



Wie rückt Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung?

Ergebnisse einer Delphi- und Akteurbefragung im
Auftrag der Bertelsmann Stiftung

Max Geraedts

Institut für Gesundheitssystemforschung
Universität Witten/Herdecke

Hintergrund

- **20 Jahre seit der Verankerung der Verpflichtung zur Qualitätssicherung im SGB V**
- **GMK: Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen 1999/2006**
- **Trotzdem: Qualitätskultur scheint in den Köpfen aller Beteiligten noch nicht konsistent verankert**
- ➔ **Was fehlt, damit Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung rückt?**

Methoden

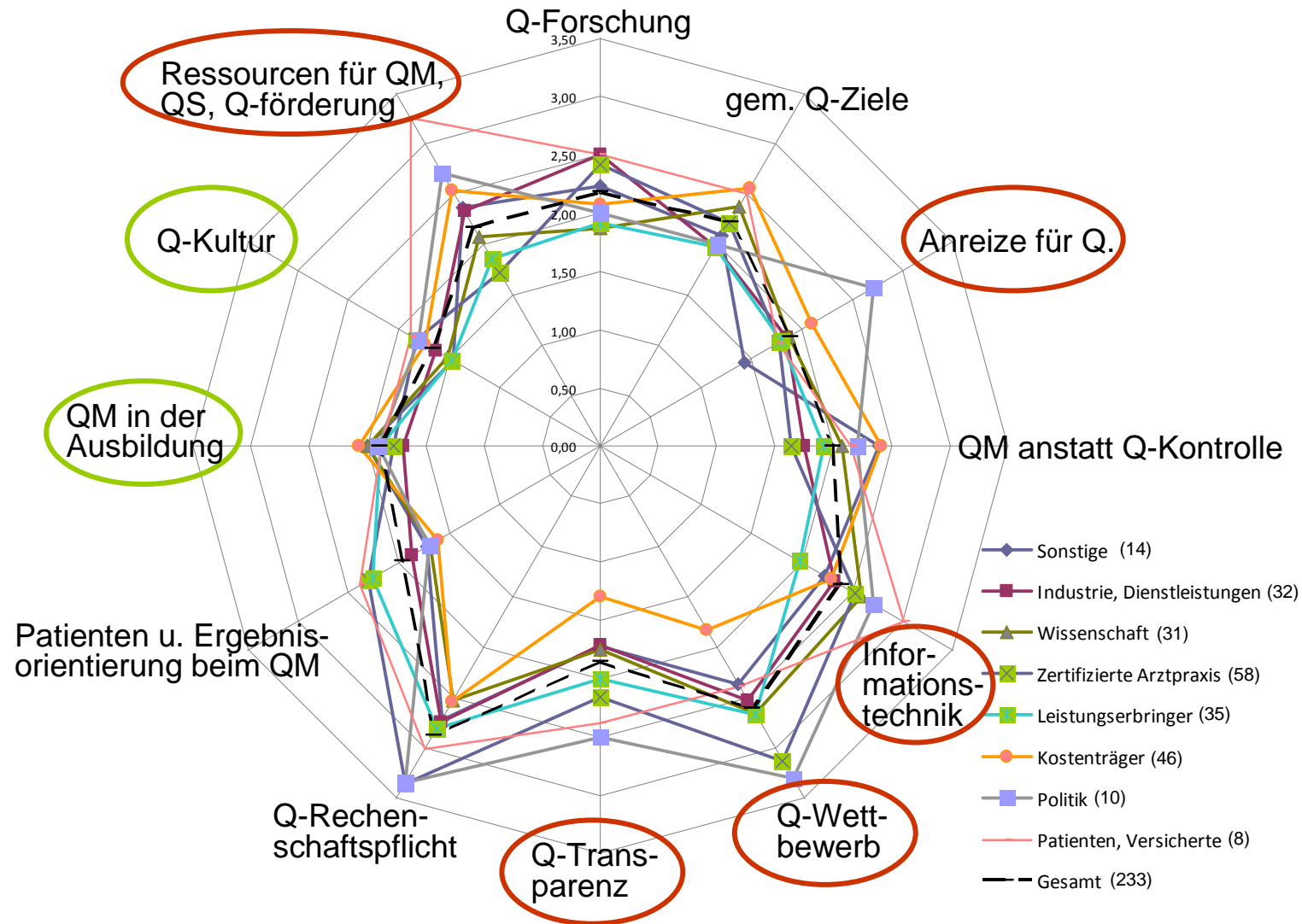
- **Delphiprozess mit 7 Vertretern aus Wissenschaft/
Patientenvertretung**
 - **Busse, Geraedts, Jäckel, Klemperer, Mauersberg, Sauerland, Selbmann**
 - **Offene Frage „Was fehlt ...“: Einbringen von Thesen,
Kategorienbildung, Kompilierung der Thesen, zweimaliger
Überarbeitungs-/Abstimmungsprozess**
- **Online-Befragung von Akteuren aus Medizin, Selbstverwaltung,
Politik, Industrie zu den Thesen: Zustimmung & Ergänzungen**
 - **2.020 angefragt, 239 Antworten (11,8%)**
 - **Deskriptive Auswertung der Wertungen und Priorisierung**
 - **Inhaltsanalytische Verdichtung von Kernaussagen der
Freitextkommentare (Fehlendes, Hemmnisse, Maßnahmen)**

