

Workshop IV

Fokus Qualität

Leitung: Dr. Dagmar Hertle

Bezüglich der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland herrscht weitgehend Einigkeit im Hinblick auf folgende Ziele: Möglichst hohe Versorgungsqualität für alle Menschen in unserem Land (Zugang zur Versorgung und Versorgungsgerechtigkeit), die Versorgung soll bezahlbar und möglichst effizient sein sowie auf dem neuesten Stand der Forschung und sie soll sich stets weiter entwickeln (Innovationsfähigkeit). Weitgehende Übereinstimmung besteht auch über das Solidarprinzip, das heißt das Gesundheitssystem soll von allen gemeinschaftlich getragen und finanziert werden und denen zu Gute kommen, die es brauchen. Das angestrebte Resultat wäre im Idealfall ein langes, gesundes, produktives Leben für alle. Soweit so gut – Probleme und Uneinigkeit entstehen, wenn der Weg zu diesem Ziel diskutiert wird.

Im Workshop lag dabei der Fokus auf dem Thema „Qualität“, ein Begriff, der, weil er einerseits positiv besetzt ist, andererseits aber auch sehr vage ist und nichts Konkretes verspricht, von allen gerne bemüht wird. Als Ausgangspunkt war festzuhalten, dass Qualität für jede etwas anderes ist und jeweils immer neu und situationsbezogen definiert werden muss. Wir alle sind demnach aufgerufen, uns an der Diskussion um das, was wir uns – insbesondere auch als Frauen und für uns Frauen – unter Versorgungsqualität vorstellen, zu beteiligen und dieses Feld nicht anderen zu überlassen. Es geht auch hier um „Definitionsmacht“. Wenn wir definiert haben, was Qualität für uns bedeutet, geht es um die immer bestehende Lücke zwischen dem als gut und richtig Erkannten und dem, was wir in der Realität umgesetzt finden. Diese Lücke möglichst klein werden zu lassen, ist Aufgabe von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. Der Begriff CAP-GAP (Capacity-Attitude-Performance) spricht dabei auch die innere Haltung an, die erforderlich ist, um sich selbst kritisch betrachten zu können. Jede von uns mag zunächst davon überzeugt sein, dass sie ihr Bestes gibt und maximalen Einsatz bringt, und dennoch stellt sich oft genug heraus, dass wir

dem, was wir uns zum Ziel gesetzt haben, nicht gerecht geworden sind. Daran produktiv und nicht selbstzerstörerisch zu arbeiten, ist die Herausforderung. Nützlich hierfür ist es, eine Fehlerkultur zu entwickeln, die den möglichst „schuldgefühlfreien“ Umgang mit Fehlern ermöglicht, so dass Fehler frei kommuniziert werden können, um sie zukünftig zu vermeiden. Fehler werden nicht alleine gemacht, sondern innerhalb bestehender Strukturen. Hierarchische Strukturen begünstigen nachgewiesenermaßen Fehler und verhindern infolge von Geheimhaltung aus Scham und Angst vor Sanktionen, dass aus diesen Fehlern Lehren gezogen werden. „Weibliche“ Eigenschaften, wie Empathie, Teamfähigkeit und Kommunikationsskills können, insbesondere ausgehend von der Führungsebene, Fortschritte bewirken. Wir sollten uns aufgefordert fühlen, uns zu fragen, welche Strukturen wir brauchen, um gut und offen kommunizieren und qualitativ hochwertig arbeiten zu können und was wir tun können, um ein entsprechendes Umfeld für uns zu schaffen. Ein wichtiger Punkt ist, dass auch die BeobachterInnen kritischer Situationen aufgefordert sind, ihre Erkenntnisse in die Diskussion einzubringen. In Deutschland gibt es 40.000 Behandlungsfehlervorwürfe und 12.000 anerkannte Behandlungsfehler pro Jahr. Die Dunkelziffer dürfte weit höher sein. Anonyme Fehlermeldesysteme wie das Critical Incident Reporting System (CIRS) können helfen, dass aus Fehlern gelernt wird, ohne Einzelne anzuprangern. Zielvorgabe sollte das sog. Null-Fehler-Prinzip sein, das nicht bedeutet, dass keine Fehler gemacht werden, sondern dass kein Fehler unerkannt und unverbessert bleibt.

Qualität ist, was wir für uns als Qualität definieren, aber – in Analogie zum Intelligenzquotienten – ist Qualität auch, was Qualitätsindikatoren messen. Nach Donabedian werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren unterschieden. Da aber nicht nur Ausstattung und Ausbildung (Struktur), Abläufe (Prozesse) und Outcomes (Ergebnisse) wichtig sind, sondern als Voraussetzung zunächst die Indikation einer Maßnahme stimmen muss (was nützt die perfektste Operation, wenn sie unnötig war?), sind Indikatoren wichtig, die die Indikationsstellung abbilden, vor allem auch, um Überversorgung und Fehlversorgung zu erkennen und zu vermeiden. Immer wieder und zu Recht wird die Frage gestellt, ob Qualitätsindikatoren überhaupt in der Lage sind, die Qualität medizinischer Behandlung adäquat abzubilden. Hier liegt ein großes

Feld der Entwicklung vor uns, da den ökonomischen „Messgrößen“ im Gesundheitswesen bisher keine entsprechenden „gleichwertigen“ „Qualitätsmessgrößen“ gegenüberstehen. Auch die Qualitätsmessung muss sich gefallen lassen, auf ihre Qualität hin überprüft zu werden. Qualitätsindikatoren sollten auf die Erfüllung der Kriterien Relevanz (Bedeutung, Nutzen, Fehlanreize), Wissenschaftlichkeit (Evidenz, Reliabilität, Diskriminierungsfähigkeit, Risikoadjustierung und so weiter) sowie Praktikabilität (Datenverfügbarkeit, Verständlichkeit, Beeinflussbarkeit...) geprüft werden.

