

Norbert Schmacke

Qualitätsmanagement als Grundlage der Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten

*4. Gemeinsamer Kongress der BARMER GEK und der BAG SELBSTHILFE
„Erkenntnisse nutzen – Qualität gestalten“, Berlin 01.12.2014*

Viele von Ihnen werden den wunderbaren Film „Und täglich grüßt das Murmeltier“ kennen. Bei der Beschäftigung mit Qualitätsfragen im Gesundheitswesen habe ich manchmal den Eindruck, dass es mir geht wie Bill Murray, der morgens geweckt wird und den immer gleichen frustrierenden Tagesablauf erlebt. Man könnte auch den Buddhismus bemühen und sagen: Der Weg ist das Ziel, nicht zuletzt auch Albert Camus, der seinen Sisyphus-Essay mit dem tröstlichen Satz beendete: „Wir müssen uns Sisyphus als einen glücklichen Menschen vorstellen“. Ganz so weise wird mein Vortrag aber nicht werden, keine Sorge. Ich werde Ihnen drei so persönliche wie begründete Erwartungen an ein gutes Versorgungssystem vorstellen, ehe ich abschließend meine persönliche Einschätzung der Bedeutung von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen erzählen werde.

- 1. Ich möchte, dass Therapeutinnen und Therapeuten mir zuhören und sich für meine Fragen und Überlegungen zu meinen gesundheitlichen Problemen interessieren.**

Diese Mikrowelt ist das, was uns im Falle von Krankheit oder Sorge vor Krankwerden unmittelbar interessiert. Und wo immer Sie Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit lesen, stoßen Sie auf die Klage, dass viele Ärztinnen und Ärzte nicht richtig zuhören. In einem scheinbaren Widerspruch dazu steht, dass Patientinnen und Patienten auch häufig erzählen, Ihre Ärztin, Ihr Arzt habe immer Zeit für Sie. Darüber können wir vielleicht am Schluss gut diskutieren. Ein weiterer interessanter Befund ist, dass die große Menschenschar, die auf Komplementärmedizin schwört, begeistert berichtet, hier habe ihnen erstmals in ihrem Leben jemand richtig zugehört. Die

Kommunikation, soviel steht fest, ist ein Riesenthema für die Gestaltung guter Medizin. Welche QM-Maßnahmen werden hierfür bemüht?

Zunächst richten sich alle Hoffnungen auf eine größere Patientenorientierung im Medizinstudium. Und hier finden sich beachtliche Fortschritte seit vielleicht zwanzig Jahren. Auch in der ärztliche Fort- und Weiterbildung lassen sich gute Curricula nachweisen, in denen die Kernkompetenzen gelingender Gesprächsführung vermittelt werden. Man kann weiter anfügen: Balintgruppen, Qualitätszirkel, Teambesprechungen, Supervision. Das alles gibt es in prinzipiell gut entwickelter Form.

Was kommt davon im Alltag an, ist die andere Frage. Leider ist ungewiss, ob die Fortschritte in der Medizinerbildung nachhaltige Effekte zeigen. Manches spricht dafür, dass die Kunst der Patientenzentrierung im Alltag verblasst. Es bleibt insoweit dabei, dass es überwiegend die „Netten“ sind, von denen Patientinnen und Patienten schwärmen, die Naturtalente, die Kirchgänger, die den Besuch von Fortbildungen und Trainingseinheiten am wenigsten brauchen. Mein Eindruck ist, dass wir auf eine neue Kultur wechselseitigen Respekts in der Versorgung weiter hoffen müssen und dass die hochfliegende Idee des Shared Decision Making, grauenvoll mit „partizipative Entscheidungsfindung“ übersetzt, keine Landeerlaubnis bekommt. Kann sich dieser Zustand bessern? Wohl nur langsam, aber umso wichtiger erscheint mir, die Rechte und Informationsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten zu stärken, auch die Unterstützungsmöglichkeiten für diejenigen, welche kaum oder gar nicht in der Lage sind, sich zu informieren und Fragen zu stellen. Hierher gehört in Zeiten lebhafter Migration nicht zuletzt auch das Problem der Sprachmittlung zwischen TherapeutInnen und Therapeuten und ihren PatientInnen und Patienten: dies ist vor allem, aber nicht nur in eine Richtung weitgehend ungelöst.

2. Ich möchte, dass Therapeutinnen und Therapeuten mit den wesentlichen Standards guter Diagnostik und Therapie vertraut sind und es für selbstverständlich halten, diese bei der Erörterung von Behandlungsmöglichkeiten zu erläutern.