Ergebnisübersicht: durchschnittliche Akzeptanz der Thesen (Wertungen 1-2//3-6)

A: Q-Forschung	C-3: 82,9%	G-2: 85,0%	I-4: 63,8%
A-1: 83,4%	C-4: 77,6%	G-3: 90,1%	J: QM Ausbildung
A-2: 85,2%	D: QM anstatt Q-K	G-4: 73,8%	J-1: 91,1%
A-3: 68,4%	D-1: 73,4%	H:Q-Rechenschaft	J-2: 92,3%
A-4: 73,3%	E: Info-Technik	H-1: 73,8%	J-3: 80,9%
B: Gem. Q-Ziele	E-1: 73,1%	H-2: 73,8%	K: Q-Kultur
B-1: 63,9%	E-2: 80,3%	H-3: 40,6%	K-1: 92,7%
B-2: 84,1%	F: Q-Wettbewerb	I: Pat./Ergebnisor.	L: Ressourcen
C: Anreize für Q.	F-1: 67,4%	I-1: 85,0%	L-1: 72,8%
C-1: 86,6%	G: Q-Transparenz	I-2: 69,5%	L-2: 70,3%
C-2: 85,7%	G-1: 86,0%	I-3: 77,6%	

Farblegende: 1-2/3-6: >79%; 66-79%; 50-65%; <50%

Einschätzung und Priorisierung der Themen durch die Stakeholder



Thesen aus dem Delphiprozess:

A) Qualitätsforschung

- These A-1:** Wir brauchen überzeugende, unabhängige Belege zur Effektivität und Kosteneffektivität von Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Qualitätssteuerung und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen. [1,8; 1,3-2,3]
- These A-2:** Im Fokus muss die Wirkung von QM-Aktivitäten auf patientenrelevante Ergebnisse stehen. [1,8; 1,5-2,0]
- These A-3:** Darüber hinaus brauchen wir besser Informationen darüber, welche Barrieren für die Qualitätsentwicklung bestehen und wie diese auf der Ebene der individuellen Leistungserbringer und der Selbstverwaltung überwunden werden können. [2,1; 1,7-2,3]
- These A-4:** Insbesondere überregionale QM-Aktivitäten sollten nur nach einer prototypischen Erprobung mit einer begleitenden Evaluation breit eingeführt werden. [2,1; 1,6-2,5]

Kommentare zu

A) Qualitätsforschung (52)

