

# Zauberwort Qualität

Von Qualität im Gesundheitswesen ist derzeit viel die Rede – nicht nur im GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG), das unter anderem noch in diesem Jahr die Gründung eines unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen vorsieht. Diskussionen zur Qualitätssicherung beherrschen derzeit die Gesundheits- und ärztliche Berufspolitik. Doch was verbirgt sich bei differenzierter Betrachtung hinter dem Zauberwort Qualität?

Die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen ist eng mit dem Namen Avedis Donabedian verbunden, der schon 1966 mit einer Veröffentlichung zur Qualitätsbeurteilung von ärztlicher Leistung als Erster den Qualitätsbegriff in die Bereiche Medizin und Pflege wissenschaftlich einführte. Dabei stellte er die notwendige Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als zentrale Qualitätsdimensionen in der gesundheitlichen Versorgung dar.

Frei nach Donabedian

- » beschreibt Strukturqualität die Qualität der Leistungserstellung und umfasst die personellen Voraussetzungen. Das umfasst den Facharztstandard/-status und die technische Ausstattung einer Institution und die räumlichen Gegebenheiten. Die Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung, Fortbildungsveranstaltungen aber auch die Weiterbildung per se sind weitere Indikatoren für eine Strukturqualität;
- » benennt Prozessqualität sämtliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufes, die unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsmerkmale eines Patienten ergriffen werden oder nicht. Bei der Prozessqualität geht es um die Frage „wie“ diagnostiziert und therapiert wird, also um rein medizinische Fragen aber auch um Prozessabläufe, -optimierung und -management.
- » bezieht sich Ergebnisqualität auf das Behandlungsergebnis. Die Beurteilung von Ergebnisqualität hängt in hohem Maße davon ab, ob deren Zielsetzung erreicht wurde. Wichtig dabei ist die Patientenzu-

friedenheit in Bezug auf die Behandlung und das erreichte Ergebnis.

Soweit die Theorie, doch die Praxis erweist sich als weitaus differenzierter. Ist die Definition Strukturqualität noch relativ einfach, da hier definierte Kriterien festgelegt werden können, so ist es bei der Definition von Prozessqualität mit der Einbeziehung von Strategien zur Risikovermeidung schon schwieriger. Letztendlich entscheidend ist jedoch die Ergebnisqualität, die multifaktoriell abhängig ist. Die Orientierung der ärztlichen Vergütung an Qualitätsindikatoren stößt bei der Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte – egal ob in Krankenhaus oder Praxis – auf ein entscheidendes Hindernis: Die für die Messung der Qualität notwendigen Daten sind in den Krankenhäusern und noch viel mehr in den Praxen nicht nur schwer zu bestimmen – sogenannte Qualitätsindikatoren – sondern verursachen einen nicht zu vernachlässigenden bürokratischen Mehraufwand. Eine weitere Herausforderung stellt zudem die Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren dar. Der Einfluss von patientenindividuellen Risiken (Risikofaktoren) und von unterschiedlichen Verteilungen dieser Risiken zwischen den Leistungserbringern (Patientenmix) bei der Berechnung von Qualitätsindikatoren muss unbedingt berücksichtigt werden. Ganz neu ist diese Thematik freilich nicht, haben wir doch in Bayern – mit der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ) – bereits seit Jahren das Verfahren des „strukturierten Dialogs“ etabliert.

Ebenso lohnt es sich, die Intention der Indikatoren-Entwicklung zu betrachten, sollen doch die Indikatoren dazu dienen, die Qualität der ärztlichen Leistungen zu messen und transparent zu machen, vor allem gegenüber den Kostenträgern. Langfristig sollen sie eine qualitätsorientierte Vergütung ermöglichen, die als Pay-for-Performance (P4P) bekannt ist. Meist gibt es, abhängig von der Erreichung definierter Performancescores, entweder einen Zuschlag (Bonus) oder Abschlag (Malus) auf die etablierte Basisvergütung, wie zum Beispiel der Fallpauschale. Die kassenseitigen Aktivitäten zur Implementierung ergebnisorientierter P4P-Projekte fokussieren derzeit auf die Vergütung für Krankenhausleistungen. Damit würde die

Vergütung für stationäre Leistungen dann nicht mehr prospektiv, sondern retrospektiv festgelegt. Der Vergütungsanspruch entstünde erst, nachdem ein definiertes und messbares Behandlungsergebnis eingetreten ist. Blicke es ganz oder teilweise aus, würde das Behandlungsentgelt zumindest gekürzt. Wer ist schon bereit, dieses finanzielle Risiko zu tragen?

Für den ambulanten Bereich wurden im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bereits von der Universität Witten/Herdecke Qualitätsindikatoren für ein solches Projekt entwickelt. Getestet wurden 48 Qualitätsindikatoren, die zehn Fachgruppen zugeordnet sind. Immerhin geht die KBV bei 46 der 48 Indikatoren davon aus, dass sie zum Beispiel für die Arbeit von Hausärzten wichtig sind.

Die Regierung setzt die Qualität der Versorgung auf ihre Agenda, dabei bleiben viele Fragen zur Qualitätssicherung unbeantwortet, vage oder offen: wie setzt sich das Indikatorenset zusammen, welche Risiken werden berücksichtigt, wie kann Risiko-selektion verhindert werden oder die Frage der Patienten-Compliance, die Rolle des Patienten als Mitentscheider der Therapieplanung und Koproduzenten des Behandlungsergebnisses? Und überhaupt: Mit welchen Konsequenzen sollen Qualitätskriterien und -indikatoren eigentlich eingesetzt werden: Beschreibung, Empfehlung, Zulassung, Leistungsausschluss? Auch die rechtliche Relevanz von Qualitätskriterien ist bislang nur wenig spezifiziert. Wir Ärztinnen und Ärzte sollten auf all diese konkreten Fragen präzise Antworten parat haben, um nicht am Ende zum Spielball der Politik zu werden oder bevor die Entzauberung des Qualitätsbegriffs einsetzt.

## Autor



Dr. Max Kaplan,  
Präsident  
der BLÄK