Ich halte das deshalb für so wichtig, weil jemand, der die zu einem jeweiligen Zeitpunkt bestehenden Standards nicht kennt, keine fundierte wie individualisierte Medizin praktizieren kann. Und im Vergleich zu der Zeit, als ich meine Weiterbildung zum Arzt für innere Medizin begonnen habe, sind erhebliche Fortschritte zu verzeichnen. Es gibt ein hohes Maß an Übereinstimmung in der internationalen Debatte, wie man gute von schlechten Studien unterscheiden kann, wie der häufig vorliegende Wust an Studien gesichtet und interpretiert werden kann und wie daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können. Dies ist die Welt der Cochrane-Collaboration, von EbM und HTA. Auf solchen Konzepten fußen gute Leitlinien, und es lassen sich daraus die bitter benötigten Patientenversionen von Leitlinien entwickeln.

Im Medizinstudium werden dazu heute Grundkenntnisse vermittelt, und wer will, kann in Fort- und Weiterbildung davon gewaltig profitieren. QM-Methoden, die darauf aufbauen, sind die Qualitätszirkelarbeit und das Peer-Review-Verfahren. Last not least: auch die Welt der Richtlinien des GBA kann hier systematisch verortet werden, jedenfalls soweit diese sich substantiell auf die im Regelwerk des GBA verankerte Methodik stützen können. Das IQWiG hat sich zu einem wichtigen wissenschaftlichen Berater des GBA entwickelt, und ich halte es für wichtig, systematisch über Synergien zwischen dem IQWiG und dem jetzt neu aus der Taufe gehobenen Institut für Qualität nachzudenken.

Leider gibt es reichlich Wasser, mit dem der hier von mir präsentierte Wein fortwährend hochgradig verdünnt wird. Noch immer werden Leitlinien präsentiert, die von Lobbyinteressen durchzogen sind, manche Leitlinien sind so voluminös, dass sie kein Praktiker anfasst, und gerade die guten Leitlinien sind oft in der Praxis nicht ausreichend bekannt und können zum Teil immer noch als billige Kochbuchmedizin veräußert werden. Ein noch größeres Ärgernis ist das System der weitgehenden Finanzierung von Fortbildungsveranstaltungen durch Lobbyisten, vor allem die pharmazeu-

tische Industrie. Die auch vorhandenen gut gemachten Veranstaltungen und Medien werden wieder überwiegend von Mitgliedern der Kirchengemeinde genutzt, die den Umgang mit den Grundprinzipien der Evidenzbasierung sowieso schon gut beherrschen. Ganz irritierend finde ich noch etwas anderes. Politik und Gesetzgeber akzeptieren nach wie vor, dass für die Welt der ambulanten Versorgung und die Welt der Krankenhausmedizin verschiedene Gütemaßstäbe anzulegen sind. Hinter den technischen und blutleeren Begriffen des Verbots- und des Erlaubnisvorbehalts verbirgt sich nichts anderes als ein Freibrief für die Krankenhäuser, selber darüber zu bestimmen, welche neuen Methoden der Versorgung sie verwenden wollen, auch wenn diese noch nicht in guten Studien als dem Standard überlegen getestet sind. Nun bin ich schon auch davon überzeugt, dass es im Krankenhaus oft mit rechten Dingen zugeht, aber woher die Sicherheit stammt, dass jeder Chefarzt in jeder wie auch immer geschnittenen Abteilung schon weiß, wie die Standards der Medizin aussehen, das habe ich bis heute nicht verstanden. Sachlich lässt sich das jedenfalls nicht begründen. Der GKV-Spitzenverband hat vorgeschlagen, das Kernproblem der Evaluation neuer Behandlungsverfahren im stationären Sektor durch Schaffung von Innovationszentren zu lösen, die Politik hält das aber offenbar weiter für nicht durchsetzungsfähig.

Wenn von EbM und Standards die Rede ist, dann muss man am Ende wohl vor allem darüber reden, wie eine neue Kultur des Vertrauens in die Medizin und in der Medizin entstehen kann. Die Stärkung der Patientenrechte ist das eine, und hier haben wir ganz gewiss einiges erreicht, und viel ist noch zu tun, aber es gibt meines Erachtens auch so etwas wie eine nicht zu ersetzende professionsgebundene Bringeschuld der Ärzteschaft in Sachen gute Medizin. Und diese kann nicht durch kleinteilige Qualitätskontrollen ersetzt werden. Vielleicht ist das ein wichtiger Diskussionspunkt.

3. Ich möchte, dass die Versorgungsstrukturen in einem kontinuierlichen Prozess dem Versorgungsbedarf angepasst werden und dass der dazu erforderliche Forschungs- und Entwicklungsprozess verstanden und finanziert wird.

