gesetzgebungsvorhaben einen weiteren Schub bekommen soll. Leistungserbringer und Krankenkassen haben sich eigeninitiativ auf den Weg gemacht, Unterschiede bei der Qualität der Leistungserbringung und der Leistungserbringer transparent zu machen, auch Organisationen der Wahrnehmung von Patienteninteressen, wie die Bertelsmann Stiftung, beteiligen sich an der Darstellung von Qualitätstransparenz:

- Auf Seiten der Leistungserbringer sind breite Initiativen entstanden. So setzt beispielsweise die Initiative Qualitätsmedizin (IQM), ein Zusammenschluss von mehr als 250 Kliniken, auf vergleichende Qualitätsmessung von Krankenhäusern, die Unterschiede in der Ergebnis- und Prozessqualität fokussiert. Ergebnisse werden nicht nur für das klinikinterne Qualitätsmanagement genutzt, sondern auch im Internet transparent gemacht. Auch andere Initiativen, wie 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH, ein Zusammenschluss von fast 200 Kliniken, veröffentlichen vergleichende Qualitätsbewertungen der Mitgliedshäuser.
- Dass vergleichende Qualitätstransparenz zur Ergebnisqualität von Behandlungen schon heute möglich ist, zeigt das von AOK und Krankenhäusern initiierte Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR). Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) stellt unter Beteiligung von Experten aus Krankenhäusern, ambulanter Versorgung, Fachgesellschaften und der Statistik Qualitätsindikatoren und -ergebnisse bereit, die derzeit als einziges Verfahren in Deutschland über die kurze Zeitspanne des Krankenhausaufenthaltes hinausgehen und den weiteren Therapieverlauf nach der Krankenhaus-Entlassung einbeziehen. Die Wissenschaft bescheinigt dem Verfahren Vorbildcharakter. Krankenhäuser, wie z. B. die Mitglieder der IQM-Gruppe nutzen die Ergebnisse im klinikinternen Qualitätsmanagement. Alle Bürger können sich im Internet über Krankenhausunterschiede bei der Ergebnisqualität zu den bewerteten Leistungsbereichen informieren.
- Auch die Sicht der Patienten wird in den Blick genommen. Die Versichertenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ) mit rund einer Million befragter Krankenhauspatienten als gemeinsame Initiative von AOK, BARMER GEK, hkk und der Weissen Liste, dem gemeinsamen Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen, ist die europaweit größte Patientenbefragung. Avisiert werden die Patientenwahrnehmung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung wie auch der Service.

- Die Bertelsmann Stiftung veröffentlicht in der Weissen Liste Informationen zu Qualitätsunterschieden zwischen Krankenhäusern auf Basis verschiedener Quellen und führt u. a. die Ergebnisse der gesetzlichen externen stationären Qualitätssicherung, QSR-Ergebnisse sowie Erkenntnisse der PEQ-Befragung zusammen.
- Initiativen von Leistungserbringern und Krankenkassen, wie die Gründung des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD), stehen beispielhaft dafür, wie mit einem Produktregister, hier mit der Messung von Standzeiten von Endoprothesen, in längerfristiger Perspektive ein Beitrag zur Verbesserung der Qualität der Versorgung und der Patientensicherheit erfolgen kann.
- Die Deutsche Krebsgesellschaft kann inzwischen zeigen, dass die Ergebnisqualität in den von ihr zertifizierten Zentren besser ist als in nicht zertifizierten Krankenhäusern, die Patienten mit den gleichen Krankheiten behandeln. Auch die Umsetzung von Leitlinien gelingt in den zertifizierten Zentren schneller.

Diese Ausführungen zeigen beispielhaft, dass das neue Institut auf einer breiten Grundlage qualifizierter Vorarbeiten aufsetzen kann. Insbesondere sind diverse Innovationen der Qualitätsmessung und der vergleichenden transparenten Darstellung für Versicherte und Patienten neben der gesetzlich geregelten externen Qualitätssicherung entstanden.

