

# OPHTHALMO CHIRURGIE

---

JULI 2013  
25. JAHRGANG  
4. HEFT

## Obligatorische Qualitätssicherung: Die Untiefen der Praxis

von Ursula Hahn



# Obligatorische Qualitätssicherung: Die Untiefen der Praxis

von Ursula Hahn



Dr. rer. medic.  
Ursula Hahn  
Geschäftsführerin  
der Ocunet  
Verwaltungs GmbH

→ Die Idee ist charmant und intuitiv überzeugend: Um Qualität in der Versorgung dauerhaft zu sichern, soll sie mit Hilfe von Indikatoren gemessen werden – so werden „Auffälligkeiten“ identifiziert und geeignete Gegenmaßnahmen eingeleitet. Eine funktionierende Qualitätssicherung wäre ganz nebenbei noch Basis für einen primär an Qualität statt am Preis orientierten Wettbewerb der Ärzte. Der Gesetzgeber bemüht sich denn auch schon seit Jahren um Qualitätssicherung, letzter Spross ist die „einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung“, kurz „Qesü“. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Kataraktoperation als eine der ersten Indikationen hierfür „ausgeguckt“.

Die Wirklichkeit hat jedoch die hoch fliegenden Erwartungen des Gesetzgebers recht zügig auf den Boden zurückgeholt. Für „alte Hasen“ der Qualitätssicherung war es keine Überraschung, dass ganz fundamentale Fragen sich als methodische Sollbruchstellen erweisen: Kann ein Indikator überhaupt die Komplexität von Versorgungsqualität abbilden? Welchen Wert hat beispielsweise ein hoher postoperativer Visus, wenn aufgrund gesunkener Endothelzellzahl mittelfristig eine Hornhautdekompen-

sation droht? Was ist der Referenzwert für ein gutes Ergebnis?

In der Literatur werden höchst unterschiedliche Erfolgsraten zu den etablierten Indikatoren visuelle Rehabilitation und refraktive Treffsicherheit publiziert – je nach Ein- und Ausschlusskriterien und Studienfragestellung. Wie neutralisiert man den Effekt unterschiedlicher Patientenzusammensetzungen in Praxen, ambulanten Schwerpunktzentren und Kliniken auf die Ergebnisindikatoren? Last but not least: Gibt es ausreichend Anreize für die zwangsweise beteiligten Augenärzte zur belastbaren und validen Dokumentation? „Qesü Kataraktoperation“ würde nur funktionieren, wenn nicht nur Operateure, sondern auch alle nachbehandelnden Augenärzte dies leisten – nach dem Willen des Gesetzgebers unentgeltlich!

## Probetrieb erweist sich als letzter Sargnagel

Ach ja, und dann ist da noch die Untiefe der Praxis. Mit erheblichem persönlichen Aufwand haben Duria Anwender – allen voran der Vorsitzende des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA), Prof. Dr. med. Bernd Bertram – im offiziellen Probetrieb deutlich werden lassen, dass Qesü nicht funktioniert. Es gibt eben keine gemeinsame Patientendokumentation, und folglich kann auch kein treffsicheres postoperatives Follow-up in der nachbehandelnden Praxis durchgeführt werden. Der Probetrieb förderte neben einem unverhältnismäßig hohen Dokumentationsaufwand

das größte Problem zutage: Jeder zweite Patient, zu dem die nachsorgende Praxis postoperative Daten eingeben sollte, war gar nicht operiert worden. Kritische Selbsteinschätzung des federführenden AQUA-Instituts in Göttingen: „Follow-up ist damit nicht angemessen umsetzbar“ – aber ohne postoperative Daten gibt es keine vernünftige Qualitätssicherung.

## Vögel kann man nicht mit der Angel fangen

Interessant ist auch die Motivation, mit der die Kataraktoperation für „Qesü“ ausgewählt wurde. Von anderen Operationen, z.B. aus der Orthopädie, werden viel gravierendere Qualitätsdefizite berichtet: Dem gesunden Menschenverstand und dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgend hätte also die Kataraktoperation – wenn überhaupt – nur nachrangige Priorität. Vielleicht ging es bei dieser Beauftragung gar nicht um Qualitätssicherung? Es gibt deutliche Indizien, dass es zumindest einigen Mitgliedern des G-BA eher um die Steuerung der Operationszahlen ging. Dafür aber ist „Qesü“ nicht ausgelegt: Vögel kann man eben nicht mit der Angel fangen.

