



Interview mit

**Prof. Dr.
Claus-Dieter Heidecke**

Leiter des Instituts für
Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen (IQTIG)



Foto: ©: IQTIG / Oliver Betke

Welchen Einfluss hat das IQTIG auf die Qualitäts- evaluation von Prozessen? Hat Prävention den ihr zustehenden Stellenwert?

Kurzvita: Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke MBA (Jahrgang 1954) hat in Regensburg und München Medizin studiert. 2009 bis 2011 absolvierte er einen MBA-Studiengang im Gesundheitsmanagement an der Hochschule Osnabrück. Prof. Heidecke 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. Prof. Heidecke war unter anderem Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), Beisitzer im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) und war acht Jahre lang 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. Weitere Informationen zur Arbeit des IQTIG: IQTIG.org.

Mit Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke (**CDH**) sprach Prof. Dr. Jürgen F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke:

JFR: Das professionelle Selbstverständnis des IQTIG ist Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Was unterscheidet das IQTIG vom IQWiG, das ebenso für Qualität im Gesundheitswesen steht und u.a. vom G-BA beauftragt wird, Veränderungen vor Übernahme in die Regelversorgung auf ihre Evidenz zu prüfen?

CDH: Das IQWiG führt (überwiegend) Nutzenbewertungen von medizinischen Maßnahmen, Arzneimitteln, Verfahren der Diagnostik und Früherkennung sowie von Behandlungsleitlinien und Disease Management Programmen durch. Dazu

erstellt das IQWiG fachlich unabhängige, evidenzbasierte Gutachten für den G-BA. Das IQTIG führt die Daten-gestützte Qualitätssicherung im Auftrag des G-BA durch und berät den G-BA in Fragen der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Transparenz im Gesundheitswesen als Impuls- und Ideengeber. Das IQTIG sehe ich zunächst einmal in der Rolle eines Dienstleisters. Der G-BA tritt mit spezifischen Aufträgen an uns heran, die wir dann zeitnah umsetzen. Dabei ist mein Ziel, das Institut intern so umzugestalten, dass wir strukturierter arbeiten und unsere Ergebnisse am Ende schneller und zuverlässiger abliefern. Gleichzeitig sehe ich das IQTIG auch in der Rolle eines Impulsgebers. Das IQTIG soll im Gesundheitswesen als Partner auf Augenhöhe wahrgenommen werden.

JFR: Was sind derzeit die besonderen Herausforderungen für das IQTIG?

CDH: Der G-BA hat uns Ende Mai mit der Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren beauftragt. Das gibt uns die Möglichkeit, die datengestützte gesetzliche QS nicht nur weiterzuentwickeln, sondern auch gemeinsam mit dem G-BA neu auszurichten. Unser Ziel ist, den Aufwand für die Leistungserbringer zu reduzieren, ohne den Nutzen für die Patienten aus dem Blick zu verlieren. Das können wir vor allem dadurch erreichen, indem wir die händischen Dokumentationsaufwände für Kliniken und Ärzteschaft deutlich reduzieren und da, wo es möglich ist, auf bereits verfügbare Routinedaten zur Messung der Qualität zurückgreifen. Dadurch können wir die Effizienz der gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren deutlich steigern und deren Akzeptanz nachhaltig verbessern.

Eines der Themen, die mich persönlich beschäftigen, ist die Risikoadjustierung. Ich halte es im Bereich der Qualitätssicherung für essenziell, die Patientendaten so zu adjustieren, dass man am Ende faire Vergleiche zwischen Leistungserbringern vornehmen kann. Es gibt Krankenhäuser, die deutlich ältere und kränkere Patienten versorgen, zum Beispiel, weil sie in der Nähe von Pflegeheimen liegen. Dadurch darf den Krankenhäusern kein Nachteil entstehen, weil z.B. durch präoperative Sicherheitsmaßnahmen eine Zeitschiene nicht eingehalten werden kann. Dafür darf man sie nicht bestrafen. Das wäre nicht fair. In einem solchen Fall würde die Risikoadjustierung dazu führen, dass der vorgegebene Schwellenwert abgesenkt wird. Weiterhin fokussiert die externe QS momentan auf nur wenige Bereiche der Medizin. Dabei ist der Blickwinkel nicht gleichmäßig über die Fächervielfalt verteilt. Das sollten wir ändern. Das kürzlich vom G-BA beschlossene Eckpunkte-papier eröffnet hierzu die

Chancen festzulegen, welche Bereiche der Medizin man in den Fokus nehmen möchte: die häufigen Erkrankungen (Volkserkrankungen), die Morbiditäts-trächtigen oder diejenigen, bei denen komplikationsträchtige Maßnahmen bzw. Operationen zur Anwendung kommen. Schließlich hat die externe QS die Aufgabe, diejenigen Leistungserbringer zu identifizieren, die ein Qualitätsdefizit haben, und deren Qualität zu verbessern.

