

**Rede von Prof. Dr. Elisabeth Pott, unparteiisches Mitglied des
Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und Vorsitzende des
Unterausschusses Qualitätssicherung**

**zur Eröffnung der
10. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA am 24. und 25. September 2018
in Berlin**

– Es gilt das gesprochene Wort. –

Sehr geehrte Damen und Herren,

lieber Herr Professor Geraedts,

lieber Herr Jylling,

herzlich willkommen zur inzwischen 10. Qualitätssicherungskonferenz des
Gemeinsamen Bundesausschusses. Es gibt sicher nicht wenige unter Ihnen, die seit der
ersten Konferenz dabei sind, für mich ist es allerdings die erste.

Daher möchte ich mich, auch wenn ich zum heutigen Tage annähernd 100 Tage
unparteiisches Mitglied beim Gemeinsamen Bundesausschuss und Vorsitzende des
Unterausschusses Qualitätssicherung bin, Ihnen kurz vorstellen. [Vorstellung]

In den kommenden zwei Konferenztagen erwartet uns ein umfangreiches und vielseitiges
Programm, wobei der morgige, zweite Konferenztag vom IQTIG gestaltet werden wird. Herr
Dr. Veit, den ich an dieser Stelle auch herzlich begrüße, hat in diesem Jahr die bisherige
thematische Eingrenzung auf die externe stationäre Qualitätssicherung ein Stück weit
aufgehoben und als Leitthema das Verhältnis von externer zu interner Qualitätssicherung
gewählt. Ein sehr spannender Ansatz, wie ich finde!

Aber auch das „Flaggschiff“ unserer datengestützten Qualitätssicherung, der vom IQTIG im
Auftrag des G-BA erstellte Qualitätsreport, soll nicht unerwähnt bleiben. Für das

Erfassungsjahr 2017 wurden hier rund 2,5 Millionen Datensätze von 1.516 Krankenhäusern mit insgesamt 1.834 Standorten durch das IQTIG ausgewertet. Erstmals kommen auch Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung hinzu: Für das Verfahren QS Perkutane Koronarintervention umfasst der Bundesdatenpool rund 781.000 Datensätze, davon wurden 60.000 von 273 Vertragsärztinnen und -ärzten geliefert. Das IQTIG hat also auch die neue Herausforderung – die Einbeziehung von Daten aus dem vertragsärztlichen Bereich – gemeistert. An dieser Stelle sei sowohl dem Institut als natürlich auch den Mitgliedern der Bundesfachgruppen herzlich für ihren Einsatz gedankt.

Zur Einleitung dieses ersten Konferenztages möchte ich meine Ziele und Schwerpunkte zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung unter meinem Vorsitz im Unterausschuss Qualitätssicherung kurz umreißen. Ich sehe dabei die kontinuierliche Weiterentwicklung des Erreichten als meine vorrangige Aufgabe an. Darüber hinaus halte ich es für meine Aufgabe, Impulse zur weiteren Verbesserung unserer Prozesse und Verfahren zu setzen.

Mein Verständnis von Qualitätssicherung und ihrer Ziele lässt sich anhand der Stichworte „Empowerment“, „Partizipation“ und „Nachhaltigkeit“ umreißen. Diese möchte ich als Leitgedanken verstehen, die uns allen bei unserer täglichen Arbeit in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung am Herzen liegen sollen.

Zunächst zu dem Verständnis von Qualitätssicherung, für das ich werben möchte: Wir sollten Qualitätssicherung wieder umfassender denken und ganze Behandlungsverläufe in den Blick zu nehmen. Zuletzt war dies, zum Teil bedingt durch gesetzliche Vorgaben – ich denke hier vor allem an das Krankenhausstrukturgesetz –, häufig nicht der Fall.

Bereits der Begriff ist aus meiner Sicht zu begrenzend: Schließlich streben wir eine Weiterentwicklung der Qualität an, nicht bloß eine Sicherstellung des Bestehenden. Daher wären Qualitätsentwicklung beziehungsweise Qualitätsförderung die angemesseneren Bezeichnungen.

Die bisherige Entwicklung der Qualitätssicherung – von einem Instrument zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgung hin zu einem Instrument der Kostendämpfung und Leistungsbegrenzung – sehe ich sehr kritisch. Diese Entwicklung gefährdet aus meiner Sicht das Ziel, die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern und dabei alle Akteure mitzunehmen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir sollten gemeinsam das Ziel verfolgen, dass Qualitätsförderung alle Ebenen unseres Gesundheitswesens wirksam und nachhaltig durchdringt, und dabei die unterschiedlichen Zielgruppen einbeziehen. Wir müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, die Versorgungsqualität in allen Sektoren auf ein hohes Niveau zu bringen.