Wie Sie sehen, springe ich jetzt mit dem QM-Thema auf die Makroebene. Für mich ist Systemgestaltung ein unverzichtbarer Baustein von QM, im englischen Jargon ist die Rede von Evidence Based Health Care. Wie sieht der Baukasten in diesem Feld heute aus? In der GKV geht es um Bedarfsplanung, um Modellvorhaben und neuerdings um Vertragswettbewerb. Hier ist die Rede vom Zusammenhang zwischen der Größe von Krankenhausabteilungen, der Häufigkeit von Eingriffen und der Ergebnisqualität. Hier ist die Rede von der Gesamtzahl an Krankenhausbetten und der Besetzung der Stationen und Funktionsdienste mit qualifiziertem Personal. Hier lässt sich auch die Verpflichtung zur Umsetzung eines wirksamen Entlassungsmanagements verorten, und auch die zaghaften Ansätze zur Delegation ärztlicher Leistungen gehören hierher. Darauf würde ich noch lieber verweisen, wenn es die Verpflichtung zu einer ordentlichen Evaluation gäbe bzw. eine solche praktiziert würde.

Die Bilanz des Nettonutzens der genannten Ansätze auf der Strukturebene fällt bescheiden aus, wobei es erfahrene Repräsentanten der GKV gibt, die sagen: es geht nicht besser, es geht nicht mehr als ein permanenter Prozess des „Muddling Through“, ins Deutsche uncharmant mit „Sich-Durchwursteln“ übersetzbar. Ich halte das für falsch und bin überzeugt, dass wir deutlich besser sein könnten. Dazu verweise ich exemplarisch auf die Bedeutung der Allgemeinmedizin. Im Moment erleben wir das wirklich mühsame Umstellen einer Weiche, die in der Nachkriegszeit in der alten Bundesrepublik in Richtung Privilegierung der ambulanten spezialistischen Medizin gestellt worden ist. Heute spricht die Politik von der Notwendigkeit der Stärkung der Allgemeinmedizin, und dies ist ein so wichtiger wie zarter Versuch, wieder ein Fundament für das zu schaffen, was im Englischen ‚Primary Care‘ genannt wird. Dazu gehört ganz wesentlich auch die Stärkung des Einflusses der Pflege auf den Versorgungsalltag. Dieses verloren gegangene Terrain ist nur mit langem Atem wieder zu gewinnen. Der ausgelobte Innovationsfonds sowie die für deutsche Verhältnisse üppig ausgestatteten Versorgungsforschung bieten prinzipiell die Chance,

neue Versorgungsstrukturen theoretisch gut begründet und endlich auch mit angemessenen Evaluationsmethoden zu erproben. Dazu müsste freilich im Gesetzgebungsverfahren vor allem in Sachen wissenschaftlicher Fundierung der Prozesse der Mittelvergabe noch erheblich nachgebessert werden. Sonst verschwinden diese großen Summen in den Mägen hungriger Wölfe.

Wo steht nun nach dem Gesagten QM im Verhältnis zur Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten?

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung, zwei enge Verwandte, sind in den letzten 10 Jahren massiv politisch und materiell aufgewertet worden. Das war wichtig und hilft vor allem, in einem aufwändigen und auch nicht unstrittigen Prozess eine bessere Datenbasis für die Diskussion um Qualitätsdefizite zu erzeugen. Es gibt heute auch fraglos eine größere Bereitschaft, über solche Qualitätsdefizite und deren Beseitigung öffentlich zu diskutieren. Nicht alle Favoriten, die auf dem Markt der Möglichkeiten angeboten werden, sind so Erfolg versprechend wie sie gehandelt werden. ‚Pay for Performance‘ gehört in diese Kategorie unrealistischer Hoffnungsträger, aber Politik und Evidenz leben immer in einem angespannten Verhältnis zueinander. Heute käme es stattdessen vorrangig darauf an, das Übermaß an diagnostischen und therapeutischen Eingriffen zu beseitigen, und damit ist die Rede von perversen ökonomischen Anreizen, die bislang unangetastet bleiben.

