

Qualitätsdebatte in der Medizin: Raus aus den Schützengräben

Oftmals verhindern etablierte Anreiz- und Finanzierungssysteme, dass die Qualität der Patientenversorgung nachhaltig verbessert wird. Eine bessere Versorgung kann nur erreicht werden, wenn die Qualitätsdiskussion unabhängig von Kostenfragen geführt wird, lautete der Tenor einer Diskussionsrunde auf dem Gesundheitskongress des Westens in Köln.

von Jürgen Brenn und Jocelyne Fischer

In einem Punkt waren sich der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), Professor Dr. Herbert Rebscher, und der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, auf dem Gesundheitskongress des Westens in Köln beim Thema Qualität im Gesundheitswesen einig: „Qualität muss nicht teuer sein.“ Gleichzeitig warnen beide davor, Qualität als Vehikel zu benutzen, um Ausgaben zu senken. „Man kann das Thema auch totsparen“, warnte der Chef der Krankenkasse. Er habe den Eindruck, dass das Thema Qualität oftmals herangezogen werde, um dahinter etwas anderes wie Kostenreduktion, Produktivitätsdruck oder Effizienzsteigerung zu verstecken. Deshalb stelle sich für ihn zuallererst die Frage: „Was verstehen wir eigentlich unter Qualität?“

Der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Matthias Blum, sieht den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Pflicht. Dieser müsse prüfen, was in einem System, wie es momentan bestehe, überhaupt machbar sei: „Es sollte nicht passieren, dass man gut gemeinte Beschlüsse fasst, die dann von nicht vorhandenen Mitarbeitern und ohne finanzielle Mittel umgesetzt werden sollen.“

Neues Vertrauen schaffen für eine unvoreingenommene Diskussion

Kostenträger und die verfasste Ärzteschaft müssten sich Gedanken darüber



Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes, plädiert für eine unvoreingenommene Qualitätsdebatte auf der Basis einer neuen Vertrauenskultur zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Foto: bre

machen, was ihre gemeinsame Vorstellung von Qualität sei, sagte Reinhardt. Er habe den Eindruck, dass die Diskutanten bei dem Thema in ihren Gräben säßen und darauf warteten, wie sich die andere Seite verhalte, um entsprechend darauf zu reagieren. Diese „Grabendiskussion“ sei nicht zielführend im Sinne der Versorgungs- und Prozessqualität zum Wohle der Patienten.

Mehr Qualität durch weniger Fälle

Manchmal, so merkte der Ärztevertreter selbstkritisch an, könne Qualität auch bedeuten, weniger Fälle zu produzieren, was allerdings sofort dazu führe, dass die Ärzte sich in der Diskussion sähen, das eingesparte Geld würde ihnen nicht mehr zustehen. Ein Schritt hin zu einer offeneren Diskussion wäre aus Reinhardts Sicht, wenn die Akteure sich darauf verständigen könnten, das vorhandene Geld im System zu belassen, die Kosten- von der Qualitätsdebatte zu lösen und damit den Druck aus der Diskussion zu nehmen. So könnten unvoreingenommen Fragen der Versorgungs- und Prozessqualität diskutiert werden, die für die Patienten auf lange Sicht von Nutzen wären.

Der Ärztliche Direktor und Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums

Essen, Professor Dr. Eckhard Nagel, unterstrich diese Forderung: Finanzielle Anreize könnten die Qualität auch schädigen, anstatt sie zu verbessern. Daher müsse die Frage nach der Qualität zunächst unabhängig von der Frage nach der Finanzierung gestellt werden. Nur so könnten qualitätsbezogene Entscheidungen zum Wohle des Patienten getroffen werden, so Nagel.

„Um vernünftige, langfristige Qualitätsziele zu definieren, müssen wir weg vom gegenseitigen Misstrauen und eine neue Vertrauenskultur schaffen“, sagte Reinhardt. Auch die Ärzteschaft müsse in diesem Punkt ihre Haltung ändern, damit sich hier etwas im Sinne der Ergebnisqualität für die Patienten bewege, forderte Reinhardt. Ihm sei bewusst, dass dies schwierig sei. Dies sei bei den derzeit herrschenden, auch ökonomischen Anreizen im Gesundheitssystem weder für die Leistungserbringer noch für die Kostenträger einfach.

