

INTERVIEW MIT NEUEM IQTIG-LEITER

„Wir möchten Sparringspartner des G-BA werden und wichtige Impulse setzen“

Seit Januar 2021 leitet Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Er folgt auf Dr. med. Christof Veit, der seit der Gründung des IQTIG im Jahr 2015 an der Spitze des Instituts stand. Welche Pläne der neue IQTIG-Leiter hat und wie er die Qualitätssicherung und das Institut weiterentwickeln möchte, verrät er im Gespräch mit kma.

Was haben Sie sich für Ihre Amtszeit vorgenommen? Was möchten Sie ändern?

Qualitätssicherung muss zielgerichteter ablaufen, sie muss entschlackt und entbürokratisiert werden. Mein persönlicher Ansatz wäre, deutlich stärker auf Routinedaten zurückzugreifen, also auf Daten, die im Zuge der Fallabrechnung im Krankenhaus automatisch geliefert werden. Wie das konkret aussehen könnte, besprechen wir gerade mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Routinedaten würden auch deutlich bessere Daten zur Risikoadjustierung liefern, weil alles, was in der stationären Behandlung Aufwand verursacht hat, damit erfasst wird. Das heißt, dass man automatisch Fälle wesentlich besser darstellen kann, als dies beispielsweise durch ein Fragebogenverfahren möglich ist, egal, wie ausgefeilt diese Fragebögen sind. Zwar werden Fragebögen mittlerweile auch digital ausgefüllt, aber trotzdem ist dies wesentlich arbeitsaufwendiger für die Krankenhäuser. Ein Großteil dieses Dokumentationsaufwandes ließe sich durch Abrechnungsdaten ersetzen.

Nutzt das IQTIG im Moment schon Routinedaten?

Es gibt bereits einige Projekte, in denen wir Routinedaten nutzen. Das betrifft bei

20
Prozent

Nur etwa 20 Prozent der Leistungen im Krankenhaus sind zurzeit qualitätsgesichert.

„Für die Leistungserbringer wäre es wichtig, Qualitätsinformationen im Sinne eines Benchmarks verlässlich zu bekommen.“

uns die Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI) und das Verfahren zur Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen.

Welche Vorteile hätte die stärkere Nutzung von Routinedaten?

Für das IQTIG würde dies eine Erleichterung bedeuten. Wenn wir die Verfahren, die wir haben, überwiegend auf Routinedaten umstellen würden, hätten wir

deutlich mehr Luft, um andere vom G-BA beauftragte Aufgaben wahrzunehmen. Der wesentliche Vorteil wäre jedoch die Arbeitserleichterung für die Leistungserbringer vor Ort, die sich viel Dokumentationsaufwand sparen könnten. Außerdem werden mit den Routinedaten auch die Ko-Mobilitäten und die Komplikationen verschlüsselt. Dadurch könnten wir das Risikopotenzial jedes einzelnen Falles neu bewerten. In der Risikoadjustierung wird ja am Ende die Frage verfolgt, ob man Gleiches mit Gleichem vergleichen kann. Ob es Unterschiede gibt, die die Betrachtung von Fallgruppen verzerren würden, wenn man sie nicht risikoadjustieren würde. Das gelingt besser, indem man die Begleiterkrankungen, Komorbiditäten und auch immanente Komplikationen mit abbildet.

Inwieweit würden die Kliniken noch davon profitieren?

Klinikchefs können die Abläufe in ihrer Klinik deutlich besser steuern, wenn sie wissen, wie die Qualität ihrer Leistungen ist. Ich glaube, dass es für die Leistungserbringer wichtig wäre, solche Qualitätsinformationen im Sinne eines Benchmarks verlässlich zu bekommen. Damit sie wissen, welche Krankenhausabteilung im jeweiligen Leistungsbereich eine überdurchschnittliche, durchschnittliche



oder unterdurchschnittliche Behandlungsqualität aufweist, und wo sie selbst liegen. Ich möchte als Klinikchef natürlich nicht zu den Schlechten gehören, sondern orientiere mich an den Guten. Hauptanspruch der Qualitätssicherung ist ja gerade, dass ich mich immer mit den Besten vergleiche. Auch die Patientinnen und Patienten sollen sich anhand der Daten, die wir erheben, ein Bild machen können, wo sie mit welcher Erkrankung die beste Behandlung bekommen.