Dieses Ziel muss in die Köpfe aller Akteure des Gesundheitswesens, der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen sowie auch in die der Politik. Die Idee der kontinuierlichen Verbesserung muss in die Organisationen getragen werden, dazu wollen wir mit unseren Diskussionen im G-BA beitragen.

Es gilt nicht nur Sektoren zu überwinden, es gilt auch, die verschiedenen Gremien in Ihren einzelnen Organisationen, Instituten oder Häusern zu übergreifendem Denken zu bewegen. Diese Denkweise sollte auch im Gemeinsamen Bundesausschuss gestärkt werden. Auch da ist sie meiner Ansicht nach die unabdingbare Voraussetzung für sektorenübergreifende Qualitätsförderung.

Komme ich nun zum ersten Leitgedanken, dem „Empowerment“. Damit meine ich in erster Linie die Verbesserung der Kompetenz aller Akteure im Gesundheitswesen und der Versicherten, sich in unserem Gesundheitssystem zurechtzufinden. Denn unser Gesundheitssystem ist einerseits ein sehr gutes, zugleich aber in seinen Strukturen extrem komplex und selbst von Profis nur schwer zu verstehen. Und Versicherten fehlt es ja nicht an Informationen, es ist sogar eine schiere Informationsflut, der alle ausgesetzt sind, die sich mit dem Thema Gesundheit beschäftigen wollen oder müssen.

Wenn man beispielsweise das Wort „Krebs“ googelt, erscheinen etwa 38 Millionen Treffer. Unter anderem erfahren Sie, dass tägliches Nügelkauen Krebs auslösen kann – Sie sehen das Problem.

Es ist ungemein wichtig, dass neutrale und wissenschaftlich fundierte, gut verständliche Informationen zu unserem Gesundheitssystem und zu wichtigen Fragen der medizinischen Versorgung für alle verfügbar sind.

Auch im Bereich der Qualitätssicherung haben wir sehr viele Daten und Informationen und müssen nun sehen, wie wir sie adressatengerecht kommunizieren. Diese Transparenz ist wichtig, wir brauchen bessere Informationen für die Patienten und Versicherten über die Qualität unserer Krankenhäuser, aber auch über die der Vertragsärzte und Vertragszahnärzte. Wir werden die Qualitätsberichte der Krankenhäuser um ein eigenes Kapitel mit allgemeinverständlichen Informationen für Patientinnen und Patienten ergänzen. Wir werden das IQTIG beauftragen, ein Qualitätsportal zu entwickeln, das eine einrichtungsbezogene vergleichende risikoadjustierte Übersicht über die Qualität der stationären Versorgung ermöglichen wird. Aber nicht nur der G-BA ist bei diesem Thema in der Pflicht, auch die Gesundheitsberufe sind aufgefordert, ihre Kommunikation mit Patienten und Angehörigen zu verbessern und dies als Lernziel in den jeweiligen Ausbildungen fest zu verankern.

Der zweite Leitgedanke, den ich als Basis unserer Arbeit sehe, ist die „Partizipation“. Der G-BA ist in seiner Struktur schon auf Partizipation der systemverantwortlichen Akteure angelegt und hat diese in seinen Verfahrensregeln klar und transparent geregelt. Die Mitwirkung der Patientenvertretung in unseren Gremien – von der Arbeitsgruppe über den Unterausschuss bis ins Plenum – ist seit 2004 fest verankert.

Wir alle wissen um die Problematik, dass es Zeit, Energie und Sachverstand braucht, um aktiv an Entscheidungsprozessen teilnehmen zu können. Es liegt an uns, dies im Blick

zu behalten, um bei unseren Beratungen und bei den von uns auf den Weg gebrachten Richtlinien und QS-Verfahren von der Partizipation sowohl von Expertinnen und Experten aus der Praxis als auch von Patientinnen und Patienten zu profitieren.

Allerdings ist es eine schwierige Gratwanderung, Partizipation und die ja zu Recht geforderte Beschleunigung und Stringenz von G-BA-Verfahren in Einklang zu bringen. Diese Herausforderung müssen wir immer wieder aufs Neue gemeinsam meistern.