In der politischen Diskussion geht es um die Frage der Steuerung im Gesundheitswesen, wobei die Debatte insbesondere durch die steigenden Kosten, aber auch durch nachweislich sehr unterschiedliche Versorgungsqualität und eine nicht unerhebliche Zahl vermeidbarer Komplikationen und Todesfälle genährt wird. Bisherige Vergütungsmodalitäten begünstigten entweder eine Mengenausweitung (Einzelleistungsvergütung) oder möglicherweise eine Unterversorgung (Kopfpauschalen), so dass neue Modelle und andere Steuerungsmöglichkeiten ohne diese „Nebenwirkungen“ gesucht werden. Ausbildungsstandards, Zulassungsbeschränkungen, Mengengrenzungen und Budgets sind den meisten von uns als Steuerungsinstrumente ebenso bekannt, wie die Einflussnahme über Weiterbildungen, Guideline-Implementierung sowie Feedback und Veröffentlichung von Qualitätsdaten (zum Beispiel im Rahmen der DMPs oder die Qualitätssicherung im Krankenhaus nach Paragraph 137 SGB V). Die Vergütung setzt wie oben gesehen ebenfalls Anreize für ein bestimmtes Verhalten („you get what you pay for“) und aufgrund der steigenden Kosten und nachweisbarer Qualitätsdefizite liegt der Gedanke nahe, Qualität und Vergütung miteinander zu verknüpfen und „bessere“ Leistungen besser und schlechte schlechter oder gar nicht (wie im Fall von Wiederaufnahmen im DRG-System) zu honorieren. Dies wird im Rahmen sogenannter Pay for Performance Projekte insbesondere im englischsprachigen Raum bereits versucht. Der National Health Service (NHS) in Großbritannien hat 2004 das Quality and Outcomes Framework (QOF) ins Leben gerufen, ein P4P-Programm, an dem fast alle englischen Hausärzte teilnehmen und in den USA hat jede zweite Health Maintenance Organisation ein P4P-Projekt. Es gibt P4P-Projekte in Australien, Neuseeland, Korea, Taiwan und so weiter.

Pay for Performance wird in den westlichen Industrienationen intensiv diskutiert und die Mehrheit der Akteure im Gesundheitswesen glaubt, dass P4P auch in Deutschland kommen wird. Aktuell wird ein Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit vom BQS-Institut in Düsseldorf erstellt, das den aktuellen Sachstand zu P4P im Gesundheitswesen erheben soll. Das Gutachten wird im Laufe des Jahres 2012 vom BMG veröffentlicht werden und soll auch eine Einschätzung beziehungsweise eine Empfehlung für eine mögliche Umsetzung in Deutschland geben. In der BRD existieren bereits jetzt kleinere P4P-Projekte auf der Basis bestehender und auch zu diesem Zweck neu geschlossener Selektivverträge. Beispiele, die in diese Richtung weisen, sind DMPs mit vergütungsrelevanten Qualitätsindikatoren, IV-Verträge von Krankenkassen zum Thema Schlaganfall oder Endoprothetik oder Hausarztverträge wie die des Gesundheitsnetzes Qualität und Effizienz Nürnberg (und andere). Hier wird es wichtig sein, sich bezüglich neuer Entwicklungen auf dem Laufenden zu halten.

Im Folgenden werden die Dankanstöße aus dem Workshop nochmals zusammengefasst:

An welcher Stelle wollen/können/müssen wir uns einbringen? Wir sollten:

- Die Sicht von Frauen als Akteurinnen im Gesundheitswesen und als Patientinnen einbringen und vertreten.
- Frauenspezifische Qualitätsaspekte definieren, sichtbar machen und durchsetzen und zwar in allen Bereichen, nicht nur den „klassischen Frauenkrankheiten“ – wir leiden genauso häufig an Schlaganfällen, Herzinfarkten und bekommen künstliche Hüftgelenke und so weiter.
- Forschen, was die von uns definierte Qualität fördert und was nicht.
- Beobachten und genau prüfen, was uns als „Qualität“ angeboten und verkauft wird.
- Strukturen definieren und schaffen, die uns selbst eine qualitativ hochwertige Arbeit und eine „schuldgefühlfreie“ Fehlerkultur ermöglichen und dabei „weib-

liche“ Kernkompetenzen nutzen und sichtbar machen (Kommunikationsskills, Caring, Teamorientierung und so weiter).

- Uns eine Meinung bilden: Wie stehen wir zu den herrschenden Vergütungsmodellen? Welche Alternativen wünschen wir uns? Wie können wir die Qualität, die wir leisten, darstellen und vergütet bekommen? Könnten Pay for Performance Modelle für uns interessant sein? Und wenn ja, welche oder welche Aspekte daran?
- Eine von einem konsentierten Wertehintergrund (Solidarisches Gesundheitswesen, langes gesundes und produktives Leben für alle, s.o.) ausgehende Diskussion anregen, die über die Eigeninteressen der jeweiligen „Player“ hinaus geht und das „große Ganze“ im Auge behält.