JFR: Sie waren als Chirurg viele Jahre in die Qualitätssicherung Ihres Fachgebiets eingebunden. Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrer langen universitären Karriere damit gemacht und was konnten Sie davon in die Leitung des IQTIG einbringen?

CDH: Der Wechsel vom aktiven Chirurg und Krankenhaus-Manager in die Institutsleitung des IQTIG war für mich ein Neustart in der Herangehensweise an Qualitätssicherung. Dabei lag und liegt mein Fokus auf der klinischen Expertise – sowohl des IQTIG als auch für den G-BA. Dabei war für mich immer klar, dass man gute Ergebnisse bei der QS auf Dauer nur mit einem guten internen Qualitätsmanagement erreichen und halten kann.

Wenn es im Klinikalltag um Qualitätssicherung geht, trifft man bei Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeitern oft auf große Unsicherheiten, Abwehrhaltung und Frustration. Das liegt vor allem an dem teilweise enormen bürokratischen Aufwand und der suboptimalen Abbildung der Realität von bestimmten Regelungen in der QS. Dies steht diametral zur intrinsischen Motivation des medizinischen Personals, höchste Qualität in der Patientenversorgung zu liefern. Durch den großen ökonomischen Druck erlebt der Qualitätsanspruch in letzter Zeit oftmals einen Dämpfer. Vieles, was durch die Qualitäts-Offensive der Gesundheitspolitik unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe aufgelebt ist, ist mittlerweile in den Kliniken verpufft. Als Institutsleiter des IQTIG kann ich meine Erfahrungen als Kliniker nun einbringen, um die Qualitätssicherung weiterzuentwickeln, dort zu verschlanken, wo man auf die unwesentlichen Parameter schaut und da neue Bereiche zu identifizieren, wo Qualitätsdefizite vermutet werden.

JFR: Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmkrebszentren addz ist ein gutes Beispiel für eine bundesweit arbeitende Organisation mit hohem Qualitätsanspruch für den nach wie vor häufigen Darmkrebs. Durch regelmäßige Audits ist gewährleistet, dass die einzelnen Zentren in der Spur bleiben. Warum findet ein solches Konzept nicht eine breitere Zustimmung?

CDH: Die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Darmzentren sind ein gutes Beispiel dafür, dass Zertifizierung einen Mehrwert sowie auch zum Teil erhebliche Überlebensvorteile bringt. Das hat die kürzlich vorgestellte ViZen-Studie (InnoFonds-Projekt des G-BA) gerade gezeigt. Immerhin werden ca. 50 Prozent aller kolorektalen Karzinome in Deutschland mittlerweile in Darmkrebszentren behandelt und operiert. Leider ist die Voraussage von Herrn Prof. Hohenberger (damals Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft, geäußert 2011 in einem FAZ-Interview), dass in zehn Jahren – also 2021 – alle Darmkrebspatienten in einem Darmkrebszentrum operiert werden, nicht eingetroffen. Offensichtlich mangelt es einerseits den Patientinnen und Patienten noch an der notwendigen Kenntnis der Materie, andererseits ist es nicht verständlich, dass die Zuweisenden ihre Patienten nicht besser in ausgewiesene kompetente Zentren steuern. An beiden Stellschrauben könnten auch die Patientenverbände und Patientenvertreter arbeiten und die Vorteile Spezialisierung in der Onkologie herausstreichen und zur Meinungsbildung beitragen.

JFR: Qualitätssicherung benötigt auch Dokumentationsaufwand. Meist steckt ein gewisser „Vollständigkeitswahn“ dahinter. Möglichst viele Qualitätsindikatoren sollen erfasst werden. Wie kann sichergestellt werden, dass sich der Aufwand so in Grenzen hält, dass einerseits eine hochwertige Qualität gewährleistet ist, andererseits die für die Dokumentation meist zuständigen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen motiviert bleiben?