In der Qualitätssicherung hat die Partizipation von Patientinnen und Patienten besondere Relevanz. Deshalb wollen wir auch mittels Patientenbefragungen patientenrelevante Qualitätsaspekte bzw. patientenbezogene Ergebnisqualität ermitteln und damit „Patient-Reported Outcomes“ ermöglichen. Das IQTIG arbeitet bereits seit einiger Zeit an Konzepten für Befragungen als Ergänzung zu unseren QS-Verfahren PCI und Behandlung von Schizophrenie. Es ist elementar, dass auch Patientinnen und Patienten, die ja die Zielgruppe unseres Handelns sind, einbezogen werden. Durch diese Befragungen erhalten wir wichtige Daten, die nicht anders zu bekommen sind. Die Patientinnen und Patienten werden durch diese umfassende Beteiligung in ihrer Kompetenz gestärkt.

Dazu ist es auch notwendig, dass wir alle Beteiligten besser über die Arbeit des G-BA aufklären. Bezeichnungen wie „kleiner Gesetzgeber“ sind hier nur wenig förderlich, denn sie gehen am Kernelement der Selbstverwaltung vorbei. Sowohl Versicherte als auch Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte und Ausübende weiterer Gesundheitsberufe sollten die Grundzüge der Aufgaben und Strukturen der Selbstverwaltung und besonders die des G-BA kennen. Ich lade deshalb alle Beteiligten ein, die umfassenden und zielgruppenspezifischen Informationen, die wir auf der Webseite und auch im Printformat zu allen inhaltlichen Aufgaben und den jeweiligen Verfahrensschritten vorhalten, umfassend zu nutzen. Auch hier sehe ich ein wichtiges Modul, das in den jeweiligen Ausbildungen im Gesundheitsbereich verankert sein muss.

Ich möchte daher an Sie, liebe Anwesende, appellieren: an die Bänke, dass Sie uns aktiv auf Bundes-, Landes- und Ortsebene unterstützen, über die Arbeit des G-BA aufzuklären. Und Sie, liebe Anwesende aus Versorgung, Selbsthilfe und weitere interessierte Bürgerinnen und Bürger, bitte ich: Treten Sie in den Dialog mit uns ein, damit wir gemeinsam eine positive motivierende Qualitätskultur entwickeln können.

Als dritter Leitgedanke ist mir die „Nachhaltigkeit“ auch in der Qualitätssicherung ein großes Anliegen. Sie kennen das sogenannte Drei-Säulen-Modell mit den Dimensionen der ökologischen, ökonomischen und sozialen Nachhaltigkeit. Ich möchte es für unsere Zwecke interpretieren: Im Sinne der sozialen Nachhaltigkeit sind Konsenswillen und eine konstruktive Diskussionskultur die Leitplanken. Unsere Verfahren sollten dauerhaft, beständig und verlässlich konzipiert und zugleich auch „lernende Systeme“ sein, um das Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Versorgung möglichst nachhaltig zu erreichen.

Dies sind sicher ideale Vorstellungen, denen wir leider noch nicht immer gerecht werden.

Was tun wir aber, wenn die Qualitätspotenziale unserer Verfahren ausgeschöpft sind? Wir sehen die Schwachstellen der externen stationären Qualitätssicherung und des Strukturierten Dialogs. Und – meine Damen und Herren – wir sind dabei, bestehende Leistungsbereiche weiterzuentwickeln und zu erproben. Wir wollen u. a. das Verfahren der gynäkologischen Operationen sektorenübergreifend ausgestalten und entwickeln zudem eine Strukturqualitäts-Richtlinie zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei Femurfrakturen.

Das sind schon recht große Schritte. Aber wäre es nicht zum Beispiel auch angezeigt, neben der Überarbeitung der Indikatoren einen Schritt zurückzutreten und unsere Qualitätsziele zu prüfen? Wir sollten mit unseren Verfahren Qualitätsziele verfolgen, die auf die Aktivierung der Patientinnen und Patienten und auf die Förderung des Wohlbefindens ausgerichtet sind.

Ich denke, dass die sektorenübergreifende Qualitätssicherung das Potenzial hat, hier neue Verbesserungsimpulse zu setzen. Wir müssen uns aber lösen von einer ausschließlichen Orientierung auf Prozessqualität, wir brauchen zudem bessere Kriterien zur Messung von patientenrelevanten Outcomes, also von Ergebnisqualität. Dabei müssen wir auch berücksichtigen, dass – wie bei jeder medizinischen Intervention – auch bei der Qualitätsentwicklung Nebenwirkungen auftreten können. Ich denke da auch an übermäßigen bürokratischen Aufwand für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Dies müssen wir im Blick behalten.