Die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) hätten das nächste Quartal vor Augen und nicht, was den Patienten auf langfristige Sicht nutzt, sagte Rebscher selbstkritisch. Auch die Gesundheitspolitik habe über die Einführung der Zusatzbeiträge und den damit geschaffenen Konkurrenzdruck unter den Kassen kein Klima erzeugt, um über effektive mittel- und langfristige Qualitätsverbesserungen nachzudenken und mit den Leistungserbringern jenseits von Kostendebatten ins Gespräch zu kommen.

Das System setzt auf falsche Anreize

Produktivitätsdruck wie in der Autoindustrie könne im Gesundheitswesen angesichts der Individualität eines jeden Behandlungsfalles nicht greifen, betonte Reinhardt. „Vergütungsmodelle sollen Anreize schaffen, aber diese müssen kritisch hinterfragt werden“, so Rebscher. Man könne es den Akteuren nicht vorwerfen, dass sie sich nach ökonomischen Gesichtspunkten verhalten, da zum Beispiel an Krankenhäusern mit den Fallpauschalen entsprechende Marktmechanismen eingeführt wurden. Große private Klinik-

ketten beteiligten sich beispielsweise nicht an der Preisfindung von medizinischen Heil- und Hilfsmitteln, damit ihre günstigeren Einkaufspreise nicht in die allgemeine Kalkulation einfließen und darüber die Fallpauschalen gedrückt werden, berichtete der DAK-Vorsitzende. Von diesem Verhalten würden letztlich alle Krankenhäuser profitieren.

Ein weiteres Beispiel seien die verwendeten Prothesen etwa in der Knie- oder Hüftprothetik. Wenn Prothesen eingesetzt werden, die zwar günstig sind, aber lediglich acht Jahre halten, bevor eine Revisionsoperation nötig wird, die wiederum eine Einnahme für das Krankenhaus bedeute, sei dies ein Verhalten, das durch die falsch gesetzten Anreize über das Vergütungssystem erzeugt würde und kurzfristig auch für die Krankenkasse von Vorteil sei, sagte Rebscher. Aber auf lange Sicht nutze dies weder dem Patienten noch dem Kostenträger. „Ich kann auf solch ein Verhalten nicht böse sein, da es sich aus den falschen Anreizen ergibt“, sagte Rebscher.

P4P funktioniert nur mit Abstrichen

Eine andere Position vertrat auf dem Kölner Kongress der Geschäftsführer des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA), Professor Dr. Joachim Szecsenyi. Seiner Meinung nach müsse man die Idee des „pay for performance“ (P4P) ernst nehmen und finanzielle Anreize an die Qualität der Versorgung knüpfen. Er räumte aber auch ein, dass strukturelle und prozessuale Voraussetzungen und Ressourcen medizinische Ergebnisse zwar beeinflussten, in der Medizin jedoch immer eine gewisse Variabilität in Kauf genommen werden müsse.

Dass diese Mechanismen allerdings besonders bei Maximalversorgern wie den Universitätsklinika nicht greifen, da die Finanzierung auf mehreren Säulen ruhe, zeigte auf dem Kölner Kongress das Beispiel der Uni Bonn. Damian Grüttner, kommissarischer Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Bonn, berichtete, die Uniklinik verzeichne wie viele Uniklinika aufgrund der allgemeinen Kostensteigerung und unzureichender Investitionszuschüsse negative Jahresergebnisse. Er führte dies auf ein Missverhältnis zwischen dem angebotenen Leistungsspektrum und deren Vergütung zurück. Das Uniklinikum Bonn habe daher



Professor Dr. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK, kann bei den bestehenden finanziellen Anreizen im System verstehen, dass Leistungserbringer und Kostenträger ihr Verhalten zum Teil an kurzfristigen ökonomischen Gesichtspunkten ausrichten. Foto: bre

seine Unternehmensstrategie überarbeitet und wolle zukünftig seine Forschungsleistungen steigern und Forschungsergebnisse in der Versorgung einbringen.

