

Kennziffern für Performanz von Gesundheitssystemen an, die gerne bei internationalen Ländervergleichen herangezogen werden, so muss zugegeben werden, dass wir eher im oberen Mittelfeld rangieren. Ganz weit oben sind wir bei den Kosten unseres Gesundheitssystems und noch immer bei der Anzahl an Krankenhausbetten pro Einwohner, aber schon bei der mittleren Lebenserwartung belegen wir einen mittleren Platz. Hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit finden wir Deutschland mit 3,5 je 1000 Lebendgeburten unter den 20 Ländern mit der niedrigsten Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahr, jedoch nicht im Spitzenfeld (Statista 2014). Die Ärztedichte pro 1000 Einwohnern ist in Deutschland mit 3,6 (2009) vergleichsweise gut, ähnlich wie z.B. in der Schweiz (4,1) oder in Schweden (3,8) (DESTATIS Statistisches Bundesamt). Aber bei genauerem Hinsehen offenbaren sich doch deutliche Unterschiede zwischen ärmeren ländlichen und reicherer städtischen Regionen in Deutschland. Und damit nähern wir uns letztlich auch in diesem Text der zentralen und essenziellen Frage nach der Gerechtigkeit unseres Ge-

sundheitssystems, denn Kosten oder mittlere Versorgungsdichte sagen wenig bis gar nichts über Qualität aus. Ist denn unser Gesundheitssystem gerecht finanziert? Kann man von einer gerechten Allokation der Ressourcen sprechen? Hat jeder von uns die gleichen Gesundheitschancen? Ist der Gesamtkomplex der gesundheitlichen Versorgung nicht zu einem einträglichen Geschäft einflussreicher Akteurs-Gruppen verkommen, in dem der Patient nur noch Mittel zum Zweck ist? Weshalb sind wichtige Versorgungsbereiche wie z.B. die Pflege und Altenpflege chronisch unterfinanziert mit mittlerweile zum Teil desaströsen Arbeitsbedingungen? Und weshalb ist der Notarzt in manchen Regionen schon in fünf Minuten am Ort, in anderen braucht er eine halbe Stunde? Und weiter gefragt: Wer steuert eigentlich unser Gesundheitssystem, wer bestimmt über die Verwendung der Gelder, wer setzt die Anreize? Eine weitere zentrale Frage ist die nach der Qualifikation der in der gesundheitlichen Versorgung tätigen Personen. Oder was will eigentlich der Patient? Was ist eigentlich der Patientennutzen und ist er angemessen berücksichtigt?

Selbstverständlich können nicht alle dieser oder anderer wichtiger Fragen in diesem Heft umfassend beantwortet werden. Vielleicht gibt es ja auch an manchen Stellen keine Antworten. Aber Sie finden hier Beiträge vor, die sich damit beschäftigen, inwieweit sich die vielseitigen Bemühungen um Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement oder Qualitätsberichterstattung aus unterschiedlicher Perspektive in Versorgungsqualität übersetzen lassen. Weiterhin wird die Rolle des Patienten hinterfragt oder auch inwieweit die Organisationsqualität, gemeinhin Arbeitsbedingungen, Folgen für die Versorgungsqualität haben können. Was sagen uns die real vorhandenen regionalen Versorgungsunterschiede und könnten andere Strukturen oder Vergütungssysteme zu einer besseren Allokation der Ressourcen und damit zur Verbesserung der Qualität beitragen? Auch eine ehemalige Bundesgesundheitsministerin bezieht Stellung zur Qualität. Insgesamt erwartet Sie ein bunter Strauß, der Verstand und Gefühl ansprechen will. Aber stellen Sie selbst die entscheidende Frage: „Where’s the beef?“

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2014.03.016>

Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung



Max Geraedts

Mit der Qualität der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland scheint etwas nicht in Ordnung zu sein. Obwohl schon zwei Institute auf der Bundesebene, IQWiG und AQUA, die Qualität im Gesundheitswesen im Fokus haben, plant die große Koalition die Gründung eines neuen Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen. Das Institut soll für den Bürger verständliche, vergleichende Informationen zur Qualität der ambulanten und stationären Gesundheitsversorger bereithalten. Langfristig soll wohl eine qualitätsorientierte Auswahl und Vergütung medizinischer Leistungserbringer etabliert werden. Obwohl unklar ist, inwieweit diese Idee tatsächlich umgesetzt wird, kann dennoch hinterfragt werden, ob dieser Ansatz grundsätzlich geeignet

ist, die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern oder ob andere Ansätze zu präferieren wären. Zur Beantwortung dieser Frage sollen im Folgenden einige grundlegendere Fragen geklärt werden:

- Was ist die „Qualität der gesundheitlichen Versorgung“?
- Wie steht es derzeit um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland?
- Welche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung werden mit welchen Effekten eingesetzt?

Qualitätsdefinition

Eine allgemein anerkannte Definition von „Qualität der gesundheitlichen Versorgung“ für Deutschland existiert nicht. Vielfach werden daher allgemeine bzw. internationale Qualitäts-

definitionen genutzt. Wolfgang Hansen, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Qualität, definiert: „Qualität ist die Übereinstimmung von Ist und Soll und was das Soll ist, das bestimmt der Kunde.“ Übertragen auf die Gesundheitsversorgung gilt es, die verschiedenen „Kunden“ des Gesundheitssystems und deren jeweilige Sollwerte zu beachten (Geraedts und Selbmann, 1997). Auf den Punkt gebracht bedeutet Qualität für Patienten bzw. Bürger, dass sie sicher behandelt werden, Erkrankungsfolgen und frühe Mortalität verhindert sowie Lebensqualität und Patientenzufriedenheit aufrechterhalten werden. Für die Leistungserbringer ist Qualität dann gegeben, wenn die Behandlung nach dem „Stand der Kunst“, also evidenzbasiert erfolgt. Die Kostenträger betonen zusätzlich

die Effizienz des Ressourceneinsatzes. Und aus der Public Health Perspektive sollten auf der Basis des Konzepts der WHO zur Performanzmessung von Gesundheitssystemen noch die Aspekte „Patientenorientierung“ und „Finanzierungsgerechtigkeit“ einbezogen werden (Murray und Frenk, 2000).

