



Ulrich Frei

Die Qualität der Versorgung muss verbessert werden

Berlin, 2021

Beitrag zu: Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg (Denkanstöße aus der Akademie ; 8)

Persistent Identifier: [urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36322](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36322)

Die vorliegende Datei wird Ihnen von der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz zur Verfügung gestellt.



Die Qualität der Versorgung muss verbessert werden

Ulrich Frei

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Die Pandemie des Jahres 2020 hat das Gesundheitswesen der Stadt Berlin, aber auch darüber hinaus erheblich gefordert und zahlreiche Defizite schmerzlich sichtbar gemacht. Fehlentwicklungen wurden evident und lange bestehende Diskussionspunkte erfuhren eine neue Aktualität.

Schwerpunkt der Erörterungen soll die Qualität der Versorgung sein. Seit Längerem besteht eine Unzufriedenheit mit der Art und den Zielen, mit denen das deutsche (internationale) Gesundheitswesen gesteuert wird. Zwar wird mit einigen Instrumenten auch der Gesichtspunkt der Qualität der Versorgung erfasst, im Wesentlichen sind jedoch andere, nicht medizinische Faktoren für die Erbringung der Leistungen führend.

Nähert man sich dem Thema, so muss man zunächst sich die Frage stellen, ob die derzeitige Gesundheitsversorgung quantitativ und qualitativ ausreichend ist und welche erkennbaren Sachverhalte und Einflüsse bestehen, die eine qualitativ optimale Gesundheitsversorgung fördern oder auch behindern. Auf vier wesentliche Bereiche soll eingegangen werden:

- Das deutsche Gesundheitswesen hat auffällige **Strukturmerkmale**, die einen ambivalenten Einfluss auf die Qualität der Versorgung haben. Da ist zum einen die sehr ausgeprägte sektorale Trennung zwischen dem stationären und ambulanten Versorgungsbereich, die bezüglich der Qualität ein erhebliches Schnittstellenproblem verursacht. Zum anderen fällt das deutsche Gesundheitswesen durch eine ungewöhnlich große Zahl an Krankenhäusern auf, denen häufig Spezialisierung und Erfahrung fehlen. Daneben gibt es ein hoch formalisiertes Ringen um Budgets zwischen den Kostenträgern als Verwalter*innen der Beiträge der

Kassenmitglieder mit deren Leistungserbringern mit regelhaften Eingriffen der Politik.

- Einfluss auf die Qualität haben auch **ökonomische Faktoren**, wie die vor ca. 20 Jahren durchgeführte Umstellung der Krankenhausfinanzierung von einer Aufwandsfinanzierung zu einer Fallkosten-basierten Finanzierung (DRG-System). Zwar beseitigte dieses System negative Auswüchse der Aufwandsfinanzierung wie z. B. die im internationalen Vergleich ungewöhnlich langen Verweildauern, jedoch führte es auf der anderen Seite zu einer nicht ausschließlich medizinischen Gesichtspunkten folgenden Diagnosen- und Fallsteuerung, die nun überwiegend erlösorientiert war und Fehlanreize produzierte. Auswirkungen auf die Qualität entstanden durch die Möglichkeit, kostspielige Aufwendungen vor allem für pflegerisches, aber auch ärztliches Personal bei gleichbleibender Vergütung zu reduzieren. Erst mit deutlicher Verzögerung wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen durch den G-BA und das IQTIK eingeführt.
- Obgleich Deutschland ein im internationalen Vergleich gutes Gesundheitswesen hat, gibt es dennoch deutliche **soziale Unterschiede** in Morbidität und Lebenserwartung. Dies wurde gerade in der Pandemie besonders sichtbar, als es sich zeigte, dass Menschen in prekären Lebensverhältnissen eine deutlich höhere Morbidität und Mortalität bei Covid-Erkrankung aufwiesen. Die Versorgungsqualität wird dabei von objektiven Faktoren wie Zugang zu Gesundheitswesen, Versicherungsstatus und Sprachkompetenz, aber auch von subjektiven Faktoren wie Compliance, Suchtverhalten und fehlender Prävention beeinflusst.
- Ein im Gesundheitswesen auch in seinem Einfluss auf die Versorgungsqualität unterschätzter, ja negierter Faktor ist die Kommunikation und Kooperation mit den Patient*innen. Dieser wird im Gesundheitswesen überwiegend als Objekt und ökonomisch nur als Kostenfaktor gesehen. Dass man mit **Patient*innen gemeinsam Entscheidungen (shared decision)** erörtern sollte, die nicht nur auf das objektiv gebotene und medizinisch Machbare reduziert werden sollten, sondern auch den subjektiven Nutzen und die Lebensqualität des Patienten einbeziehen sollten.
- Spricht man von Qualität im Gesundheitswesen, so hat fast jede*r eine anderen Qualitätsbegriff. Überwiegend wird von Patient*innen zunächst

