

Anne Henning, Nicole Helmbold, Franziska Diel

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung – Impulse für eine Neuausrichtung

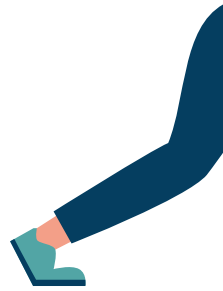
Zum Selbstverständnis aller Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte gehört es, Qualität zu sichern und zu fördern, um eine durchgehend hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Qualitätssicherung (QS) ist gelebter Alltag in den Praxen und tief im professionellen Selbstverständnis verankert. Bestrebungen des Gesetzgebers, hier regulierend einzugreifen, insbesondere auf dem Gebiet der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS), haben sich allerdings verselbständigt. Aus der sinnvollen Idee, die ambulante und stationäre Versorgung vergleichend zu betrachten, die Schnittstellen zwischen den Sektoren zu optimieren und Behandlungsverläufe über die Sektorengrenzen hinweg abzubilden, wurde ein hyperkomplexes System voller bürokratischer Regularien. Der Aufwand für alle Beteiligten in den Gesundheitseinrichtungen ist enorm. Statt mit passgenauen Verfahren fokussiert Qualität zu fördern und Defizite zu beheben, fällt die sQS zunehmend durch überzogene Anforderungen und kleinsteilige Kontrollen auf, ohne dass bislang ein Nutzen für Patientinnen und Patienten geprüft, geschweige denn belegt ist. Hier bedarf es einer Neuausrichtung für die alten, aber auch die neuen QS-Verfahren, wie das geplante QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie. Dieser Artikel soll Impulse für die Diskussion einer solchen Neuausrichtung liefern.

Der Gesetzgeber schreibt seit Mitte der 90er-Jahre eine externe QS medizinischer Leistungen vor. Bis 2007 erfolgten solche Qualitätsbetrachtungen überwiegend sektorspezifisch, also für den ambulanten und stationären Sektor getrennt. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) wurde erstmals die gesetzliche Grundlage für eine verpflichtende sektorenübergreifende Betrachtung geschaffen.

Seit 2010 gibt es eine entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), welche seit dem 1. Januar 2019 den Namen „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)“ trägt. Bislang liegen unter dem Dach der DeQS-Richtlinie drei Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) mit vertragsärztlicher Beteiligung vor:

- Verfahren 1: „Perkutane Koronarinterventionen (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)“
- Verfahren 2: „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“
- Verfahren 3: „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)“

Zwölf weitere QS-Verfahren der DeQS-Richtlinie betreffen derzeit in erster Linie den stationären Sektor. Weitere Verfahren unter Einbeziehung der niedergelassenen Psychotherapeuten- und Ärzteschaft befinden sich aktuell in Entwicklung, hierzu gehören zum Beispiel Verfahren zur ambulanten Psychotherapie, zur Schizophrenie und zum Prostatakarzinom. Mit diesen Entwicklungen hat der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt.





Aus der sinnvollen Idee, die ambulante und stationäre Versorgung vergleichend zu betrachten, die Schnittstellen zwischen den Sektoren zu optimieren und Behandlungsverläufe über die Sektorengrenzen hinweg abzubilden, wurde ein hyperkomplexes System voller bürokratischer Regularien.

Diskussion des Ist-Zustands in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Nach über zehn Jahren ist es Zeit für ein Resümee. Die Bundesärztekammer (BÄK) hat in ihrem Memorandum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht“ (8) die ausufernde Kontrollbürokratie angeprangert, bei der der Fokus nicht auf dem eigentlichen Ziel der Qualitätsverbesserung liegen würde, sondern vor allem auf dem Wunsch nach externer Kontrolle und damit einhergehender Zentralisierung und Sanktionierung. Das von- und miteinander Lernen sei völlig aus den Augen verloren worden. Die ohnehin knappen personellen Ressourcen in medizinischen Einrichtungen würden überwiegend durch bürokratisch-formalistische Aufgaben gebunden, was in der Konsequenz zu einer Gefährdung der Patientensicherheit beitrage. Gemäß des jährlich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) veröffentlichten Bürokratieindex verbrachten Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2020 im Schnitt 61 Arbeitstage rein mit administrativen Tätigkeiten (10). Zu diesen bürokratischen

Aufwänden trägt auch die QS bei. Bereits im Jahr 2012 bemängelte das IGES Institut, dass eine umfassende Aufwand-Nutzen-Analyse der sQS fehle und der Gesamtaufwand der Umsetzung deutlich über den geschätzten Aufwänden zur Bürokratiekostenermittlung des G-BA liege (1). Das IGES Institut stellte fest, dass zur QS-Dokumentation durchschnittlich über 20 Minuten je Patient für die Datenerhebung und -übermittlung benötigt werden. Seither hat sich die Anzahl und die Komplexität der Verfahren weiter erhöht. Doppeldokumentationen verschärfen die Problematik zusätzlich, da viele der Daten aufgrund berufsrechtlicher Anforderungen und anderer normativer Vorgaben bereits an anderer Stelle dokumentiert werden müssen.