- Vorab einheitliche Definition von Qualität
- Forschung zur Qualität selber, nicht nur zu QM usw.
- Q-Forschung sollte sektorübergreifende Perspektive einnehmen
- Zwang zur breiten Erprobung könnte lähmen (Bürokratie, Kosten, Zeitverlust)

Thesen aus dem Delphiprozess: B) Gemeinsame Qualitätsziele

These B-1: Wir brauchen eine Vision und Ziele für die Gesundheitsversorgung, deren Qualität, das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung, die von allen Beteiligten – also von Bürgern/Patienten, den Leistungserbringer sowie den Kostenträgern und der Politik – getragen werden. Beim Zielfindungsprozess müssen die Bürger/Patienten und die Wissenschaft prominent beteiligt werden. [2,4; 2,1-2,7]

These B-2: Zentral müssen Qualitätsziele sein, die auf eine Verbesserung der Gesundheit und der medizinischen Versorgung zielen. [1,8; 1,7-2,1]

Kommentare zu B) Gemeinsame Qualitätsziele (67)

- Problem der Finanzierbarkeit zielorientierter Gesundheitsversorgung
- Hinweis auf (vielerseits unbekannte) Aktivitäten von gesundheitsziele.de
- Gemeinsame Zielformulierung evtl. lähmend (Interessenskonflikte)

Thesen aus dem Delphiprozess: C) Anreize für Qualität

- These C-1:** Wir brauchen ein Vergütungs- und Vertragssystem, das gute Leistungen konsequent und spürbar immateriell und materiell fördert. [1,7; 1,6-2,3]
- These C-2:** Die Anreize müssen konsistent sowohl alle Gesundheitsberufe als auch die Kostenträger umfassen. [1,7; 1,4-2,3]
- These C-3:** Gute und schlechtere Leistungen sollten identifiziert werden. [1,8; 1,4-2,8]
- These C-4:** Bei schlechteren Leistungen sollten Hilfestellungen gewährt werden. Bei dauerhaft schlechten Leistungen sollten Konsequenzen bis hin zum Ausschluss von der Leistungserbringung vorgesehen werden. [1,9; 1,4-2,8]

Kommentare zu C) Anreize für Qualität (72)

- Wer definiert „gute Qualität“ (löst Ängste aus)
- Adherence/Compliance der Patienten zu bedenken

Thesen aus dem Delphiprozess: D) QM anstatt Q-Kontrolle

These D-1: Wir brauchen eine Verschiebung des Fokus von der Qualitätskontrolle zu einem erfolgreichen (internen) Qualitätsmanagement, das auf kontinuierliche Qualitätsverbesserung zielt.

Ein solches Qualitätsmanagement kann unter anderem mit Hilfe einer kontinuierlichen professionellen Entwicklung aller Gesundheitsberufe die Qualität auch in Zukunft sichern und verbessern. [2,1; 1,6-2,5]

Kommentare zu D) QM anstatt Q-Kontrolle (56)

- Tenor: ohne Kontrolle (Ergebnistransparenz) geht QM nicht

Thesen aus dem Delphiprozess: E) Informationstechnik

These E-1: Wir brauchen eine Weiterentwicklung und Förderung der Dokumentationskultur und Informationstechnik im Gesundheitswesen, so dass Qualitätsanalysen mit vertretbarem Aufwand möglich werden. [2,0; 1,5-2,7]

These E-2: Dabei sollte so weit wie möglich auf vorhandene bzw. zu anderen Zwecken sowieso erhobene Daten zurückgegriffen werden. Dies setzt eine Harmonisierung der zu erhebenden Daten und der Eigenschaften der verwendeten Software voraus. [1,8; 1,4-2,1]

Kommentare zu E) Informationstechnik (43)