Gleichzeitig habe sich die Klinik zum Ziel gesetzt, die Qualität der Lehre zu steigern und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern, so Grüttner. Die Strategie zeige bereits erste Erfolge: Für das laufende Jahr erwarte er bereits bessere wirtschaftliche Ergebnisse als in den vergangenen Jahren.

Qualifikation und Qualität stehen in enger Korrelation

Der Ärztliche Direktor der Uniklinik Essen Nagel lenkte den Blick auf den Zusammenhang zwischen Ergebnisqualität und Qualifikation des Personals in den Kliniken. Es sei schwierig, die Erwartungen an die Qualität der Medizin ohne entsprechend qualifiziertes junges Personal umzusetzen. Er beobachte ein massives Qualifizierungsdefizit in der Medizin. Eine gute Medizin sei jedoch von der Erfahrung und dem Wissen derer abhängig, die sie leisteten.

Auch für Szecsenyi hängt die Qualität der Versorgung mit der Qualifizierung des Personals zusammen. Hier würden Ressourcen verschwendet, so der AQUA-Leiter. Er zitierte eine Studie, nach der allein zehn Prozent mehr akademisierte Krankenschwestern in den Krankenhäusern die Wahrscheinlichkeit der Patienten, bei einem Krankenhausaufenthalt zu versterben, um sieben Prozent senken könnte.

Allerdings sei mehr und besser qualifiziertes Personal nicht das Allheilmittel. Der Blick müsse darauf gelenkt werden, was Versorgungs- und Prozessqualität tatsächlich verbessere. Dazu gehört nach Meinung des Hartmannbund-Vorsitzenden Reinhardt auch, sich weg vom Konkurrenzdenken, etwa zwischen einzelnen Krankenhäusern vor Ort, hin zu einem kooperativen Verhalten zu bewegen. „Nicht alle Krankenhäuser müssen alles machen“, so Reinhardt.

Feedback der Patienten nutzen

GKV-Vertreter Rebscher warnte davor, im Namen der Qualitätssicherung die Messinstrumente zu kleinteilig anzuwenden. Dadurch würde lediglich die Dokumentation in den Krankenhäusern weiter zunehmen. Auch könnten dadurch wiederum falsche Anreize geschaffen werden. Als Beispiel nannte er eine klinikinterne Erhebung, wieviel Liter Händedesinfektionslösung verbraucht wird als Indikator dafür, wie gut die Händehygiene im Haus umgesetzt wird. Eine Steigerung des Verbrauchs könne auch dadurch erzeugt werden, dass die Lösung in den Abguss geschüttet werde, nur um ein gutes Ergebnis zu erreichen, warnte Rebscher. Er plädierte dafür, Messungen in puncto Qualität nur dort durchzuführen, wo tatsächlich patientenrelevante Ergebnisse ermittelt werden können.

Auch wenn bei der Qualitätsdiskussion vor allem Leistungserbringer, Kostenträger und die Politik gefragt sind, sollte in der ganzen Debatte die Perspektive der Patientinnen und Patienten nicht außer Acht gelassen werden. Darin waren sich der GKV- und der Ärztevertreter einig. Wenn Patienten dazu befähigt werden, sich in ihre Behandlung mit einzubringen, wirke sich dies positiv auf die Compliance und auf die Ergebnisqualität aus, sagte Reinhardt. Auch könne die Patientenperspektive als Feedback dazu beitragen, dass die Qualität der Patientenversorgung in den Kliniken und Praxen konstant hoch bleibt. Rebscher hält Patientenbefragungen für ein erfolgversprechendes und bereits angewandtes Instrument in Bezug auf Behandlungsqualität und -settings in Versorgungsmodellen. Das schaffe gleichzeitig ein wissenschaftlich fundiertes Gegengewicht zu Portalen im Internet, in denen Kritik unspezifisch geäußert werde.