

## Zusammenfassung und Schlusswort

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem Referat von Frau Kastenholz ist ein langer, aber jederzeit interessanter Tag zu Ende gegangen. Was sind nun die Ergebnisse dieses 7. Bremer Qualitätsforums?

Zu Beginn der Veranstaltung habe ich heute Morgen versucht, im Eingangsreferat einen strukturierenden Rahmen zu setzen. Dabei wurde – neben begrifflichen und konzeptionellen Klärungen – insbesondere thematisiert, auf welchen Ebenen Qualität gesteuert werden kann und welche Rolle dabei finanzielle Anreize und Qualitätswettbewerb spielen können.

Herr **Gibis** hat uns dann die aktuellen Überlegungen zur Bedarfsplanung vorgestellt. Damit hat er eine Dimension der Qualitätsdiskussion thematisiert, die einem in der Regel nicht als erstes in den Sinn kommt – die der wohnortnahen Versorgung. Qualität in der Versorgung bedeutet aber eben auch, dass überall im Bundesgebiet ein angemessener Zugang zur Versorgung gewährleistet sein muss. Herr Gibis hat uns gezeigt, wie sich die Situation diesbezüglich zurzeit darstellt und welche Instrumente diskutiert werden um eine gleichmäßig(er)e Versorgung sicher zu stellen.

Frau **Köster-Steinebach** hat die eingangs gestellte Frage nach der möglichen Rolle der Patienten bei der Steuerung der Qualität aufgegriffen und durchdekliniert. Sie hat dabei deutlich gemacht, dass derzeit die Voraussetzungen für eine informierte Wahl der Patienten mit qualitätssteuerndem Effekt auf der Systemebene *nicht* gegeben sind, das das Potential dazu aber durchaus erkennbar ist.

Die Berücksichtigung von Qualitätskriterien bei der Nutzenbewertung von Verfahren und Medikamenten wurde von Herrn **Windeler** thematisiert. Qualität bei der Nutzenbewertung heißt für ihn insbesondere Qualität bei den Studien, die der Nutzenbewertung zugrunde liegen. Als „deutscher EbM-Pabst“ hat Windeler dabei nachdrücklich darauf hingewiesen, dass nur randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) bzw. – wie er es lieber fasst – prospektiv geplanten vergleichenden Interventionsstudien mit gesicherter Strukturgleichheit ~~prospektive vergleichende Studien mit Strukturgleichheit~~ (ProViIS) diesem Kriterium genügen.

Frau **Nolte** hat nach dem Mittagessen dann eine zentrale aktuelle Debatte, nämlich die um die Steuerung der Qualität durch selektive finanzielle Anreize aufgegriffen. Wie die berichteten Erfahrungen aus Australien, Neuseeland und England deutlich machen, bezeichnet „pay for performance“ (P4P) einen bunten Strauß an Maßnahmen. Darunter sind – in Australien und Neuseeland – vor allem Zusatzleistungen (wie Zusatzuntersuchungen, erweiterte Öffnungszeiten, spezielle Leistungen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen) die im europäischen Kontext ohne weitere im Rahmen von Einzelleistungsvergütungen berücksichtigt werden könnten – ohne dass dies als P4P bezeichnet werden müsste. Das englische Beispiel zeigt hingegen, dass es durchaus möglich ist, Outcome-Indikatoren für ein P4P in einem engeren Sinn zu benutzen. Eine Betrachtung der Wirkungen von P4P zeigt allerdings – nicht unerwartet -, dass bezüglich der gewählten (und zur Zusatzvergütung herangezogenen) Indikatoren relativ schnell Fortschritte gemacht werden, die Fortschritte dann aber stagnieren. Derartige Indikatoren können somit zwar zur Anhebung des Qualitätsniveaus in wohl definierten Bereichen führen, konstituieren aber keine dynamische und nachhaltige Qualitätsentwicklung.

Herr **Szecsényi** hat uns allen dann gezeigt, wie die „Mühen der Ebenen“ aussehen und wie Qualitätsindikatoren definiert, gemessen und verglichen werden können. Er hat damit gezeigt, wie die am Vormittag diskutierten Konzepte praktisch umgesetzt werden können und erste eindrucksvolle Daten über die Senkung von Mortalität durch Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgelegt.