das funktionelle Behandlungsergebnis als Ausdruck der Qualität verstanden, für das Krankenhaus ist es die Vermeidung von Todesfällen, d. h. die Vermeidung einer Inhouse-Mortalität oder auch die Vermeidung zusätzlicher Morbidität durch krankenhausspezifische Komplikationen wie z. B. Infektionen mit Hospitalkeimen.

Es gibt regulatorische Vorgaben überwiegend zur Strukturqualität, aber auch wenige vom IQTIK überwachte Parameter zur Ergebnisqualität, die sich überwiegend auf gesetzliche Vorschriften stützt, wie z. B. die Einhaltung von Mindestmengen. Fast alle gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen sind kurzfristig angelegt. Daneben gibt es eine Reihe von unternehmensbasierten Qualitätssicherungsprojekten (z. B. IQS), die für eine große Zahl von Erkrankungen und Prozeduren, die risikoadjustiert vergleichende Analysen und bei Abweichungen Peer-Review-Prozesse durchführen.

Schon seit einigen Jahren wird von Gesundheitsökonomen und Vertretern des Public Health darauf hingewiesen, dass in den bestehenden Gesundheitssystemen viel zu wenig auf den Gesichtspunkt des Patient*innennutzens hingewiesen wird. Beispielhaft zur Frage, ob eine chirurgische Behandlung von Wirbelsäulenbeschwerden der*dem Patient*in langfristig Nutzen bringt, d. h. Schmerzfreiheit, Arbeitsfähigkeit, Freiheit von Medikamententherapie und Vermeidung von Folgeoperationen. Während das gegenwärtige System vor allem befördert, möglichst viele, möglichst invasive Eingriffe vorzunehmen, soll die Neuorientierung vor allem den mittel- und langfristigen Patient*innennutzen im Focus haben. Zur Verbesserung der Outcome-Qualität wird für eine Konzentration und Spezialisierung plädiert, eine Vorgehensweise, die bei der zersplitterten deutschen Krankenhauslandschaft auf Schwierigkeiten stößt, auch wenn sich gut belegen lässt, dass die Ergebnisqualität bei vielen Prozeduren mit der Häufigkeit der Durchführung durch das Krankenhaus zusammenhängt.

Die Umsetzung der Konzepte wird in verschiedenen Ländern erprobt. Während in einem Fall der Versuch unternommen wird, durch eine konsequente Pfadorientierung im Krankenhaus den Nutzen für die Patient*innen zu steigern, wird in einem anderen Beispiel ganz stringent die Zahl der Krankenhäuser verringert und eine Verbesserung der Volumen-Outcome-Relation angestrebt. Die bisher vorliegenden Ergebnisse sind noch nicht konsistent, weil die Umsetzung auf Schwierigkeiten stößt, auch weil nicht alle Voraussetzungen etabliert sind. So ist mit wenigen Ausnahmen die Einbeziehung der Patient*innen (shared decision) nicht üblich und etabliert. Die notwendige

politische Unterstützung insbesondere durch Investitionen und den Ausgleich eventueller ökonomischer Nachteile ist ein weiterer kritischer Punkt. Ganz wesentlich und auch zäh ist offenbar die medizinische Profession zum Umdenken zu bewegen.

Problem bleibt auch die Schwierigkeit, „Nutzen“ zu messen. Es gibt einerseits gute Beispiele, wie für die Wirbelsäulen Chirurgie oben angeführt, die Messung wird um so schwieriger, je komplexer die Fälle bzw. die Multimorbidität ist. Bei einer Nutzenorientierung, die ökonomische Konsequenzen hat, entsteht auch die Gefahr einer Risikoselektion, die für kritische Patient*innengruppen zu erheblichen Nachteilen bei der Suche nach einer Behandlungsmöglichkeit führen kann. Eine Orientierung am langfristigen Nutzen stößt im gegenwärtigen System an zwei weitere Schwierigkeiten, den Mangel an digitalen Patient*innenakten und die ungeübte Zusammenarbeit über die stationäre/ambulante Sektorengrenze.