Ich möchte jedenfalls im dargestellten Sinne dazu beitragen, unsere Verfahren schon im Stadium der Konzeptionierung so zu optimieren, dass wir zum Schluss das gesamte Spektrum von Plan-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität im Blick haben, genauso wie die Behandlungsverläufe, deren Qualität wir beurteilen wollen.

Ich freue mich sehr, dass ich den nächsten zwei Tagen die Gelegenheit habe, so konzentrierten Input zu zentralen Themen der Qualitätssicherung zu bekommen und vertiefen zu können. Nicht weniger freue ich mich auf die persönliche Begegnung mit Ihnen, meine Damen und Herren. Diese Konferenz ist ein großartiges Forum für den Expertenaustausch.

Das ist ein gute Überleitung:

Ich begrüße nun Professor Geraedts, der einen Vortrag über die Grenzen der im Verantwortungsbereich des G-BA durchgeführten Qualitätssicherung halten wird.

Max Geraedts ist Professor am Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie im Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg. Er ist weiterhin unter anderem Wissenschaftliches Beiratsmitglied beim IQTIG, Mitherausgeber der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, der „ZEFQ“, und Sprecher der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung.

Lieber Herr Geraedts, ich richte mich auf eine kritische Analyse der Arbeit des G-BA aus der Perspektive der Versorgungsforschung ein. Als Beispiele haben Sie sich auch gleich die drei prominenten Maßnahmen „externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser“, „Qualitätsberichte“ und „Mindestmengen“ ausgesucht.

Kritik mag für den Betroffenen vielleicht nicht immer angenehm sein, aber eben dieses Aufzeigen des Weiterentwicklungsbedarfs unserer Instrumente zur Qualitätssicherung ist genau die Aufgabe der Gesundheitsversorgungsforschung. Wie bei der externen stationären Qualitätssicherung braucht es auch bei der Qualitätssicherung der Verfahren des G-BA den Blick von außen, um Defizite erkennen zu können.

Lieber Herr Geraedts, ich freue mich auf Ihren Vortrag!

Ich begrüße nun Herrn Jylling. Er wird einen Vortrag halten über das Thema Qualität im dänischen Gesundheitssystem – von der prozessorientierten Akkreditierung zum ergebnisorientierten Ansatz.

Erik Jylling ist Executive Vice President für den Bereich der Gesundheitspolitik der dänischen Regionen. Er ist Mediziner, aus dem Bereich der Anästhesiologie und Intensivmedizin, der nicht nur langjährige Erfahrung in der klinischen Praxis hat, sondern auch als Berater in verschiedenen Gremien vertreten war und ist. Darüber hinaus ist Herr Jylling Mitbegründer der Dänischen Organisation für Patientensicherheit, also – ich sage es mal so – dem dänischen Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Lieber Herr Jylling, in den letzten zwei Jahren hat sich Dänemark zu einem der beliebten Reiseländer für Akteure des deutschen Gesundheitssystems entwickelt. Jeder kommt zu Ihnen, um sich die neuen „Super-Krankenhäuser“ anzusehen, aber auch Ihre Lösungen im Bereich der Telematik und zur Einbindung der Pflege stoßen auf Interesse.

Sie werden uns heute aber von einem Aspekt berichten, der bisher nicht so große Aufmerksamkeit erfahren hat wie Ihre Krankenhausstrukturreform, nämlich das Nationale Qualitätsprogramm in Dänemark.

Bei diesem Programm – so habe ich es zumindest verstanden – sind viele Punkte aufgegriffen worden, die auch aus meiner Sicht wichtig sind. Das sind unter anderem die systematische Einbeziehung von Patientinnen und Patienten sowie der Fokus auf Qualitätsförderung.

Was mich in diesem Zusammenhang interessiert: Wie schaffen Sie es, die Balance zu halten zwischen der Kontrolle und Durchsetzung von Qualität und der Qualitätsförderung? Ich hoffe, dass sie diesen Aspekt ebenfalls darstellen.

Lieber Herr Jylling, ich freue mich auf Ihren Vortrag – the floor is yours.

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Abschluss möchte ich nicht versäumen, der Abteilung QS-V des G-BA, allen voran Frau Dr. Winkler-Komp und Frau Wolff, für die wie immer perfekte Vorbereitung der QS-Konferenz zu danken!