- Weniger Daten ↔ Routinedaten unbrauchbar (zu wenig klinische Daten)
- Datenschutz / -missbrauch
- Einzelverträge mit IT-Insellösungen die Regel ⇒ Bedarf für einen offenen, verbindlichen Standard

Thesen aus dem Delphiprozess: F) Qualitätswettbewerb

These F-1: Wir brauchen einen Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen, um die Leistungserbringer zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung zu motivieren und qualitätsfördernde Innovationen in der Versorgung zu ermöglichen. [2,2; 1,5-2,9]

Kommentare zu F) Qualitätswettbewerb (53)

- Problematik der Definition der Wettbewerbsparameter (Ängste im Zshg. mit Compliance / Accountability)
- Wettbewerb findet durch freie Arztwahl statt
- Wettbewerbsgefahr Risikoselektion

Thesen aus dem Delphiprozess: G) Qualitätstransparenz

- These G-1:** Wir brauchen für die interessierten Beteiligten methodisch korrekte, verständliche und zugängliche Informationen zur Qualität der Leistungserbringung und zur Umsetzung des Qualitätsmanagements. [1,7; 1,2-2,1]
- These G-2:** Die Qualitätsinformationen müssen wichtige Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Versorgung umfassen. [1,7; 1,2-2,2]
- These G-3:** Qualitätsinformationen müssen so erhoben werden und so aufbereitet sein, dass Inhalt und Umfang den Bedürfnissen der jeweiligen Nutzer entsprechen. [1,5; 1,3-1,7]
- These G-4:** Um größeres Vertrauen in die veröffentlichten Daten herzustellen, sollten Qualitätsdaten von unabhängigen Stellen publiziert oder zumindest auditiert werden. [2,0; 1,7-2,4]

Kommentare zu G) Qualitätstransparenz (56)

- „Unabhängigkeit gibt es nicht“
- Gefahr des Missbrauchs der Daten
- Grenzen der Aussagekraft der Daten nicht allgemein klar

Thesen aus dem Delphiprozess: H) Qualitätsrechenschaftspflicht

- These H-1:** Wir brauchen eine klare Zuordnung der Verantwortung und der Rechenschaftspflicht für die Qualität der Versorgung. [2,0; 1,8-2,7]
- These H-2:** Alle Partner im Gesundheitswesen (Bürger, Leistungserbringer, Kostenträger und Gesundheitspolitiker) sind für die Qualität ihrer Beiträge verantwortlich und rechenschaftspflichtig. [2,0; 1,7-3,5]
- These H-3:** Die regionale/nationale Verantwortung für die Qualität der medizinischen Versorgung könnten regional/national definierte Selbstverwaltungsorgane unter Einbezug von Bürgern, Leistungserbringern und Kostenträgern übernehmen. [3,3; 2,4-3,9]

Kommentare zu H) Qualitätsrechenschaftspflicht (67)

- Rechenschaftspflicht der Leistungserbringer folgt aus Haftungsrecht
- Ablehnung der Rechenschaftspflicht der Bürger / Patienten
- Neues Selbstverwaltungsorgan unnötig / nur mehr Bürokratie

Thesen aus dem Delphiprozess: I) Patienten- und Ergebnisorientierung beim QM

- These I-1:** Wir brauchen ein Qualitätsmanagement der Gesundheitsversorgung, das sich an patientenrelevanten kurz- und langfristigen Gesundheitsergebnissen orientiert. [1,7; 1,4-2,0]
- These I-2:** Dazu müssen Patienten stärker in den Mittelpunkt der Qualitätsförderung treten. Patienteninteressen sind schon bei der Zielformulierung und Programmentwicklung stärker als bisher zu berücksichtigen. [2,2; 1,8-2,5]
- These I-3:** Dem QM sollte ein umfassendes Gesundheits- und Krankheitskonzept unterliegen, das nicht nur ärztliche Interventionen, sondern alle Aspekte der Gesunderhaltung und Krankheitsversorgung von der Gesundheitsförderung bis zur Palliation umfasst. [1,9; 1,6-2,2]
- These I-4:** Patienten benötigen unverzerrte und verlässliche Informationen zur Qualität der Versorgung und dem Qualitätsmanagement einzelner Leistungserbringer. Diese Informationen könnten in Verbindung mit Kommunikationsstrategien, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren, zu einer den Präferenzen des Patienten entsprechenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. Einen Schwerpunkt sollte die patientenorientierte Entscheidungsunterstützung bei der Indikation zu diagnostischen und therapeutischen Prozessen bilden. [2,4; 1,9-2,9]

