

Web-Bericht

BPtK-Workshop: Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Transparenz des Leistungsgeschehens verbessern

Berlin, 6. September 2010: Der Gesetzgeber schuf im Jahr 2007 mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) die rechtlichen Grundlagen, um die Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sektoren- und einrichtungsübergreifend weiterzuentwickeln. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss hierfür am 19. April 2010 nach einem mehr als zweijährigen Beratungsprozess die notwendige Richtlinie¹. In die Beratungen der Richtlinie war zuletzt auch die BPtK einbezogen worden. Inzwischen hat das AQUA-Institut mit der Veröffentlichung seines Methodenpapiers am 30. Juni 2010 in der ersten gültigen Fassung (Version 2.0) eine zentrale methodische Grundlage geschaffen. Um den Austausch zwischen den Akteuren zu fördern und die deutsche Psychotherapeutenchaft zu diesem Thema zu informieren, veranstaltete die BPtK am 28. Juni 2010 einen Workshop zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung.

Im Eingangsreferat umriss G-BA-Vorsitzender Dr. Rainer Hess die gesetzlichen Grundlagen der Qualitätssicherung (QS) für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser. Die Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität müssten nach § 137 und § 137a SGB V einrichtungsübergreifend und möglichst sektorenübergreifend angelegt sein. Dabei seien die vom AQUA-Institut zu entwickelnden Indikatoren, Instrumente und Dokumentationsanforderungen zu beachten. Künftig gehe es um die sektorenübergreifende Bewertung von Behandlungsabläufen und -ergebnissen. Hierfür sei eine länderübergreifende Zusammenführung pseudonymisierter Daten, eine sektorenübergreifende Datenauswertung und Einsetzung von QS-Maßnahmen erforderlich. Dabei müssten vom G-BA künftig noch stärker Schwerpunkte gesetzt und QS-Themen nach einem strukturierten Verfahren priorisiert werden.

Die Richtlinie stelle einen Kompromiss dar, der nach langen und kontroversen Beratungen über mehr als zwei Jahre und zahlreiche Plenums- und Unterausschusssitzungen des G-BA erzielt werden konnte. Sie müsse noch durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden. Entscheidend dafür sei, ob das beschlossene Verfahren der datenschutzrechtlichen Prüfung standhalte. Hess erwartete, dass im G-BA an diesem Kompromiss nicht mehr gerüttelt werde und zukunftsorientiert weitergearbeitet werden könne. Man habe sich darauf geeinigt, dass die bestehenden Landesstrukturen im Bereich der Qualitätssicherung weitgehend beibehalten, aber sektorenübergreifend unter dem Dach der neuen Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) zusammengeführt werden. Länderbezogene Verfahren würden zum Regelfall und auch von den LAG durchgeführt. Bundesbezogene Verfahren gäbe es lediglich bei seltenen Erkrankungen, welche dann vollständig vom AQUA-Institut durchgeführt werden sollen.

¹ Die Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung wird derzeit noch vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) gemäß § 94 SGB V geprüft und ist noch nicht in Kraft getreten. Ein zentraler Punkt der Prüfung des BMG betrifft die datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Die Datenpanels, die die pseudonymisierten leistungserbringer- und patientenbezogenen Daten beinhalten, sollen allerdings grundsätzlich bundesbezogen geschaffen werden und auch selektivvertragliche Versorgungsbereiche und privat Versicherte einbeziehen. Diese Datenpanels würden auch für landesbezogene Auswertungen genutzt und seien dort die Informationsgrundlage für die Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen durch die LAG unter Beteiligung der Fachkommissionen. Hess betonte, dass dabei die Förderung der Qualität u. a. mit den Instrumenten des Strukturierten Dialogs und der Zielvereinbarungen im Vordergrund stände. In Konfliktfällen könne aber auch auf Sanktionen zurückgegriffen werden.

Eine wesentliche Aufgabe der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung werde es sein, die Transparenz des Leistungsgeschehens zu verbessern. Hierfür soll eine sektorenübergreifend nutzbare Informationsplattform geschaffen werden, mit der die Ergebnisse der Qualitätssicherung dargestellt werden. Die Aussagekraft der Ergebnisse werde dabei nicht zuletzt auch von einer angemessenen Risikoadjustierung der Daten zur Ergebnisqualität abhängen, damit Fehlanreize im Sinne einer Risikoselektion vermieden und ein konstruktiver Qualitätsverbesserungsprozess angestoßen werden könne.