Nutzung von Fortschritten bei der Qualitätstransparenz eine Frage des Gesamtprozesses

Betrachtet man die Umsetzung der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, ist diese keineswegs immer zügig vorangekommen. Im Jahr 2007 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu entwickeln. Der Auftrag zur Umsetzung erging 2009 an das AQUA-Institut. Instrumente zur Messung von Versorgungsqualität und zur allgemeinverständlichen Darstellung der Ergebnisse sollten datensparsam entwickelt werden.

Von den 11 Themen, mit deren Bearbeitung das AQUA-Institut seit 2009 beauftragt wurde, ist bis heute noch kein einziges im Routinebetrieb. Wiederholt blieben entwickelte Indikatoren, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorgelegt wurden, bei der Überprüfung von Veröffentlichungspflicht und –fähigkeit stecken. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung ist deshalb bisher ein theoretisches Konzept geblieben.

Auch wenn Überprüfungsdiskussionen im G-BA-Prozess im Einzelfall gut begründet sein mögen, sollte ein organisatorischer Aspekt nicht aus dem Blick geraten. Über Fragen der Eignung von Qualitätsindikatoren und der Veröffentlichungsfähigkeit entscheiden im G-BA am Ende unmittelbar in ihren sektoralen Interessen tangierte Leistungserbringer. Hierin liegt ein grundsätzlicher Unterschied zu Arzneimittelthemen, die vom IQWiG aufbereitet in den G-BA-Prozess eingespeist werden. Weil sich diesbezüglich die Situation für das neu zu gründende Institut nicht erkennbar ändern wird, drohen Entschei-

dungen auch künftig aufgrund von Interessenswidersprüchen im G-BA verzögert oder ganz blockiert werden zu können. So ist es kein Zufall, dass im gleichen Zeitraum mit Hilfe des QSR-Verfahrens wesentlich größere Schritte im Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gegangen werden konnten und diese Ergebnisse nun Krankenhäusern, Versicherten und Patienten zur Verfügung stehen.

Ein jüngstes Beispiel für schleppende Entscheidungsprozesse im G-BA ist die wiederholt verschobene Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen zur Versorgung sehr kleiner Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm. Dieser Prozess zieht sich nun schon mehrere Jahre hin, obwohl aus einschlägigen Studien bekannt ist, dass mit mangelnder Zentralisierung deutlich erhöhte Mortalitätsrisiken einhergehen. Aktuell gibt es ein freiwilliges Portal, an dem sich lediglich 90 von 260 relevanten Krankenhäusern beteiligen. Die verpflichtende Veröffentlichung wurde auf Juli 2015 verschoben, und auch dieser Termin scheint derzeit keineswegs sicher.

Es muss das Ziel der Politik sein, dass die Ergebnisse der Arbeit des zu gründenden Institutes in ausreichendem Umfang und ausreichend schnell für die Stärkung der Qualitätstransparenz für Patienten und das klinikinterne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Die Politik sollte daher nicht nur auf die Arbeit des Institutes schauen, sondern den gesamten Prozess der Nutzung von Ergebnissen des Institutes aufmerksam beobachten. Gegebenenfalls könnte es sich auch als sinnvoll erweisen, den Entscheidungsprozess mit möglichen Ersatzvornahmen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu belegen.

Schrittmacherfunktion einer breit aufgestellten Qualitätsberichterstattung

Viele Innovationen in der Entwicklung von vergleichenden Qualitätsbewertungen und auch zu ihrer transparenten Darstellung haben gerade neben der gesetzlich geregelten externen Qualitätssicherung stattgefunden. Sie sind eigeninitiativ vorangetrieben worden durch Leistungserbringer, medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften, Krankenkassen und Organisationen der Wahrnehmung von Patienteninteressen (siehe u. a. QSR, PEQ, IQM, 4QD-Qualitätskliniken, Weisse Liste Bertelsmann).