Kommentare zu I) Patienten- und Ergebnisorientierung beim QM (62)

- Problem der Forderung nach Maximalversorgung durch Patienten
- Ergebnisqualität durch viele Faktoren beeinflusst (Compliance)

Thesen aus dem Delphiprozess: J) QM in der Ausbildung

- These J-1:** Der Gedanke der Qualität sowie die Ziele und Funktionsweisen von Qualitätsmanagement sind in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller medizinischen Professionen zu integrieren. [1,5; 1,2-1,8]
- These J-2:** Dazu gehört eine Sensibilisierung für die Qualität der eigenen Berufsausübung, die Befähigung zur Selbstreflexion und Teamarbeit, die Auseinandersetzung mit ethischen Grundlagen medizinischer Entscheidungen sowie soziale und kommunikative Kompetenz. [1,4; 1,1-1,5]
- These J-3:** Weiterhin sind verbindliche Systeme der kontinuierlichen professionellen Kompetenzerhaltung und -entwicklung notwendig. [1,9; 1,4-2,4]

Kommentare zu J) QM in der Ausbildung (32)

- „machen wir doch schon alles“
- Weitere Gängelung der Ärzte

Thesen aus dem Delphiprozess: K) Qualitätskultur

These K-1: Wir brauchen eine Qualitätskultur, in der gute Leistungen anerkannt werden und Qualitätsvergleiche genauso wie Fehler und konstruktive Kritik – auch am Qualitätsmanagement - als Chance für Verbesserungen angesehen werden. [1,4; 1,1-2,1]

Kommentare zu K) Qualitätskultur (15)

- „Allgemeinplatz“

Thesen aus dem Delphiprozess: L) Ressourcen für QM, QS, Q-Förderung

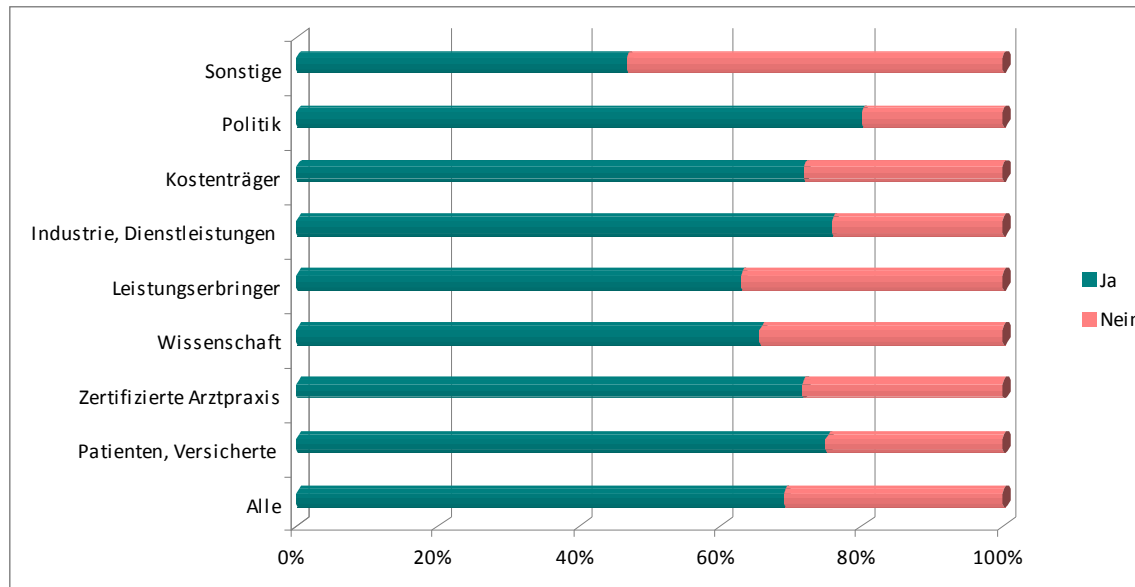
These L-1: Wir brauchen ausreichende Ressourcen für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements, damit methodisch adäquate QM-Programme und deren Bestandteile, wie z. B. Leitlinien, Behandlungspfade und Qualitätsindikatoren, entwickelt und vor der breitflächigen Implementierung erprobt werden können. [2,1; 1,9-2,6]

