

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG)

Das DNVF begrüßt die Ziele des Gesetzentwurfs, die Qualität und Transparenz in der Versorgung zu steigern, die Verfügbarkeit verlässlicher Daten zu den ökonomischen Strukturen und personellen Ressourcen sicherzustellen, bestimmte Leistungsansprüche für gesetzlich Krankenversicherte zu verbessern, den Notlagentarif für privat Krankenversicherte zu verbessern und die Hospiz- und Palliativversorgung durch die Koordination in Netzwerken zu fördern sowie die ambulante Kinderhospizarbeit zu stärken.

Die Stellungnahme des DNVF beruht auf der Befragung der im Netzwerk aktiven Arbeits- und Fachgruppen, die kurzfristig in der Lage waren, den Entwurf zu kommentieren. Daher wird nicht zu jedem Punkt des Entwurfs Stellung genommen, sondern vor allem zu einzelnen Punkten, die diese Arbeits- oder Fachgruppen besonders betreffen bzw. für die Erkenntnisse aus der Gesundheitsversorgungsforschung vorliegen.

Mitglieder der Fachgruppe Palliativmedizin des DNVF begrüßen, dass die 2015 mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) beschlossene Finanzierung von Hospiz- und Palliativ-Netzwerken endlich umgesetzt wird.

Mitglieder der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung des DNVF begrüßen zunächst, dass sich der Gesetzgeber weiterhin bemüht, die Qualität der Versorgung durch gesetzgeberische Maßnahmen zu verbessern. Problematisch bleibt jedoch, dass aus Sicht der Gesundheitsversorgungsforschung hierzu eine Vielzahl an Instrumenten vorgegeben wird, deren Einzelwirkung, geschweige denn deren gemeinsame Wirkung in unterschiedlichen Konstellationen bisher ausreichend wissenschaftlich untersucht wurde. Dabei ist ausdrücklich positiv hervorzuheben, dass der Gesetzgeber von den im KHSG vorgesehenen Qualitätszu- und -Abschlägen als Instrument der Qualitätsförderung Abstand genommen hat. Trotzdem bleiben im SGB V immer noch eine Reihe von Instrumenten zur Förderung der Qualität der Versorgung, zu denen das DNVF dringend rät, diese in einem Gesamtkonzept zusammenzufassen und zu überprüfen, welches der Instrumente bzw. welche Kombination von Instrumenten in welchem Versorgungsbereich mit einer hohen Wahrscheinlichkeit unter den gegebenen Kontexten eine positive Wirkung entfalten kann. Wissenschaftlich unstrittig ist nämlich, dass die Wirkung der verschiedenen, auf eine Qualitätsverbesserung zielenden Instrumente extrem kontextabhängig ist.

Unter den gegebenen Vergütungsbedingungen ist beispielsweise durchaus vorstellbar, dass ein sehr gutes Ergebnis im Rahmen der Qualitätsverträge dazu führt, dass vermehrt Fälle aufgenommen werden, die betriebswirtschaftlich wenig lukrativ sind, sodass quasi eine „Bestrafung“ der Kliniken stattfindet, die bessere Qualität liefern oder sich insbesondere um vulnerable Populationen kümmern (siehe die Diskussion um die safety-net-hospitals in den USA). Ob eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Verausgabung der Mittel für Qualitätsverträge ausreicht, um über dieses Instrument tatsächlich mehr Qualität der Versorgung zu erzielen, bleibt deswegen fraglich.

Zudem wird eine Rolle spielen, ob das für eine qualitativ hochwertigere, patientenorientiertere Gesundheitsversorgung oftmals notwendige, zusätzliche und qualifizierte Personal überhaupt verfügbar und finanzierbar ist. Wenn jedoch der Erfolg eines Qualitätsvertrages davon abhängt, kann diese Kontextbedingung den Vertrag zum Scheitern verurteilen.

Positiv zu beurteilen ist die vorgesehene Transparenz über die Pflegepersonalausstattung. Im Rahmen des regionalen Fachkräftemonitorings wäre es aber zusätzlich sinnvoll, auch die Ausstattung im Bereich der übrigen Gesundheitsberufe, vor allem jedoch auch die Qualifikation der jeweils tätigen Ärzteschaft (Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung /Fachärztinnen und Fachärzte) ebenfalls zu berichten.