Situation in Deutschland

Beachtet man diese verschiedenen Perspektiven, resultieren unterschiedliche Situationsbeschreibungen. Die einen argumentieren, es gebe im Hinblick auf die Zugänglichkeit und den solidarisch finanzierten Leistungskatalog kaum ein besseres Gesundheitssystem. Andere sehen allortigen Qualitäts- und Patientensicherheitsdefizite, fehlende Patientenorientierung und Ressourcenverschwendung.

Einige Belege für beide Argumentationslinien seien hier angeführt. Der Euro Health Consumer Index 2013 (EHCI) bestätigt anhand eigener Befragungen und der Analyse offizieller Statistiken die gute Zugänglichkeit des deutschen Gesundheitssystems – moniert aber Präventionsdefizite (Health Consumer Powerhouse, 2013). Schaut man in die Vergleichsdatenbanken der WHO (WHO, 2014) oder OECD (OECD, 2014), dann liegt Deutschland bei typischen Public Health Indikatoren wie Lebenserwartung oder perinatale- und Müttersterblichkeit nur im oberen europäischen Mittelfeld. Die Wirtschaftsberatung KPMG hat die Daten des EHCI auf die relativen Gesundheitsausgaben bezogen und attestiert Deutschland bei der „Ausgabeneffizienz“ eine der europaweit schlechtesten Noten (KPMG, 2013). Konkrete Qualitätsdaten aus dem akutstationären Bereich liefern die externen Qualitätssicherungsdaten des AQUA-Instituts. Im Bericht zum Jahr 2012 wird einerseits konstatiert, dass sich die Qualität in

vielen Bereichen über die letzten Jahre hinweg kontinuierlich verbessert hat. Jedoch werden auch fortbestehende Qualitätsdefizite berichtet, so zum Beispiel im Bereich der Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz oder Todesfälle bei der Erstimplantation eines künstlichen Kniegelenks (AQUA, 2013). Weitere Hinweise auf Qualitätsdefizite sind regionalen Versorgungsanalysen zu entnehmen, die Unterschiede in der Versorgung aufzeigen, welche allein aufgrund unterschiedlicher Erkrankungshäufigkeiten nicht zu erklären sind (Bertelsmann Stiftung, 2011). Aus dem ambulanten Sektor zeigen Daten der Disease Management Programme sowohl Verbesserungen der Versorgungsqualität, als auch fortbestehende Defizite (z. B. NGE-DMP, 2012). Und was die Patientenzufriedenheit angeht, so wird niedergelassenen Ärzten fast durchweg eine hohe Fachkompetenz und ein gutes bis sehr gutes Vertrauensverhältnis zu den Patienten bescheinigt (FGW, 2013).

Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

Das heterogene Qualitätsbild zur deutschen Gesundheitsversorgung spiegelt sich in einem ebenso heterogenen Bündel an Maßnahmen wider, das der Qualitätsverbesserung im deutschen Gesundheitswesen dienen soll. Grob zu unterscheiden sind gesetzlich verpflichtende Maßnahmen und freiwillige. Nachdem die Qualitätssicherung erstmals 1989 im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) erwähnt wurde, sind entsprechende Anforderungen Bestandteil jeder SGB V-Änderung. Genauso finden sich Qualitätsanforderungen bei der Pflege (SGB XI) und Rehabilitation (SGB IX). Unter den bedeutsamsten nun geltenden gesetzlichen Strukturanforderungen sind zu nennen, dass alle medizinischen Leis-

tungserbringer verpflichtet sind, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und dass Ärzte einer nachzuweisenden Fortbildungspflicht unterliegen. Im ambulanten Sektor wird eine Fülle an Nachweisen als Voraussetzung zur Erbringung bestimmter Leistungen verlangt. Darunter Mindestmengenvorgaben, wie es sie auch im stationären Bereich gibt. Zudem sind alle Leistungserbringer verpflichtet, sich an externen Qualitätsvergleichen (EQS) zu beteiligen. Von der Rückmeldung der Ergebnisse erhofft man sich, eine Orientierung an den jeweils Besten zu motivieren. Die Ergebnisse der EQS werden größtenteils auch in den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht. Diese sollen vor allem eine qualitätsorientierte Auswahl von Leistungserbringern ermöglichen.

Neben diesen verpflichtenden Qualitätsmaßnahmen setzen Leistungserbringer in Medizin und Pflege eine Vielzahl weiterer Maßnahmen der Qualitätsförderung ein. Kursorisch erwähnt seien hier nur die Teilnahme an Qualitätszirkeln, Fehlerberichtssystemen, Qualitätsregistern und Peer Review Verfahren, die Qualitätsberichterstattung auf der Grundlage von Patientenbefragungen und GKV-Routinedaten mit anschließendem Benchmarking, die Erprobung qualitätsorientierter Vergütung im Rahmen integrierter Versorgungsverträge und die Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen.

Unerfreulich wird es, wenn man nach der Evidenz für die Effektivität und Effizienz dieser qualitätsfördernden Maßnahmen fragt. Zwar gibt es Belege für die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen, jedoch kommen alle Übersichtsarbeiten zu dem Schluss, dass die methodische Qualität bisheriger Studien nicht ausreicht, um eine generelle Wirksamkeit und

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1089748>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1089748>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)