These L-2: Die für die Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen notwendige Zeit muss als wesentlicher Bestandteil der Leistungserbringung vergütet werden. [2,3; 1,4-3,3]

Kommentare zu L) Ressourcen für QM, QS, Q-Förderung (54)

- Tenor: Ablehnung: nicht QM gesondert bezahlen, sondern gute Qualität besser, schlechte schlechter bzw. gar nicht bezahlen

Thesen umfassend?



Allgemeine Kommentare: was fehlt ? (100)

- Thesen wenig konkret, zu theoretisch, zu wenig praktische Umsetzung
- Kosten-Nutzen-Aspekte von QM
- Bedeutung der Vernetzung der Sektoren für Q/QM

Allgemeine Kommentare: Barrieren (457)

- Fehlende Definition von Qualität / Ergebnisqualitätsindikatoren
- Fehlende Anreize für Qualität, fehlende Sanktionen
- Fehlende Transparenz (über Sektoren hinweg), fehlender Wettbewerb, Angst vor Transparenz
- Unverständliche oder methodisch unzureichende Qualitätsvergleiche
- Fehlende Ausbildung zu QM
- Fehlendes Verständnis für Sinn und Nutzen von QM
- Hierarchische Strukturen im „Medizinbetrieb“, mangelnde Selbstreflexion; fehlende Fehlerkultur
- Aufwand für QM (Bürokratie, Zeitmangel, Dokumentation)
- Interessenkonflikte bei den Akteuren
- Unkoordinierte Parallelaktivitäten verschiedener Akteure bzgl. QM
- Fehlende sektorübergreifende Ausrichtung der Versorgung / des QM
- Uneinheitliche Dokumentations- und IT-Strukturen

Allgemeine Kommentare: Maßnahmen (472)

- Definition von Qualität / Qualitätsindikatoren
- Anreize / Sanktionen für Qualität, Wettbewerb, Rezertifizierung der LE
- Transparenz über Sektoren hinweg, mehr integrierte Versorgung
- Ausbildung zu QM
- Stärkung von QM-Bekanntheit und Q-/QM-Bewusstsein in der Bevölkerung
- Abschaffung des Kontrahierungszwangs / der Körperschaften; selektives Kontrahieren
- Erhaltung der freien Arztwahl, Aufhebung der Niederlassungsbeschränkung
- Einheitliche / sparsame Dokumentationsanforderungen und IT-Strukturen
- Harmonisierung von QM in der ambulanten und stationären Versorgung
- Best Practice offenlegen und Preise ausloben
- Verpflichtung zur Zertifizierung der QM-Systeme von Gesundheitseinrichtungen
- Primärarztssystem mit Capitation
- Sicherstellungsauftrag an Staat, monistische Finanzierung für Krankenhäuser
- Einführung von Praxisberatern / Nationales Qualitätsinstitut

Allgemeine Anmerkungen (51)