Karen Pottkämper, Leiterin der Abteilung Politik und Strategie des AQUA-Instituts, stellte die Aufgaben von AQUA als neues Qualitätsinstitut nach § 137a SGB V dar. Bei der Entwicklung der themenbezogenen Qualitätsindikatoren und Instrumente werde zunächst ein Scoping-Workshop vorgeschaltet, bei dem die Fachöffentlichkeit ihre Anregungen und Positionierungen schon zu Beginn des Entwicklungsprozesses einbringen könne. Dafür hatte auch die BPTK in ihrer Stellungnahmen zum AQUA-Methodenpapier plädiert. Dem Scoping-Workshop schließen sich eine systematische Literaturrecherche und die Erstellung eines Qualitätsindikatorenregisters an. Die Bewertung der Qualitätsindikatoren, die Entwicklung der Dokumentation und die Auswahl der Patientenfragebögen erfolgen mittels der RAND/UCLA-Methode. Der Arbeit des AQUA-Instituts liege dabei ein umfassendes Qualitätsmodell zugrunde, welches dem OECD Health Quality Indicators Project entlehnt sei. Dieses betrachte zum einen verschiedene Dimensionen der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems einschließlich der Qualität, des Zugangs und der Kosten und zum anderen den Versorgungsbedarf in den Bereichen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation.

Neben der Entwicklung der Qualitätsindikatoren zählten die Datenspezifikation, -validierung und -auswertung sowie die Beforschung und Evaluation der Instrumente zu den zentralen Aufgaben des AQUA-Instituts. Aus ihrer Perspektive sei das Neue an der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung insbesondere die Betrachtung des Behandlungsverlaufs und damit die Datenauswertung von verschiedenen Behandlungsphasen im Gegensatz zur bisherigen Fokussierung auf die Behandlungsergebnisse von Einrichtungen. Damit werde die Qualitätssicherung stärker auf die Patientenbedürfnisse ausgerichtet. Wegen der fehlenden Eineindeutigkeit, welche Behandlungsergebnisse welchen Leistungserbringern zuzuschreiben sind, komme der gemeinsamen Diskussion der Ergebnisse zwischen den verschiedenen Leistungssektoren eine besondere Bedeutung zu. Hier gehe es darum, eine sektorenübergreifende Kommunikationskultur zu entwickeln, welche die Bewertung und Förderung der Versorgungsqualität als gemeinsame Aufgabe ermögliche.

Zu den wichtigen Herausforderungen des AQUA-Instituts zählte dabei, aussagekräftige und beständige Indikatoren zu entwickeln, die die unterschiedlichen Dokumentationen des ambulanten und stationären Bereichs vergleichbar machten und in einem günstigen Aufwand-Nutzen-Verhältnis möglichst über Routinedaten erhoben werden könnten. Ziel

des Instituts sei es, hierbei Impulse zur Weiterentwicklung einer Qualitätskultur und Qualitätsverbesserung im deutschen Gesundheitswesen zu setzen.

Prof. Dr. Ina Kopp, Leiterin des AWMF-Instituts für medizinisches Wissensmanagement an der Universität Marburg, erläuterte die Rolle von Qualitätsindikatoren bei der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien (AWMF = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.). Eines der zentralen Ziele von Leitlinien sei die Optimierung der Versorgungsqualität. Um dieses zu erreichen, sei eine Messung von Qualitätsindikatoren, z. B. über ein Routinemonitoring, erforderlich, um Abweichungen von Zielvorgaben oder Mindeststandards erfassen und Probleme in der Versorgung erkennen zu können. Dies könne in einen klassischen PDCA-Zyklus („Plan-Do-Check-Act“-Zyklus) zur Qualitätsverbesserung führen. Instrumente für die Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien, wie das DELBI, würden deshalb auch das Kriterium beinhalten, ob eine Leitlinie wesentliche Messgrößen für das Monitoring und/oder die Überprüfungskriterien benenne.