Um Dokumentationsaufwände zu reduzieren, braucht es gute Softwareprodukte. Die derzeit verwendeten Softwareprodukte sind jedoch weder geprüft noch zertifiziert, was ein erhebliches Defizit darstellt. Um dennoch sicherzustellen,

QUALITÄTSSICHERUNG

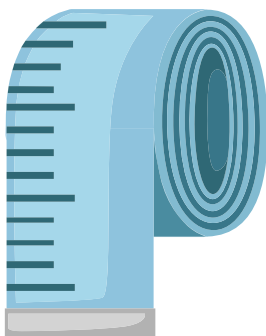
dass die Daten korrekt eingegeben und übermittelt wurden, muss im Nachgang ein hochkomplexes Datenvalidierungsverfahren angewendet werden. Der zusätzliche Aufwand ist immens und vermeidbar. Hier muss umgesteuert werden.

Der hohe Aufwand in der sQS entsteht auch, weil keine strenge Fokussierung auf Qualitätsdefizite vorgenommen wird. Allein im Verfahren zur perkutanen Koronarintervention und Koronarangiographie werden 19 Qualitätsindikatoren auf Basis von Leistungserbringer- und Sozialdaten erhoben, wobei die betroffenen Ärztinnen und Ärzte dafür 70 Datenfelder pro Patient dokumentieren müssen. Hier wird wertvolle Zeit zulasten der Patientenversorgung aufgewendet. Weitere 19 Qualitätsindikatoren sind auf Basis einer Patientenbefragung geplant. Dies wären insgesamt 38 Qualitätsindikatoren bei nur einem Verfahren. Eine strenge Fokussierung auf Qualitätsdefizite lässt sich hier nicht erkennen. Vielmehr findet eine allgemeine Betrachtung dieser medizinischen Intervention statt, sodass eine wenig zielführende Vermischung von QS und Versorgungsforschung entsteht.

Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) weist in ihrem Positionspapier „Qualität und Patientensicherheit“ von 2019 (3) darauf hin, dass vor Einführung von QS-Verfahren immer eine Folgenabschätzung für die Versorgung erfolgen müsse. Zudem seien alle QS-Verfahren

Bis heute fehlen jedoch belastbare Ergebnisse, ob, wie und in welchem Umfang die sQS die Versorgung verbessert.

regelmäßig auf ihre Wirksamkeit und auf unerwünschte Folgen zu überprüfen (Evaluation) und gegebenenfalls anzupassen. Derzeit ist jedoch für alle Verfahren der sQS unklar, wie effektiv die unterschiedlichen Maßnahmen zur Qualitätsförderung sind, da Evaluationen fehlen. Dabei ist es für ein QS-Verfahren von zentraler Bedeutung, den Nutzen im Blick zu behalten, um Dokumentationsaufwände zu beenden, sobald das Verbesserungspotenzial ausgeschöpft oder nicht mehr prioritär ist (4). Bis heute fehlen jedoch belastbare Ergebnisse, ob, wie und in welchem Umfang die sQS die Versorgung verbessert.



Dem Gesetzgeber ist die Gefahr bewusst, durch eine falsch angelegte QS unverhältnismäßige bürokratische Aufwände erzeugen zu können. Daher sieht er QS in Form von Stichprobenerhebungen vor (§ 299 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Die Realität in der Umsetzung weicht jedoch von den gesetzlichen Vorgaben ab. Alle Verfahren der sQS basieren auf Vollerhebungen. Tausende von Datensätzen werden unnötig generiert, häufig manuell. Der bürokratische Aufwand für die Praxen ist hoch. Dass Stichprobenprüfungen jedoch ein zielführendes Instrument sind, beweist die ambulante, sektorspezifische, ärztliche QS der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband (§§ 135, 135b SGB V). Hier konnte gezeigt werden, dass es für die Wirksamkeit eines QS-Verfahrens nachrangig ist, wie viele Ärzte und Ärztinnen in eine Stichprobe einbezogen werden. Im Rahmen der Ultraschallvereinbarung wurde die Stichprobe verdoppelt (von mindestens drei auf mindestens sechs Prozent der entsprechenden Facharztgruppe), ohne dass sich hierdurch ein höherer Anteil an Auffälligkeiten ergab. An diesem Beispiel zeigt sich, dass Vollerhebungen zumeist einen unnötigen bürokratischen Aufwand darstellen.