Mein Gesamteindruck ist schließlich folgender:

Die Belege zum patientenrelevanten Nutzen von QM sind leider außerordentlich ernüchternd, und Erfolg versprechende Ansätze, etwa zur Prävention von Infektionen mit multiresistenten Keimen werden nur im Zeitlupentempo umgesetzt. Ein echtes Problem besteht freilich auch darin, dass die Anwendung isolierter QM-Ansätze in ihrem Nutzen begrenzt ist, wirksam ist vermutlich oft eine Bündelung von Maßnahmen, ohne immer voraussagen zu können, welche Komponenten die entscheidenden sind. Daraus würde ich ableiten: es kann zu einem eigenen Problem werden,

Ansätze des QM zu überschätzen. Überschätzung führt unweigerlich zu Enttäuschungen und der Gefahr, am Ende alles, was unter QS und QM kommuniziert wird, wieder als überflüssig zu betrachten. Unterschätzt wird, und das ist meine zweite Kernbotschaft, die Entschlossenheit dafür zu sorgen, dass die Einschleusung unsicherer und gefährlicher Methoden in der Medizin so gut es geht reduziert wird und der „Bestandsmarkt“ systematischer als bisher bereinigt wird. Dass eine Gesellschaft nicht darauf besteht, dass der Markteintritt von Medikamenten von einer Nutzenbewertung abhängig gemacht wird oder, wo dies nicht geht, auf das Instrument bedingter Zulassungen zurückgreift, das ist wiederum aus Sicht einer guten Medizin nicht zu verstehen, ökonomisch aber natürlich leicht. Der Arzneimittelmarkt ist wirklich extrem. Höhere Anforderungen sind aber an alle Bereiche der Diagnostik und Therapie zu stellen. Und das wird nur funktionieren, wenn die Bürgerinnen und Bürger besser durchschauen, wo sich hinter der Beschwörung von Innovationen nichts anderes als Profitinteressen verbergen und wo andererseits tatsächlich Versorgungsdefizite bestehen. Vor allem verlässliche Versorgungsketten gehören zu den Stiefkindern der Versorgung. Wer morgen und übermorgen die wachsende Zahl alleinstehender alter und hochbetagter Menschen, die nicht über ein privates soziales Netz verfügen, zur Frage einer vernünftigen Nutzung der Angebote beraten soll, ist mir mit Blick auf unsere heutigen Strukturen ein Rätsel. Schon heute ist es auch für kundige Menschen alles andere als einfach, die vorhandenen Perlen in unserem Gesundheitssystem auf eine Kette aufzufädeln. Damit bin ich am Ende meiner Überlegungen angelangt.

Ich wünsche mir, dass vieles von dem, was ich erzählt habe, zu düster ist und es mir eines Tages dann doch so geht wie Bill Murray in „Und täglich grüßt das Murmeltier“, dem nach einem sich stereotyp wiederholenden 2. Februar ein 3. Februar gegönnt wird, der ihn aus der quälenden Zeitschleife erlöst und zu einem glücklichen Menschen macht.

Verwendete Literatur

- Alexander JA, Hearld LR. Med Review. The science of quality improvement implementation: developing capacity to make a difference. *Care*. 2011 Dec;49 Suppl:S6-20. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181e1709c.
- Feuerstein JD, Akbari M, Gifford AE, Hurley CM, Leffler DA, Sheth SG, Cheifetz AS. Systematic analysis underlying the quality of the scientific evidence and conflicts of interest in interventional medicine subspecialty guidelines. *Mayo Clin Proc*. 2014 Jan;89(1):16-24. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.09.013.
- GKV-Spitzenverband. Innovationszentren in der GKV-Versorgung (2011). http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Broschuere_Innovationszentren_web.pdf
- Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA*. 2001 Nov 28;286(20):2578-85.
- Himmelstein DU, Ariely D, Woolhandler S. Pay-for-performance: toxic to quality? Insights from behavioral economics. *Int J Health Serv*. 2014;44(2):203-14
- Lieb, Klaus, Klemperer, David, Ludwig, Wolf-Dieter (Hrsg.) *Interessenkonflikte in der Medizin Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten*, Springer 2011
- Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011 Aug;86(8):996-1009. doi: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
- Schmacke, N. (2011). Nutzenbewertung, Patientensicherheit, Qualitätssicherung: entwickelt sich eine neue Qualitätskultur? QS-Konferenz des G-BA am 28.11.2011 in Berlin. http://www.ipp.uni-bremen.de/srv/www.ipp.uni-bremen.de/homepages/schmacke/de/QS_Konferenz_Vortragsmanuskript_Final.pdf
- Schmacke, N. (2013). Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. IPP-Schriften, Ausgabe 11/2013. http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippschriften/ipp_schriften11.pdf
- Schmacke, N. (2014). Forschung und Entwicklung: eine unverhoffte Chance für die GKV - Grundsätzliche Bemerkungen zu einem ambitionierten Projekt der Politik. *G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik*, 02/2014, S. 16-19
- Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence-based quality improvement: the state of the science. *Health Aff (Millwood)*. 2005 Jan-Feb;24(1):138-50.
- Wouda JC, van de Wiel HB. The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Educ Couns*. 2012 Jan;86(1):57-62. doi: 10.1016/j.pec.2011.03.011. Epub 2011 Apr 17.