Eine leitlinienbasierte Entwicklung von Qualitätsindikatoren stellte Kopp am Beispiel der Depressionsversorgung in den USA Ende der 1990er Jahre dar. Dabei zeigt sich, dass sich sowohl die Initialtherapie (Psychotherapie/Pharmakotherapie) als auch das Monitoring der Patienten nach Behandlungsende verbessern ließ. Erhebliche Optimierungspotenziale zeigten sich auch bei der Suiziddiagnostik durch Hausärzte und bei der Behandlung älterer Patienten.

Kopp betonte die Bedeutung der systematischen Identifikation geeigneter Qualitätsindikatoren aus Leitlinienempfehlungen. Dabei seien Empfehlungen vorzuziehen, die eine qualitativ hochwertige Evidenz (LoE 1) und einen hohen Empfehlungsgrad (EG A) hätten, auf einem starken Konsens (> 95 Prozent) beruhten und einer Messung gut zugänglich seien. Bei der Ableitung von Indikatorvorschlägen bedürfe es der konkreten Formulierung des Indikators mit Definition von Nenner und Zähler, der Suche nach Evidenz für angemessene Referenzbereiche und der Benennung der Akteure und Adressaten (Wer dokumentiert? Wer kann die Ausprägung des QI beeinflussen?). Danach erfolge die vorläufige Bewertung und Konsentierung der Indikatoren, z. B. mittels des QUALIFY-Instruments oder des RAND/UCLA-Verfahrens insbesondere hinsichtlich Validität und Machbarkeit des Qualitätsindikators. Danach sollte das Indikatorenset in einem Pilotprojekt erprobt werden, ehe eine endgültige Bewertung der Indikatoren erfolge. Dabei sei es unerlässlich, das Indikatorenset in existierende Maßnahmen zur Qualitätsförderung einzubinden. Anzustreben sei eine einheitliche, bedarfsgerechte Datenerfassung, die zu einer Harmonisierung von Dokumentationen und Entbürokratisierung führe. Grundsätzlich bewege man sich bei der Erfassung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren immer in dem Spannungsfeld möglichst umfassender Erhebungen der Versorgungsqualität und datensparamen, routinekompatiblen Lösungen. Hierbei sei weniger oft mehr.

Im Anschluss berichtete Dr. Here Klosterhuis von der Deutschen Rentenversicherung Bund über die langjährigen Erfahrungen mit der Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Die Rentenversicherungsträger etablierten seit Mitte der 1990er Jahre kontinuierlich ein umfassendes, einrichtungsübergreifendes Programm zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Detailliert berichtete Klosterhuis über die Methodik und Ergebnisse der routinemäßigen Rehabilitandenbefragung, die auch auf den ambulanten Bereich ausgedehnt wurde. Diese ergaben relevante Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen. Die Erfahrungen zeigten, dass eine Risikoadjustierung der Rückmeldungen erforderlich ist und Unterschiede in den Rücklaufquoten berücksichtigt werden sollten. Das Peer-Review-Verfahren, welches auf die Prozessqualität in den Einrichtungen

abzielt, habe zu deutlichen Verbesserungen in den Einrichtungen geführt. Defizite beständen noch bei der Abstimmung der Reha-Ziele und der Berücksichtigung der subjektiven Wahrnehmung des Rehabilitanden.

Dieses Instrumentarium, so Klosterhuis, werde jetzt sukzessive um qualitätsgesicherte Reha-Therapiestandards ergänzt, bei denen geprüft werde, inwieweit in den Einrichtungen leitliniengerecht bzw. evidenzbasiert behandelt wird. Diese Therapiestandards seien für eine Reihe von Indikationen, u. a. für depressive Störungen, entwickelt worden. Bislang zeigen sich deutliche Abweichungen von den Anforderungen und erhebliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Dabei würden auch sektorenübergreifende Aspekte der Qualitätssicherung berücksichtigt. Schwerpunkte seien vor allem die Übergänge von Akutmedizin zur Rehabilitation und die Kontinuität der rehabilitativen Versorgung, die weiterhin Optimierungspotenziale aufweisen würden.