Können sich Patienten denn zurzeit schon ein ausreichendes Bild der Versorgungsqualität verschiedener Kliniken machen, zum Beispiel durch Qualitätsberichte? Oder wie kann dies transparenter werden?

Das IQTIG war vom G-BA beauftragt, sich Qualitätsberichte der Kliniken anzusehen und ihre Systematik zu analysieren. Dazu gibt es erste Ergebnisse, die gerade diskutiert werden. Das Projekt Qualitätsportal, das wir planen, soll es Patientinnen und Patienten ersparen, sich durch mehrere hundert Seiten lange Qualitätsberichte zu quälen. Es soll Informationen aus

„**Qualitätssicherung muss zielgerichteter ablaufen, sie muss entschlackt und entbürokratisiert werden.**“

Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke

diesen Berichten beispielsweise für die Bereiche Patientensicherheit, Hygiene, Wundinfektionen und Dekubitus besser vergleichbar machen. Das Portal soll Patientinnen und Patienten in die Lage versetzen, sich einfacher eine Meinung zu bilden und dann zu entscheiden, welcher Klinik sie ihr Vertrauen schenken und wo sie sich behandeln lassen wollen. Wir sind beauftragt, bis Ende 2021 eine Vorversion des Portals basierend auf zwei Indikatoren zu erstellen. Bis das Qualitätsportal dann schließlich ans Netz gehen wird, wird es aber noch eine ganze Weile dauern. Die genaue Struktur des Portals müssen wir noch gemeinsam mit dem G-BA festlegen.

Zur Person

Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke (Jahrgang 1954) hat in Regensburg und München Medizin studiert. 2009 bis 2011 absolvierte er einen MBA-Studiengang im Gesundheitsmanagement an der Hochschule Osnabrück. Der gebürtige Frankfurter hatte von 2001 bis 2020 den Lehrstuhl für Allgemeine und Viszeralchirurgie an der Universität Greifswald inne und leitete bis zum Jahr 2018 die Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie. Seit 2018 führte er die Klinik kommissarisch weiter, weil er zusätzlich das Amt des ärztlichen Vorstands der Universitätsmedizin Greifswald übernahm und ab 2019 auch den Vorsitz des Vorstands. Heidecke war unter anderem Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und Beisitzer im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS). Acht Jahre lang war er Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Qualität, Sicherheit und Versorgungsforschung in der Chirurgie (CAQSV). Qualitätssicherung und Patientensicherheit standen auch im Fokus seiner Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) von 2014 bis 2015. Seit Januar 2021 leitet Heidecke das IQTIG.



Schwört auf die stärkere Nutzung von Routinedaten: Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke.

© Oliver Betke / IQTIG

„ Wir sitzen nicht im Elfenbeinturm.“

„ Ich würde mir wünschen, dass wir früher einbezogen würden und dass das IQTIG mehr zum Impulsgeber und Partner auf Augenhöhe wird.“

Einmal allgemein gefragt: Wie definieren Sie Qualität?

Für das IQTIG gilt das Qualitätsmodell mit seinen sechs Dimensionen. Ergebnisqualität ist das eine, aber gute Medizin ist mehr als das. Es geht am Ende auch darum, wie wirksam Medizin ist, wie es um die Patientensicherheit steht, wie gut die Koordination funktioniert. Das sind Aspekte, die wir auch über andere Verfahren als über eine ergebnisorientierte Qualitätssicherung erfahren können. Da spielen Patientenbefragungen eine große Rolle. Bei diesem Thema stehen wir im Moment noch ganz am Anfang.

Was Patientenbefragungen angeht, also zum Beispiel zum Entlassmanagement oder zu Erwartungen, sogenannte Reported Outcomes, da müssen wir noch viel mehr machen. Ich halte das für extrem wichtig, denn die eine Seite der Medaille sind die Ergebnisse, aber die andere Seite ist, wie die Patienten Behandlungen empfunden haben. Welche Informationen sie an künftige Patienten weitergeben möchten, an denen diese sich orientieren können.

Was möchten Sie kurz- und mittelfristig erreichen?