Herr **Glaeske** hat uns schließlich alle aus unserem Nachmittagstief wieder herausgerissen und mit einem fulminanten Rundumschlag im Minutentakt neue Fragen aufgeworfen. Zugleich hat er uns aber auch einige Aussagen ins Stammbuch geschrieben. Etwas, dass wir uns nur auf Qualitätsindikatoren mit steuernder Wirkung konzentrieren sollten.

Wenn der Vortrag von Glaeske schon – und noch einmal – deutlich gemacht hat, dass uns noch einige Arbeit bevorsteht, so hat Frau **Kastenholz** konkretisiert, welche Schritte im BMG für 2011 und auch die beiden Folgejahre vorgesehen sind und damit die Bedeutung des in Auftrag gegebenen Gutachtens zu Pay-for-Performance hervorgehoben. Wir alle dürfen sehr auf die Ergebnisse dieses Gutachten gespannt sein.

Was bleibt von diesem Qualitätsforum, was können wir mit nach Hause nehmen?

Ich möchte die Antwort in Bezug auf vier Fragen gliedern:

1. Wer soll die Qualitätsentwicklung steuern?
2. Wie kann die Qualität(entwicklung) gemessen werden?
3. Welche Mechanismen stehen zur Verfügung, um Qualität zu steuern?
4. Wie können die Ergebnisse der Qualitätsentwicklungsmaßnahmen evaluiert werden?

Ad 1:

Insbesondere der Vortrag von Frau Köster-Steinebach hat deutlich gemacht, dass wir von einer Steuerung durch die Patienten derzeit nicht zu viel erwarten dürfen. Zwar birgt der Qualitätswettbewerb ein erhebliches Potential, allerdings ist noch viel zu tun, um die Informationen bereits zu stellen, die notwendig sind, damit die Patienten informierte Wahlen treffen können. Auch wenn diese Informationen bereitstehen, dürften sie nur von einer Minderheit der Patienten genutzt werden. Für die Systemebene kann dies aber durchaus ausreichend sein. Daneben ist aber die Gesundheitspolitik gefordert, die Anreize zu setzen, um die Leistungserbringer dazu zu veranlassen, von sich aus Anstrengungen zur Qualitätssteigerung zu unternehmen.

Ad 2:

Die Ausführungen von Szecsényi, Nolte und Glaeske haben deutlich gemacht, dass auch jetzt schon durchaus Indikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität vorliegen, die zur Qualitätssteuerung herangezogen werden könnten. Die Problematik liegt hier eher in der Auswahl einer begrenzten Zahl von Indikatoren, die auch eine dynamische Qualitätsentwicklung fördern und nicht nur ein bestimmtes Niveau statisch festschreiben.

Ad 3:

Für die Qualitätssteuerung wurden heute mehrere Mechanismen diskutiert: der Qualitätswettbewerb, finanzielle Anreize (Stichwort: P4P), Zulassungsregelungen bzw. Regelungen um die Zulassung von Anbietern und Produkten wieder zurückzunehmen sowie Ge- und Verbote. Alle diese Mechanismen haben Vor- und Nachteile, so dass leicht erkennbar ist, dass der Königsweg wohl in der Kombination dieser Mechanismen liegen dürfte.

Ad 4:

Insbesondere die Diskussion um die Wirkungen von P4P in England hat deutlich gemacht, wie wichtig die Evaluation auch der Maßnahmen zur Qualitätssteuerung ist. Während Frau Nolte Studien zitieren konnte, die einen relativen Erfolg von P4P in England bescheinigen, hat Frau Kastenholz auf neuere Arbeiten verweisen können, die genau dies in Frage stellen. Ursache für diese divergierenden Befunde ist, dass eine systematische Evaluation – im Sinne einer randomisierten, kontrollierten Studie – nicht vorgesehen war. Genau dies, hochwertige Studien zur Evaluation, sind daher für zukünftige Maßnahme zur Qualitätssteuerung in Deutschland zu fordern.

Wir sehen also: Qualität bleibt eines der zentralen Themen für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Es gibt noch viel zu tun – aber es ist in den letzten Jahren auch schon viel passiert. Wir müssen also an diesem Thema „dran bleiben“. Und genau das werden wir auch tun. Ich freue mich daher schon jetzt auf das 8. Bremer Qualitätsforum, bei dem ich hoffe, Sie alle wieder begrüßen zu dürfen.