Dabei wurde vor allem in Sachen Qualitätstransparenz für Patienten und Kliniken die gesetzliche externe Qualitätssicherung deutlich überholt (siehe oben). Jüngst kam eine Studie der Boston Consulting Group zu dem Ergebnis, dass die Weisse Liste und der AOK-Krankenhausnavigator mit den QSR-Informationen bezüglich Qualitätstransparenz für Patienten das Beste sind, was es zurzeit gibt.

Mit Sicherheit kann man davon ausgehen, dass die vielfältigen Aktivitäten im Umfeld der gesetzlichen externen Qualitätssicherung, wie auch die hier gewonnenen Erkenntnisse zu Qualitätsunterschieden, mit zu der gegenwärtigen politischen Qualitätsoffensive beigetragen haben.

Die Aktivitäten einer breit aufgestellten Qualitätsberichterstattung müssen auch zukünftig eine Schrittmacherfunktion für die gesetzliche externe Qualitätssicherung haben. Es ist nicht zu erwarten, dass der G-BA-Prozess mit seinen absehbaren Interessenkonflikten, erst recht im Hinblick auf die sektorenübergreifende Qualitätssicherung, aus sich heraus umfassende Innovationen mit ausreichender Geschwindigkeit produzieren wird.

Gewarnt werden muss vor Vorstellungen einer potenziellen Überregulierung, nach denen die Qualitätsaktivitäten möglichst exklusiv an das neue Institut und den G-BA gebunden werden sollen. Solche Überlegungen, wie etwa Vorstellungen zur Konzentration von Veröffentlichungsrechten (z. B. strukturierte Qualitätsberichte) auf das Institut, zur Unterbindung von Qualitätsanalysen und –veröffentlichungen durch Dritte (z. B. QSR-Ergebnisse), zur Bindung von Patientenbefragungen an die Leistungserbringer etc., werden vorgetragen. Die Gefahren einer zu engen und ausschließlichen Bindung der Entwicklung und Herstellung von Qualitätstransparenz an das neue Institut und den G-BA-Prozess sollten vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen offensichtlich sein.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass das vermeintliche Argument eines möglichen Wildwuchses von Qualitätsinformationen nicht trägt. Auch zum Beispiel die Stiftung Warentest hat kein Entwicklungs- und Informationsmonopol. Wenn relevante Qualitätsinformationen nach dem G-BA-Prozess durch das Institut veröffentlicht werden, kann der „amtlich“ bindende Charakter für das Informationsverhalten der Marktakteure leicht sichergestellt werden. Eine Gefährdung bestehender Informationsmöglichkeiten zu Qualitätsunterschieden neben der gesetzlichen externen QS, z. B. auf Basis von QSR, wäre hingegen ein erheblicher Informationsverlust für die Krankenhäuser und vor allem auch die Patienten.

Fazit

Das klare Bekenntnis der Politik zur Schrittmacherfunktion einer breit aufgestellten Qualitätsberichterstattung durch Leistungserbringer, Krankenkassen und Organisationen der Wahrnehmung von Patienteninteressen sollte stehen. Diese darf nicht den Interessen einzelner Marktakteure zum Opfer fallen, die z. B. die bestehenden Informationsrechte der Krankenkassen und der Versicherten vor dem Hintergrund der aktuellen Gesetzesplanung in Frage stellen wollen.

Die Politik sollten den gesamten Qualitätsprozess hinsichtlich Umfang und Geschwindigkeit von Fortschritten bei der Herstellung von Qualitätstransparenz auf Basis der Arbeit des neuen Instituts sorgfältig beobachten. Gegebenenfalls könnte es sich vor dem Hintergrund der bestehenden Interessenkonflikte als hilfreich erweisen, Ersatzvornahmen des BMG vorzusehen. Ohne eine solche Handlungsoption wäre die Einführung der somatischen DRGs zweifelsohne gescheitert.