



GESELLSCHAFT FÜR QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG e.V.

Stellungnahme zum AQUA-Methodenpapier Version 0.1 vom 30. November 2009

Die GQMG versteht sich als Fachgesellschaft für Qualitäts- und klinisches Risikomanagement und vertritt unter anderem die Qualitätsmanager in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Entwicklung und Bewertung von Konzepten, Methoden und Instrumenten des Qualitätsmanagements gehört ebenso dazu, wie die Unterstützung bei der Implementierung und praktischen Umsetzung. Die GQMG vertritt damit auch stark die Interessen der operationalen Ebene.

Aus diesem Blickwinkel erfolgt die Bewertung des AQUA-Methodenpapiers zu einzelnen Schwerpunkten, wobei sich die Fachgesellschaft den grundsätzlichen Positionen der uns vorliegenden Stellungnahmen der AWMF, der Bundesärztekammer und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin anschließt.

Eine Herausforderung in der sektorübergreifenden Qualitätssicherung wird in der **Priorisierung** gesehen. Dieser Ansatz ist positiv zu werten.

Die Beschreibung des **strukturierten Dialogs** als reines "Kontrollinstrument" mit "Bad-apple-picking" zeugt von Unkenntnis der Gremienarbeit und -aktivitäten auf Landesebene sowie der Qualitätsarbeit in den einzelnen Einrichtungen. Die geplante Einführung von "Visitationen" entspricht daher am ehesten einer begrüßenswerten Weiterentwicklung des strukturierten Dialogs.

Das "**Koordinatensystem** zur Abbildung von Qualität, das Wahlentscheidungen der Versicherten unterstützt", eröffnet folgende Fragen: Soll die geforderte Transparenz schwerpunktmäßig auf Wahlentscheidungen der Versicherten ausgerichtet werden? Welchen Stellenwert soll Transparenz als internes Steuerungsinstrument zukünftig haben? Wie wird eine Transparenz den verschiedenen Zielgruppen gerecht?

Methoden zum **Benchmarking** sind an vielen Stellen seit langem etabliert und flächendeckend umgesetzt. Wie werden diese Erfahrungen genutzt und weiterentwickelt?

Die wissenschaftlich fundierte, **evidenzbasierte Indikatorenentwicklung** ist der Goldstandard, dem wir uns anschließen. Die Operationalisierung steht aus. Die Erfahrung im klinischen Alltag zeigt, dass wissenschaftliche Fundierung kein Wert an sich ist, sondern dem Ziel der tatsächlichen Qualitätsverbesserung angemessen sein muss, um wirksam zu sein. Die Diskussion um eine Hierarchisierung der Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bleibt akademisch und zeigt keine konkreten Wege in die Praxis auf.

Die Entwicklung eines "**Qualitätsmodells**" wird unterstützt. Mit Sorge nehmen wir allerdings wahr, dass Begriffe wie z.B. "Qualitätssicherung" und "Standard" unreflektiert übernommen werden. Aus Sicht der Fachgesellschaft ist "Qualitätssicherung" überholt, da sie im Rahmen des umfassenden Qualitätsmanagements lediglich den Aspekt der "Qualitätszusicherung" im Sinne von Vertrauensbildung abdeckt. "Standard" ist in erster Linie juristisch geprägt. Die Zuständigkeiten für die Entwicklung eines umfassenden Qualitätsmodells (Politik? Wissenschaft?) bleiben offen; worauf muss sich die Versorgungslandschaft einstellen?

Unter **Datensparsamkeit** verstehen wir, dass möglichst wenige zusätzliche Daten erhoben werden müssen und vorhandene konsequent genutzt werden. Die einseitig auf den vertragsärztlichen Bereich bezogene Forderung zeugt von Unkenntnis des stationären Versorgungssektors.

"**Schlechte**" **Indikatoren** anzuprangern ist richtig, nur bleiben die Differenzierungsmethoden offen.

Indikatorensets für **Multimorbidität** zu entwickeln ist hingegen unzweifelhaft eine große Aufgabe für die Zukunft, deren Lösung mit Spannung erwartet wird.

Die Einbeziehung der **Patientensicht** durch gezielte Befragungen in die gesetzlich geregelte Qualitätsbewertung der gesundheitlichen Versorgung ist neu. Die Methodik derartiger Befragungen wird zunächst einschlägig beschrieben ohne konkrete Lösungsansätze zu benennen.

Das Kernstück **Kapitel 3** arbeitet die Anforderungen des G-BA zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren methodologisch, aber leider nicht inhaltlich ab. Hier wird ausdrücklich auf die oben genannten Stellungnahmen der anderen Organisationen verwiesen.

Den Überlegungen zur **Berichterstattung** für die Öffentlichkeit kann die GQMG folgen, sieht allerdings einen erheblichen Ressourcenaufwand, der keinesfalls auf die Einrichtungen abgewälzt werden kann. Bei der Berichterstattung für die Leistungserbringer ist das "Produkt" nicht fassbar, mit dem die Einrichtungen arbeiten sollen. Über den Punkt, die Ergebnisberichte als "Werkzeug zur Verurteilung" miss zu verstehen, wähten wir uns hinaus. Die Entscheidungen über die Auswahl von Gesundheitsdienstleistungen fallen keinesfalls alleine aufgrund von Informationen aus Medien. Auf die professionelle Beraterfunktion z. B. der so genannten Primärärzte wird im Sinne eines echten "shared decision making" nicht eingegangen.

Ungeachtet der bisherigen Ausführungen sind uns zusammenfassend folgende Punkte wichtig:

- Beschreibungen der Methoden für die sektorspezifischen Verfahren im stationären und ambulanten Bereich, speziell auch der pflegerischen Versorgung, fehlen.
- Methoden zum Umgang mit statistischen Auffälligkeiten einschließlich des "Auslösemechanismus" fehlen.
- Konzepte zur Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätsbeurteilung unter Einbezug aller beteiligten Berufsgruppen fehlen.
- Externe Qualitätsvergleiche sind Bestandteil eines umfassenden Qualitätsmanagements, diese Verknüpfung fehlt. Dass in einem derartigen Methodenpapier an keiner Stelle auf den PDCA-Zyklus verwiesen wird, erstaunt uns z. B. sehr.
- Bisher in Deutschland etablierte Strukturen sowie deren Errungenschaften sind weitgehend ausgeblendet. Die häufig lehrbuchartigen Ausführungen wirken eher verunsichernd und wenig vertrauensbildend. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass ein "Umsetzungspapier" mit konkreten Handlungsschritten noch folgen müsste.

gez. Vorstand der GQMG
im Februar 2010