In Bezug auf die Ausdehnung der Mindestmengenregelung auf weitere Leistungen bzw. Leistungsbereiche muss dringend darauf hingewiesen werden, dass zu jeder Mindestmenge jeweils ein Qualitätsindikator zu definieren und zu erfassen ist, mit dem die Indikationsstellung überprüft werden kann. Denn die Analysen im Rahmen der Begleitforschung zur Einführung der Mindestmengen und auch weitere Analysen zum Beispiel zu den Mindestmengen bei Kniegelenkendoprothesen haben gezeigt, dass von der Regelung ein Anreiz zur Mengenausweitung ausgeht. Sollte diese Forderung mit den vom G-BA zusätzlich festzulegenden Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität gemeint sein, kann das DNVF dies nur begrüßen. Einzelne Mitglieder des DNVF geben zu bedenken, dass die Streichung der Ausnahmetatbestände dazu führen könnte, dass potenziell hervorragende Leistungserbringer aus der Versorgung ausscheiden müssen; zu bedenken wäre eine Regelung, dass bei nachgewiesener guter Qualität ein Abweichen von den Mindestmengen möglich sein könnte. Dabei muss garantiert sein, dass auch Komplikationen, die eventuell einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, sicher zu behandeln sind. Letztlich wird es darauf ankommen, die pro Leistung bzw. Leistungsbereich relevanten, patientenorientierten Ergebnisse (patient reported outcomes PRO, patient reported experiences, PRE) als Ausgangspunkt einer Festlegung von Mindestmengen zu nutzen und die richtige Bezugsgröße (Krankenhaus oder Fachabteilung oder Ärztin/Arzt bzw. Teams aus verschiedenen Gesundheitsberufen) zu wählen. Zu Mindestanforderungen an andere Parameter der Strukturqualität muss zusätzlich warnend darauf hingewiesen werden, dass dazu vermutlich keine auf hochgradiger externer Evidenz beruhende Festlegung getroffen werden kann, sondern tatsächlich politische Setzungen auf der Basis von Expertenmeinungen und unter Berücksichtigung von Patient*inneninteressen stattfinden müssen.

Vergleichbar zu potenziellen Effekten der Qualitätsverträge muss auch bei der Einführung einer erweiterten Qualitätstransparenz der Kontext der Vergütungsbedingungen berücksichtigt werden. Zwar ist aus grundsätzlichen Überlegungen wiederum zu begrüßen, dass die Qualitätstransparenz nun auch den ambulanten Sektor mit Vergleichsmöglichkeiten zu den Leistungserbringern erfassen soll, jedoch ist potenziell auch durch dieses Instrument eine betriebswirtschaftlich negative Entwicklung denkbar. Geht man davon aus, dass Angehörige der Gesundheitsberufe im Allgemeinen intrinsisch dazu motiviert sind, die Patientinnen und Patienten qualitativ optimal zu versorgen, dann müssen die Kontextbedingungen so gestaltet werden, dass diese Versorgung ohne finanzielle Überlegungen oder gar Nachteile erbracht werden kann. Wer also schwerkranke oder vulnerable Patientengruppen attrahiert, bei denen eventuell schwieriger gute Ergebnisse zu erreichen sind, soll aufgrund der Qualitätstransparenz keine Nachteile erfahren. Die Qualitätstransparenz setzt also voraus, dass die regionale sozioökonomische Lage sowie die Zusammensetzung der Patientenpopulation ausreichend berücksichtigt wird.

Zur Änderung des §137d ist anzumerken, dass hier der GKV-SV Qualitätsergebnisse veröffentlichen soll, obwohl es doch mit dem IQTIG eine für die Transparenz vorgesehene, unabhängige Institution gibt. Zudem ist langfristig eine sektorübergreifende Transparenz anzustreben, die dann ebenfalls vom IQTIG ausgehen könnte. Diese Änderung stellt somit eine Komplizierung und Sektorisierung der erwünschten Qualitätstransparenz dar.

Zuletzt soll noch zum Aspekt der Ausweitung der Zweitmeinungsverfahren darauf hingewiesen werden, dass Studien aus der Gesundheitsversorgung schon gezeigt haben, dass Patient*innen insbesondere auch zur Behandlung von Krebserkrankungen solche Zweitmeinungen wünschen. Die Auswahl der Erkrankungen, zu denen Zweitmeinungen in Zukunft per Richtlinie möglich sein sollen, sollte deshalb in jedem Fall unter Berücksichtigung von Patient*inneninteressen erfolgen.

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des DNVF-Vorstands von Mitgliedern der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung (Sprecher*innen Prof. Geraedts, Prof. Drösler) angefertigt. Mit Beschluss des Vorstands vom 11.11.2020 wurde die vorliegende Stellungnahme verabschiedet.

Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.
Prof. Dr. Max Geraedts (AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung)
Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende)

c/o DNVF-Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
E-Mail: info@dnvf.de
Tel.: 030 1388 7070