Auch das Krankenhaus selbst hat einen erheblichen Neuorientierungsbedarf. Während die heutige Krankenhausorganisation sich sehr strikt an Fach- und Abteilungsgrenzen orientiert mit allen damit verbundenen Brüchen und Konflikten, sollte eine neue nutzen- und qualitätsorientierte Organisation sich mehr an Patient*innenpfaden durch das Krankenhaus orientieren. Dies bedeutet aber, dass man die Arbeit in multiprofessionellen Teams einüben muss, dass die Teamentscheidung wichtiger ist als die hierarchischen Solist*innen. Beispiele dafür gibt es bereits, wenn sie auch unterschiedlich gelebt werden (heart team bei TAVI). Um diesen Kulturwandel zu erreichen, sind neue Inzents, aber auf keinen Fall die heute geübte erlösorientierte Bedarfssteuerung erforderlich. Die häufig fehlenden technischen Voraussetzungen sind wie oben erwähnt ein weiterer Bremsfaktor.

Mit Blick auf eine neue nutzenorientierte Kultur, in die bei Entscheidungsfindungen auch die Patient*innen einbezogen werden und neue interne Organisationsstruktur voraussetzt, stellt sich die Frage, ob das heutige DRG-System aufgegeben werden muss.

Politisch wurde es bereits durch die Ausgliederung der Pflege – für die es gute Gründe gab – beschädigt. Diese war einem öffentlichen Druck geschuldet, da angesichts des Pflegemangels und des systemwidrigen Sparens bei der Pflegeausstattung die Krankenhäuser argumentativ in der Defensive waren. Alsbald ist mit der Forderung nach Ausgliederung des ärztlichen Bereichs zu rechnen, da private Krankenhauskonzerne nun – wie vorher die Pflege – den ärztlichen Dienst als Kostenfaktor reduzieren.

Doch was anstatt des DRG-Systems? Ganz zurück zur Aufwandserstattung? Kaum möglich, es sollte bei der Ausnahme Pflege bleiben. Dazu kommt, dass die

Grundstruktur des DRG-Systems (Diagnosen und Prozeduren) gut ausgearbeitet und auch empirisch abgesichert ist. Eine Neubewertung der ökonomischen Anreize durch deutliche strengere und restriktive Qualitätsvorgaben des G-BA könnte ein Weg sein, verbunden mit Abzügen bei Verletzung der Mindestkriterien bei Personal. Eine Ablösung des DRG-Systems wäre ein sehr langfristiges Projekt.

Hinzu kommen Lektionen der Pandemie. Das Gesundheitssystem verfügt über keine – finanzierte – Reservekapazität, insbesondere im personellen Bereich. Die Pandemie hat klar vor Augen geführt, dass zwar ausreichend Betten und Geräte zur Verfügung waren, dass aber das zum Betrieb notwendige Personal fehlte bzw. nur durch Kannibalisierung der anderen Krankenhausbereiche beschafft werden konnte. Darüber hinaus hat sich jedoch auch gezeigt, dass nicht alle Leistungen der Vergangenheit zwingend notwendig waren. Die Patient*innen hatten auf zahlreiche Leistungen verzichtet bzw. sie in die Zukunft verschoben, zugegeben nicht immer vertretbar, wie man an dem Rückgang auch der Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen feststellen kann.

Zur Verbesserung und Erhaltung einer guten Versorgungsqualität sind in der Zukunft zahlreiche Maßnahmen erforderlich.

- Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen müssen sich vermehrt am nachhaltigen Patient*innennutzen orientieren. Eine reine Erlösorientierung sollte vermeiden werden.
- Die Patient*innen sollten stärker in die Entscheidungsfindung eingebunden werden. Dazu sind auch belastbare Gesundheitsdaten erforderlich.
- Die Krankenhauslandschaft muss in Richtung von Kompetenzzentren umgestaltet werden, die eine ausreichende Volumen-/Outcome-Relation gewährleisten.
- Die interne Krankenhausorganisation muss zum einen stärker Patient*innenpfaden folgen und zum anderen durch multidisziplinäre Teams gestaltet werden. Für diesen Umorganisation müssen wirtschaftliche Anreize entwickelt werden.
- Das DRG-System sollte nicht weiter beschädigt werden, da keine belastbare Alternative zur Verfügung steht. Es kann jedoch mit Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität unterlegt werden.
- Als Lehre aus der Pandemie sollte man nach Wegen für eine finanzierte Kapazitätsreserve für Krisensituationen suchen.