In den beiden abschließenden Referaten wurden zwei bedeutsame Indikatorensysteme für die ambulante Versorgung vorgestellt. Dr. Franziska Diel (Leiterin des Dezernats „Sektorenübergreifende Qualitätsförderung und -darstellung“ der Kassenärztliche Bundesvereinigung) illustrierte am Beispiel des KBV-Projektes „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (AQUIK), dass Qualitätsindikatoren ein sinnvoller ergänzender Baustein der ambulanten Qualitätsinstrumente seien, der in das umfassende Qualitätsmanagement integriert werden kann und sollte. Sie schafften Transparenz und helfen, Qualitätsziele einer ambulanten Praxis zu konkretisieren, die Zielerreichung zu überprüfen und zu bewerten und ggf. geeignete Qualitätsförderungsmaßnahmen abzuleiten. Sie ließen sich auch gewinnbringend in die Qualitätszirkelarbeit einbringen und könnten diese empirisch unterfüttern. Ferner böten Qualitätsindikatoren die Möglichkeit, dem wachsenden Interesse von Patienten, verlässliche Informationen über die Qualität von Gesundheitsleistungen zu erhalten, über eine öffentliche Darstellung der Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entgegenzukommen. Wichtig sei, dass man einen stufenweisen Einstieg in ein lernendes System wähle. Vor dem Hintergrund des hohen Steuerungspotenzials und möglicher Fehlentwicklungen sollte die Anwendung der Qualitätsindikatoren, z. B. für eine qualitätsorientierte Vergütung, begleitend evaluiert werden.

Dr. Gerhard Schillinger, Leiter der Abteilung Medizinische Grundsatzfragen des AOK-Bundesverbandes, erläuterte, dass das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ (QiSA) zunächst zur Qualitätssicherung unter Budgetverantwortung entwickelt worden sei. Es hätten sich in der Praxis jedoch schnell positive Effekte auf die Qualitätsarbeit in den beteiligten Arztnetzen gezeigt – von der Qualitätszirkelarbeit über Leitlinien bis hin zu Netzaktivitäten zur Arzneimitteltherapie und zur Prävention. Zwischen QiSA und AQUIK gebe es zahlreiche Gemeinsamkeiten hinsichtlich des Entwicklungsprozesses. QiSA zielen allerdings weniger auf mögliche P4P-Anwendungen ab, sondern seien allen Aspekten der Qualitätssicherung gegenüber offen. Zielgruppe von QiSA seien neben den einzelnen Praxen eben auch Versorgungsnetze und Qualitätszirkel. Neben den indikationsbezogenen Modulen, wie zur Depression, beinhalte QiSA auch versorgungsbezogene Module zur Pharmakotherapie oder zur Prävention. Schillinger betonte, dass Qualitätsindikatoren, die speziell für eine externe Qualitätssicherung genutzt werden sollen, immer besonderen Anforderungen genügen müssen, hinsichtlich der Risikoadjustierung, der Fallzahlen bei den Ergebnisparametern, der Zuordnung der gemessenen Qualität auf den Leistungserbringer und der Manipulationsunanfälligkeit. Kämen hier Fehlsteuerungen zustande, gefährde dies die Akzeptanz der Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen und schüre die Gefahr, dass es zu einer Konzentration auf möglichst gute Werte kommt, wie auch immer diese herbeigeführt worden sind. Der eigentliche Gedanke der kontinuierlichen realen Qualitätsverbesserung könne so schnell verloren gehen.

In der anschließenden Diskussion wurde dieser Gedanke wiederholt aufgegriffen. Die sektorenübergreifende Perspektive in der Qualitätssicherung verdeutliche, dass Behandlungsergebnisse in vielen Fällen nicht uneindeutig einem Leistungserbringer bzw. einer Einrichtung zugeschrieben werden könnten. Daher biete dies in besonderer Weise die Chance, nicht den Kontrollaspekt in den Vordergrund der Qualitätssicherung zu rücken, sondern die Qualitätsförderung und gemeinsame Lösungskompetenzen in vernetzten Strukturen stärker zum Tragen zu bringen.

Ihr Ansprechpartner:

Herr Kay Funke-Kaiser
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Telefon: 030 – 2787850
E-Mail: presse@bptk.de