In diesem Jahr sind zunächst einige interne Umstrukturierungen des Instituts notwendig, mit denen wir schon begonnen haben. Mittelfristig ist wichtig, dass wir uns beim Gemeinsamen Bundesausschuss als verlässlicher Partner etablieren. Einerseits sind wir ein wissenschaftliches Institut, andererseits und überwiegend Auftragnehmer des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Wir würden den G-BA gerne frühzeitiger und zielgerichteter beraten, und zwar bei allen Themen, die aus Sicht der Qualitätssicherung für das ambulante und stationäre Gesundheitswesen wichtig sind. Wir möchten gemeinsam mit dem G-BA Impulse geben, wie man Qualitätssicherung und die Abläufe bei den Leistungserbringern konstruktiv verändern könnte. Wir möchten Sparringspartner des G-BA werden. Das ist

sicherlich ein hoher Anspruch und wird noch eine Menge Arbeit erfordern.

Wie groß sind die Gestaltungsmöglichkeiten des IQTIG?

Wir sind zurzeit zu mehr als 90 Prozent unserer Tätigkeit Auftragnehmer des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ich würde mir wünschen, dass wir uns im Vorfeld öfter gemeinsam auf eine Strategie einigen und festlegen, was dem G-BA und seinen Trägerorganisationen in der Qualitätssicherung wichtig ist und wie wir Dinge begleiten können. Hier kann das IQTIG als Impulsgeber bei der Beratung eine größere Rolle spielen. Darüber hinaus sind wir natürlich auch ein eigenständiges wissenschaftliches Institut, das in Abstimmung mit dem G-BA wissenschaftlich tätig ist und auch publizieren möchte.

Wichtig ist zudem, dass wir mit unserem wissenschaftlichen Beirat fundierte methodische Grundlagen zur Qualitätssicherung liefern. Das Papier ist gerade in der zweiten Revision und wird am Ende mit dem G-BA abgestimmt. Auch der G-BA reflektiert bei seiner Arbeit über diese methodischen Grundlagen. Das ist ein Wechselspiel, das zunehmend besser funktioniert. Das ist auch wichtig, weil wir ja nicht im Elfenbeinturm sitzen, sondern uns auch mit anderen Partnern und Impulsgebern abstimmen müssen, damit immer die gleichen und richtigen Regeln in der Qualitätssicherung angewendet werden.

Wird das IQTIG denn schon ausreichend gehört?

Ich würde mir wünschen, dass wir früher einbezogen würden und dass das IQTIG mehr zum Impulsgeber und Partner auf Augenhöhe wird. Eine Instanz, die bei der Beauftragung konstruktiv mitwirken kann. Dass wir mehr bei der Skizzierung des großen Rahmens mitwirken können und wegkommen von der Kleinteiligkeit mancher Aufträge. Ich möchte auch vermehrt Standardprodukte entwickeln, die wir dann passgenauer und flexibler an komplexe Fragestellungen anpassen können. Vor allem im Bereich der IT sind die Prozesse

momentan noch sehr arbeitsaufwendig. Mehr Standardprodukte würden den Prozess deutlich verschlanken und verkürzen und uns mehr Optionen geben, zusätzliche Themenfelder neu zu bearbeiten.

Woran denken Sie bei neuen Produkten?

Ich kann mir vorstellen, dass es Qualitätsindikatorensets im Bereich der Ergebnisqualität geben kann, die für interventionelle und operative Maßnahmen am Ende sehr ähnlich sind. Man kann auch Standards für Patientenbefragungen festlegen. Fragen zur OP-Indikationsstellung beziehungsweise zur OP-Aufklärung können durchaus ähnlich sein, dann aber spezifisch auf die spezielle Indikation angepasst. Aber das Standardset müsste da sein. Das Gleiche trifft auf die IT zu, also auf die ganzen Rechenverfahren.

Wie ist es aus Ihrer Sicht um die Qualitätssicherung in Kliniken bestellt?