In ihrer „Agenda Mundgesundheit 2021 - 2025“ hinterfragt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), warum alle bisherigen Verfahren der sQS ohne Erprobung bundesweit ausgerollt worden sind (7), obwohl auch internationale Erfahrungen zeigen, dass eine schrittweise Implementierung (zum Beispiel von freiwillig zu verpflichtend) hilft, um ein Verfahren ohne Reibungs- und Akzeptanzverluste bei den Beteiligten einzuführen (2). Ein Start ohne Testphase kann hingegen zu zahlreichen Problemen führen, wie das QS-Verfahren zu postoperativen Wundinfektionen zeigt. Das IQTIG selbst musste die Aussetzung dieses Verfahrens empfehlen, um ausreichend Zeit für eine grundlegende Überarbeitung zu haben (11). Diese Überarbeitung findet aktuell statt und ist zwingend geboten, da sich bereits deutliche Akzeptanzverluste bei den betroffenen Ärztinnen und Ärzten zeigten.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung neu denken

Als Trägerorganisation des G-BA sieht sich die KBV in der Verantwortung, auf Verbesserungspotenziale hinzuweisen (siehe Abbildung 1). Aber nicht nur die KBV fordert ein Umdenken in der sQS (6). Auch die BÄK, die DKG, die KZBV und der Deutsche Psychotherapeutentag sehen eine Neuausrichtung der sQS als zwingend erforderlich an (3,7,8,9). Das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (KCQ) und der GKV-Spitzenverband weisen ebenfalls daraufhin, dass QS handlungsrelevant sein müsse und es noch einer erheblichen Forschung und Entwicklung bedürfe (5).

Das wichtigste Ziel ist, den bürokratischen Aufwand, der durch eine Dokumentation speziell für QS-Verfahren anfällt, deutlich zu reduzieren. Die QS darf nicht zulasten der Zeit für die Patientenversorgung gehen. Patientinnen und Patienten müssen wieder im Mittelpunkt stehen dürfen (3,6,8). Es muss gelingen, die Versorgungsqualität anhand weniger Indikatoren und mit aufwandsarmen Methoden transparent zu machen (3). Fünf bis sechs Qualitätsindikatoren pro Verfahren sollten dafür ausreichen. Somit würden auch die Dokumentationsaufwände sinken.

Die Verantwortung, gute Softwareprodukte zu identifizieren und sicherzustellen, darf nicht auf die Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte abgewälzt werden. Bevor die Softwareprodukte in den Praxen zum Einsatz kommen, muss zukünftig geprüft werden, ob die Spezifikationen von den Softwareherstellern richtig umgesetzt worden sind, damit die geforderten QS-Daten richtig und pünktlich übermittelt werden können. Diese Aufgabe kann nur das IQTIG übernehmen, welches die Spezifikationen erstellt. Unnötige Aufwände zur Datenvalidierung müssen zukünftig durch vom IQTIG zertifizierte Software verhindert werden.

Auch die Rückbesinnung auf Stichprobenerhebungen anstelle der in der sQS praktizierten Vollerhebungen würden zu einer Reduktion der Dokumentationsaufwände in den Praxen führen. Ein solches Vorgehen ist gerechtfertigt, da Vollerhebungen nachweislich nicht zu mehr Transparenz in der Versorgung führen. Der gesetzlichen Vorgabe zur Stichprobenerhebung in der QS muss zukünftig auch in der sQS gefolgt werden.

Die sQS muss sich auf ihr eigentliches Potenzial besinnen, Qualität zu fördern. Die zunehmende Ausrichtung auf sanktionierende Maßnahmen steht im Widerspruch zu einer Kultur des motivierten Lernens und Weiterentwickelns. Sanktionen können immer nur das letzte Mittel sein (3,6,8). Das Bündel an möglichen fördernden und unterstützenden Maßnahmen, von Supervision über Qualitätszirkel bis Peer-Review, muss genutzt und der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz beachtet werden (3). Es gilt, die intrinsische Motivation der Psychotherapeuten und Ärzteschaft zu wahren und zu fördern. Das interne Qualitätsmanagement der Praxen muss wieder gestärkt und in den Mittelpunkt gerückt werden.