- Zu wenig provokante Thesen, Allgemeinplätze
- Hinreichende Instrumente vorhanden, Problem liegt in der Umsetzung durch die gemeinsame Selbstverwaltung
- Bitte bei den weiteren Beratungen zu diesem Thema nicht die Bodenhaftung verlieren
- Die Zeit drängt

Top-10 der Thesen

These	Themenbereich % (1-2)
K-1: Wir brauchen eine Qualitätskultur, in der gute Leistungen anerkannt werden und Qualitätsvergleiche genauso wie Fehler und konstruktive Kritik – auch am Qualitätsmanagement - als Chance für Verbesserungen angesehen werden.	Qualitätskultur 92,7%
J-1: Der Gedanke der Qualität sowie die Ziele und Funktionsweisen von Qualitätsmanagement sind in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller medizinischen Professionen zu integrieren.	QM in der Ausbildung 91,1%
J-2: Dazu gehört eine Sensibilisierung für die Qualität der eigenen Berufsausübung, die Befähigung zur Selbstreflexion und Teamarbeit, die Auseinandersetzung mit ethischen Grundlagen medizinischer Entscheidungen sowie soziale und kommunikative Kompetenz.	QM in der Ausbildung 92,3%
C-1: Wir brauchen ein Vergütungs- und Vertragssystem, das gute Leistungen konsequent und spürbar immateriell und materiell fördert.	Anreize für Qualität 86,6%
C-2: Die Anreize müssen konsistent sowohl alle Gesundheitsberufe als auch die Kostenträger umfassen.	Anreize für Qualität 85,7%

Top-10 der Thesen

These	Themenbereich % (1-2)
G-1: Wir brauchen für die interessierten Beteiligten methodisch korrekte, verständliche und zugängliche Informationen zur Qualität der Leistungserbringung und zur Umsetzung des Qualitätsmanagements.	Qualitäts- transparenz 86,0%
G-2: Die Qualitätsinformationen müssen wichtige Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Versorgung umfassen.	Qualitäts- transparenz 85,0%
G-3: Qualitätsinformationen müssen so erhoben werden und so aufbereitet sein, dass Inhalt und Umfang den Bedürfnissen der jeweiligen Nutzer entsprechen.	Qualitäts- transparenz 90,1%
A-2: Im Fokus (der Qualitätsforschung) muss die Wirkung von QM-Aktivitäten auf patientenrelevante Ergebnisse stehen.	Qualitäts- forschung 85,2%
I-1: Wir brauchen ein Qualitätsmanagement der Gesundheitsversorgung, das sich an patientenrelevanten kurz- und langfristigen Gesundheitsergebnissen orientiert.	Patienten- und Ergebnisorientie- -rung beim QM 85,0%

Fazit (I)

- 12 Themenbereiche mit 31 Thesen formuliert
- Hohe Zustimmung zu den Thesen aus dem Delphiprozess
 - Kritik: zu theoretisch, wenig praktische Umsetzung
- Hohe Übereinstimmung der Beurteilung der Thesen durch die Akteure
- Wenige zusätzliche Hemmnisse & Ideen für Maßnahmen zur Umsetzung von Q & QM
 - Sektorübergreifende Versorgung und Transparenz

Fazit (II): Nächste Schritte

- Stärkere Einbindung des Qualitätsgedankens und Qualitätsmanagements sowie von Themen wie Teamarbeit, soziale und kommunikative Kompetenz, Befähigung zur Selbstreflexion in die Ausbildung aller Gesundheitsberufe
- Etablierung einer sektorübergreifenden Qualitätstransparenz und qualitätsfördernder Anreize
- Entwicklung am Patientenergebnis orientierter Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren für das deutsche Gesundheitswesen
- Vermehrte Forschung zur Qualität der Gesundheitsversorgung und zur Wirksamkeit qualitätsfördernder Maßnahmen
- Etablierung dokumentations- und informationstechnischer Standards, die eine möglichst ressourcenschonende Qualitätsarbeit unterstützen