Die Qualität der medizinischen Behandlung in Deutschland ist insgesamt sehr hoch. Derzeit sind aber nur etwa 20 Prozent der Leistungen im Krankenhaus überhaupt qualitätsgesichert. Da gibt es noch riesige schwarze Flecken. Im Moment läuft die Qualitätssicherung so: Wir gucken uns eine Operation oder eine Prozedur an, und wenn sie gut läuft, schließen wir daraus, dass der Rest auch gut funktioniert. Hier gibt es noch deutlich Luft nach oben. Aber man kann Krankenhäuser auch nicht flächendeckend mit Qualitätssicherung überziehen. Der Normgeber hat daher ja die Möglichkeit, Prozess- und Strukturvorgaben zu machen, also zum Beispiel bei bestimmten Eingriffen Mindestmengen festzulegen, die Kliniken erbringen müssen, um bestimmte Leistungen abrechnen zu dürfen.

Stichwort Mindestmengen. Sind bestimmte Mindestmengen bei Operationen automatisch ein Garant für gute Qualität?

Als Chirurg mit langjähriger Berufserfahrung sage ich: Die Ergebnisse verbessern sich, wenn es zu einer Konzentration von Eingriffen kommt. Das ist in der Literatur

für fast alle Eingriffe ab einem Schwierigkeitsgrad gut beschrieben. Das heißt, wenn Sie mehr Eingriffe verlangen, wird sich die Komplikationsrate und damit die Sterblichkeit verringern.

Im Einzelfall ist natürlich auch wichtig, dass die Prozesse im Vorfeld stimmen und dass es eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gibt. Denn Operationen sind ja nichts für Einzelkämpfer, sondern dabei wirken Fachleute verschiedener Disziplinen zusammen. Aber wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann man davon ausgehen, dass mehr Eingriffe auch zu einer besseren Qualität führen.

Der G-BA hat entschieden, ab 2022 die Mindestmengen für komplexe Speiseröhren-OPs und die Versorgung von Frühgeborenen anzuheben. Wie bewerten Sie dies?

Unser Auftrag als IQTIG war, für beide Bereiche die Folgenabschätzung zu machen. Was bedeutet es, wenn ich die Mindestmenge von zehn auf 20, 25 oder 30 anhebe? Und was bedeutet das dann für den einzelnen Patienten bezogen auf seinen Wohnort? Wie weit und wie lange muss er fahren, um einen Leistungserbringer zu erreichen? Das hat das IQTIG bei den Verfahren zur Speiseröhren-Chirurgie und zur Versorgung von Frühchen gemacht. Die Entscheidung über die Ausgestaltung von Mindestmengen trifft aber letztendlich der Gemeinsame Bundesausschuss. Und der G-BA hat entschieden, dass die Mindestmengen bei komplexen Speiseröhren-Eingriffen und bei der Versorgung von Frühgeborenen ab 2022 angepasst werden sollen.

Wo sehen Sie weitere Herausforderungen, die Sie angehen möchten?

Mein Anspruch ist, dass wir Qualitätssicherung sektorübergreifend besser ineinander verzahnen. Das ist eine große Herausforderung, da zwei Systeme aufeinanderprallen. Das stationäre System mit der Vergütung über DRGs und der ambulante Sektor mit der Vergütung über den EBM, und die Tatsache, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigun-

gen eine eigene Form der Qualitätssicherung vorhanden ist. Es ist ausgesprochen schwierig, niedergelassene Kolleginnen und Kollegen davon zu überzeugen, Qualitätssicherungsverfahren beim IQTIG mitzumachen.

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es schon lange eigene QS-Programme, die ganz anders laufen als die im stationären Bereich, und die in die Systematik der stationären QS auch gar nicht hineinpassen. Hier müssten also zwei unterschiedliche Systeme harmonisiert werden. Wenn man die Qualitätssicherung wirklich im größeren Maße zusammenführen will, dann bräuchte man wahrscheinlich entsprechende Incentives im vertragsärztlichen Bereich. ■

Das Interview führte Anne Orth am 10. Februar 2021.

Aufgaben des IQTIG

Kernaufgabe des 2015 gegründeten Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist – wie gesetzlich festgelegt – die vergleichende einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung medizinischer Versorgung. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entwickelt das Institut Verfahren und Instrumente zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität und beteiligt sich an der Durchführung von Maßnahmen zur Erhebung und Bewertung von Qualitätsergebnissen, zum Beispiel von Krankenhäusern. Als Stiftungseinrichtung des G-BA ist das IQTIG wissenschaftlich unabhängig. Das Institut mit Sitz in Berlin arbeitet vor allem im Auftrag des G-BA, kann aber auch vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) beauftragt werden.