Die Qesü Kataraktoperation wäre aber trotz methodischer Herausforderungen und ambivalenter Motive der Auftraggeber zu bejahen, wenn sie positiven Einfluss auf die Qualität in der Kataraktoperation hätte. Das aber lässt sich mit Fug und Recht anzweifeln. Die Wirksamkeit von obligatorischen Quali-


tätssicherungsverfahren lässt sich nicht einmal dann nachweisen, wenn harte Indikatoren (Mortalität) genutzt werden und Belohnung für gute Qualität ausgelobt wird – das hat kürzlich die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung in einem Gutachten für das Gesundheitsministerium festgestellt [1]. Die Kataraktoperation wurde bisher in keinem anderen Land der Welt einem obligatorischen Qualitätssicherungssystem unterworfen – es gibt für diesen Eingriff also keine diesbezüglichen Erfahrungen. Es ist auch kein Grund ersichtlich, warum gerade bei der Kataraktoperation ein obligatorisches System effektiv sein sollte.

### **Freiwillige Qualitätssicherungsinitiativen sind bereits effektiv**

Muss es aber auch nicht. Die Ergebnisqualität in der Kataraktoperation ist in den letzten Jahren weltweit auch ohne staatliche Vorgaben sukzessive besser geworden. Wichtiger Motor dafür sind die zahlreichen freiwilligen, nationalen und internationalen Qualitätssicherungsinitiativen. In einem kleinen Fach-

gebiet wie der Augenheilkunde, werden Ergebnisse aus freiwilligen Qualitätsinitiativen gut wahrgenommen und als Vorgaben auch von denjenigen operativen Einrichtungen übernommen, die selber nicht an den Initiativen teilnehmen. Zudem vermeiden freiwillige Initiativen Probleme eines obligatorischen Systems: Sie fokussieren auf spezifische und beeinflussbare Qualitätsaspekte statt nach der Schrotschussmethode vorzugehen. Die Zahl der beteiligten Ärzte ist geringer und das Gesamtverfahren daher besser steuerbar. Zudem haben die Beteiligten eine höhere Motivation und weniger Anreize für Manipulation.

Dennoch hat die Qesü Kataraktoperation schon heute einen positiven Effekt: In der Auseinandersetzung haben die Verbände und großen Organisationen in der Augenheilkunde eng kooperiert. Der Berufsverband der Augenärzte hat im Namen von DOG, DGII, BDOC, AugenAllianz und OcuNet öffentlich Stellung genommen, unsere gemeinsame wissenschaftliche Aufbereitung der Argumente wurde bereits in „Der Ophthalmologe“ veröffentlicht [2]. Die gemeinschaftli-

che Schlussfolgerung: Statt eines nicht effektiven obligatorischen Systems, das Energie, Zeit und Kraft kostet, sollte der Gesetzgeber gezielt freiwillige Initiativen fördern. Es mehren sich denn auch die Indizien, dass die Qesü Kataraktoperation nicht umgesetzt wird: Die Äußerungen von Dr. med. Regina Klauk-Franck, unparteiisches Vorstandsmitglied des G-BA, sind hier ebenso klar wie die – wenn auch inoffiziellen – Äußerungen des Vorsitzenden dieses Gremiums, Josef Hecken. Hoffen wir, dass den Worten auch Taten folgen und die Qesü Kataraktoperation wieder von der Agenda genommen wird. 

### **Literatur**

1. Veit C, Herle D, Bungard S, Trümner A, Ganske V, Meyer-Hofmann B (2012) Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS)
2. Hahn U, Bertram B et al (2013) Potentiale und Grenzen der geplanten obligatorischen Qualitätssicherung für Kataraktoperation (Qesü). *Ophthalmologe* 110: 370–376