Es dürfen zukünftig nur QS-Verfahren zum Einsatz kommen, die ein hohes Potenzial zur Qualitätsverbesserung haben und die vor dem Ausrollen eine Erprobungsphase durchlaufen haben (8). Zugleich müssen angelaufene Maßnahmen immer wieder überdacht, bei Bedarf zielführend reduziert oder auch beendet werden (3). Der nachweisliche Nutzen muss den hohen Aufwand rechtfertigen. Evaluationen müssen deshalb zeitnah und begleitend stattfinden, um unwirksame Verfahren weiterzuentwickeln oder zu beenden. Auch Teil-Evaluationen sollten dabei in Betracht gezogen werden, um flexibler und schneller Ergebnisse zu erhalten und Entscheidungen treffen zu können. Der § 136d SGB V muss daher klarer gefasst und konsequent angewendet werden.

Impulse für eine Neuausrichtung

1. Qualitätssicherung justieren
2. Dokumentationsaufwand verringern und Zeit für Patientenversorgung gewinnen
3. Qualitätsindikatoren reduzieren – weniger ist mehr
4. Nutzen im Blick behalten und Verfahren evaluieren
5. Stichproben statt Vollerhebung
6. Qualitätssicherung darf nicht starr und unflexibel sein
7. Nur erprobte QS-Verfahren ausrollen
8. Qualitätssicherung braucht zertifizierte Software
9. Qualität fördern statt zu sanktionieren
10. Internes Qualitätsmanagement und Qualitätszirkel stärken

Die sQS muss sich auf ihr eigentliches Potenzial besinnen, Qualität zu fördern. Die zunehmende Ausrichtung auf sanktionierende Maßnahmen steht im Widerspruch zu einer Kultur des motivierten Lernens und Weiterentwickelns.

Abb. 1: Verbesserungspotenziale

Fazit

Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte werden durch die Verbesserung der Behandlungsqualität für ihre Patientinnen und Patienten motiviert. Sie begrüßen eine QS, die diesen Namen verdient. Verbergen sich jedoch hinter Maßnahmen, die mit QS etikettiert sind, Bürokratie, Zentralisierung oder gar eine Instrumentalisierung für andere gesundheitspolitische Ziele, geht dies zulasten der Akzeptanz. Mehr noch: Es führt auf lange Sicht zu einem Verlust an Glaubwürdigkeit der befassten Institutionen sowie der QS selbst. Eine Neuausrichtung der sQS ist daher dringend erforderlich. Es gilt durch eine aufwandsarme und zielgerichtete Vorgehensweise, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte in ihrer intrinsischen Motivation zu stärken, das interne Qualitätsmanagement der Praxen zu unterstützen und so die Qualität zu fördern.

Es gilt durch eine aufwandsarme und zielgerichtete Vorgehensweise, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte in ihrer intrinsischen Motivation zu stärken, das interne Qualitätsmanagement der Praxen zu unterstützen und so die Qualität zu fördern.



Kontakt für Rückfragen

Anne Henning
Psychologin (M. Sc.)
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat Versorgungsqualität
AHenning@KBV.de



KBV-Stellungnahme „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Qualitätssicherung zukunftsfähig machen“:
<https://tinyurl.com/kbv-sQS>

Literaturverzeichnis

1. Albrecht, M., Deckenbach, B., Loos, S., & Otten, M. (2012). Machbarkeitsanalyse zur Implementierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
2. Cashin, C., Chi, YL., Smith, P., Borowitz, M., Thomson, S. Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability.
3. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019). Qualität und Patientensicherheit. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft.
4. Diel, F. (2015). Qualitätsförderung und Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Gesundheits- und Sozialpolitik, S. 34-40.
5. Döbler, K., & Follert, P. (2021). Stand und Perspektiven einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Krankenhaus-Report 2021. Berlin: Springer.
6. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016). Positionen zur ambulanten Versorgungsqualität.
7. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2021). Agenda Mundgesundheits 2021–2025.
8. Memorandum der Bundesärztekammer vom 21.08.2020, „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht – Mehrwert für die Patientenversorgung“.
9. Resolution des 35. Deutschen Psychotherapeutentags vom 16.11.2019, „Für den Erhalt des sicheren Rahmens der ambulanten Psychotherapie – gegen Eingriffe in die psychotherapeutische Behandlungshöhe“.
10. Wittberg, V., Kluge, H.-G., Rottmann, H., Goldmann, E. (2020). BIX 2020. Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung. Belastung transparent machen, Bürokratie abbauen. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
11. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Änderung des Verfahrens 2 (QS WL): Änderungen in § 20 (Aussetzung), Anlage I sowie Anlage II (einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2021) vom 17. Dezember 2020, S. 2.



SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG: QUALITÄT FÖRDERN – NICHT DIE BÜROKRATIE

Viele medizinische Leistungen werden heute sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor durchgeführt. Für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS) gibt es seit 2010 eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bislang liegen drei sQS-Verfahren mit vertragsärztlicher Beteiligung vor:

- perkutane Koronarintervention/-angiographie
- Vermeidung postoperativer Wundinfektionen
- Nierenersatztherapie

Ziel ist eine gleich hohe Qualität in beiden Versorgungsbereichen. Aus der grundsätzlich guten Idee ist mittlerweile ein hyperkomplexes System voller bürokratischer Regularien entstanden, das für alle Beteiligten in den Gesundheitseinrichtungen mit enormem Aufwand verbunden ist. Statt mit passgenauen Verfahren fokussiert Defizite zu beheben, fällt die sQS zunehmend durch überzogene Anforderungen und kleinstteilige Kontrollen auf. Ärztinnen und Ärzte sind teilweise länger mit zusätzlichen Dokumentationen beschäftigt als mit der eigentlichen Behandlung. Und das alles, ohne dass bislang ein Nutzen für Patientinnen und Patienten geprüft, geschweige denn belegt ist. Qualitätssicherung ist für Ärzte und Psychotherapeuten etwas Selbstverständliches und gelebte Praxis. Sie muss jedoch gut gemacht sein.

DIE 5 WICHTIGSTEN IMPULSE FÜR EINE NEUAUSRICHTUNG

➤ DOKUMENTATIONSAUFWAND VERRINGERN UND ZEIT FÜR PATIENTENVERSORGUNG GEWINNEN

Der zusätzliche Aufwand, der für die Dokumentation zur sQS anfällt, ist zu hoch und muss auf ein vertretbares Maß reduziert werden, damit nicht aus Zeitmangel die Patientenversorgung gefährdet ist. Ärzte und Psychotherapeuten sollen nur das dokumentieren müssen, was hilft, die Qualität zu verbessern. Die Patienten müssen wieder im Mittelpunkt stehen dürfen.

➤ QUALITÄTSINDIKATOREN REDUZIEREN – WENIGER IST MEHR

Ziel muss es sein, die Versorgungsqualität anhand weniger Indikatoren und mit aufwandsarmen Methoden transparent zu machen. Fünf bis sechs Qualitätsindikatoren pro Verfahren sollten dafür ausreichen. Somit sinken auch die Dokumentationsaufwände.

➤ STICHPROBEN STATT VOLLERHEBUNG

Per Gesetzgebung sind für die Qualitätssicherung Stichprobenerhebungen vorgesehen. Vollerhebungen führen nicht zwangsläufig zu mehr Transparenz in der Versorgung. Die Realität ist allerdings eine andere: Alle Verfahren der sQS basieren auf Vollerhebungen. Tausende von Datensätzen werden unnötig generiert, häufig manuell. Die bürokratischen Aufwände werden hierdurch immer höher. Eine Rückbesinnung auf die grundsätzlich vorgesehenen Stichproben ist dringend geboten.

➤ NUTZEN IM BLICK BEHALTEN UND VERFAHREN EVALUIEREN

Es dürfen nur Qualitätssicherungsverfahren zum Einsatz kommen, die ein hohes Potential zur Qualitätsverbesserung haben. Zugleich müssen angelaufene Maßnahmen immer wieder überdacht, bei Bedarf zielführend reduziert oder auch beendet werden. Dies alles passiert bislang nicht. Es mangelt an Evaluation und dem Willen zu aufwandsarmen Verfahren. Das kann so nicht bleiben: Der nachweisliche Nutzen muss den hohen Aufwand rechtfertigen. Der Paragraph 136d SGB V muss daher klarer gefasst und konsequent angewendet werden.

➤ QUALITÄT FÖRDERN STATT ZU SANKTIONIEREN

Die sQS muss sich auf ihr eigentliches Potential fokussieren, Qualität zu fördern. Die zunehmende Ausrichtung auf sanktionierende Maßnahmen steht im Widerspruch zu einer Kultur des motivierten Lernens und Weiterentwickelns. Sanktionen können immer nur das letzte Mittel sein. Das Bündel an möglichen fördernden und unterstützenden Maßnahmen, von Qualitätszirkel bis Peer-Review, muss wieder mehr genutzt werden. Es gilt, die intrinsische Motivation der Ärzte und Psychotherapeuten zu wahren und zu fördern.

MEHR INFORMATIONEN:
www.kbv.de/html/sqs.php