CDH: Ich würde mir wünschen, dass es künftig im Gesundheitswesen weniger Arbeitsverdichtung gibt, um auf diese Weise wieder mehr Freiräume für Ärztinnen und Ärzte aber auch die Pflegenden im Bereich des Qualitätsmanagements zu schaffen. Heute ist es doch häufig so, dass wegen des Zeitdrucks im klinischen Alltag viele Qualitätskonferenzen in den Kliniken nur noch pro forma stattfinden. Damit ist keinem gedient. Um ein Qualitätsmanagement wirklich leben zu können, muss man dafür zeitliche Kontingente hinterlegen. Je mehr der Zeitdruck im Alltag sinkt, desto mehr wird die intrinsische Motivation von Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal erhöht. Aus meiner jahrzehntelangen Erfahrung im Krankenhaus weiß ich: Der Dokumentationsaufwand treibt jeden Kliniker um. Selbst, wenn pro dokumentierten Fall nur einige Minuten anfallen, addiert sich das am Ende des Jahres zu ganzen Arbeitstagen. Deshalb müssen wir, so oft es geht, Daten nutzen, die bereits im System vorhanden sind. Das sind vor allem die Sozialdaten der Patientinnen und Patienten, die vom Krankenhaus ohnehin erfasst und dokumentiert werden. Aufgetretene

unerwünschte Ereignisse wie Komplikationen und andere unerwünschte Ereignisse werden in diesem Datensatz erfasst, da sie mit klinischen Aufwänden verbunden sind, die in der Kodierung erfasst sind und in den Kodierrichtlinien hinterlegt sind. Andere Daten, zum Beispiel zur Beweglichkeit nach dem Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks, gehören allerdings (noch) nicht dazu.

Darüber hinaus brauchen wir eine Inventur der Qualitätsindikatoren. Dabei müssen wir uns genau überlegen, welche Indikatoren wir wirklich brauchen und welche nicht. Genau daran arbeiten wir auch zurzeit. Wenn es uns gelingt, wenig aussagekräftige Indikatoren zu streichen, könnten wir auch die Akzeptanz für die Qualitätssicherung erhöhen.

JFR: Seit Jahren wird beklagt, dass Prävention im deutschen Gesundheitswesen nur eine nachgeordnete Rolle spielt. Krankenkassen sind für die Reparatur, eher weniger für die Vorsorge zuständig. Gibt das neue Präventionsgesetz Möglichkeiten, das zu ändern und wie könnte das IQTIG Einfluss darauf nehmen, dass der Prävention die Aufmerksamkeit geschenkt wird, die ihr eigentlich zusteht? Was müsste transparenter werden?

CDH: Trotz der Unterstützung durch den Gesetzgeber ist die Primärprävention nicht messbar vorangekommen. Verhaltensänderungen bedürfen der Mindset-Veränderung eines jeden Einzelnen. Das ist für gesunde Ernährung (weniger Fleisch), mehr Bewegung und die Reduktion von Genussmitteln schwer umsetzbar. Daher sollte die Sekundärprävention über die Krebs-Vorstufen-Detektion stärker vorangetrieben werden. Die ist – da bezahlt – auch messbar und somit besser steuerbar.

JFR: Die Darmkrebsprävention hat durch gesetzliche Vorgaben große Fortschritte gemacht. So ist die Vorsorgekoloskopie an Qualitätsvoraussetzungen gebunden. Dennoch wird derzeit wieder heftig über Unter- bzw. Überversorgung dieser Maßnahme diskutiert! Müssten die Leitlinien, die in der Regel sehr gut die Versorgungsintervalle angeben, nicht zu einer strikteren Kontrolle führen? Wie könnte das verbessert werden?

CDH: Die Leitlinie zum kolorektalen Karzinom legt die Untersuchungsintervalle für Folge-Koloskopien fest. Es ist jedoch schwierig zu prüfen, ob die „Ärztenschaft“ ihre Patientinnen und Patienten entsprechend aufgeklärt hat oder ob die Patientinnen und Patienten es versäumt haben, diesen Empfehlungen nachzukommen. Daher wäre ggf. der erste Schritt zu untersuchen, ob es regionale Unterschiede im Land gibt und dann hier anzusetzen. Die Herstellung einer solchen

Transparenz könnte eine Aufgabe für das IQTIG werden, für die der G-BA einen Auftrag erteilen müsste. Hier könnten die Patientenverbände Impulse setzen. Technisch hat das IQTIG entsprechende Spezifikationen für den G-BA erstellt, die eine Anbindung an die Daten der Krebsregister im Rahmen der Richtlinie zu den organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen ermöglicht.

JFR: Wir machen als Stiftung LebensBlicke wie die Felix Burda Stiftung seit über zwei Jahrzehnten intensive Öffentlichkeitsarbeit. Damit ist sicher erreicht worden, dass das Thema Darmkrebs kein Tabuthema mehr ist. Trotzdem sind die Teilnahmeraten an den Vorsorgeuntersuchungen nicht wesentlich angestiegen. Auch das neue Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz hat bisher nicht gezeigt, dass mit der persönlichen Einladung ein Umdenken eingesetzt hat. Was müsste aus ihrer Sicht geschehen, um die nach wie vor noch hohen Neuerkrankungs- und Sterberaten an Darmkrebs weiter zu reduzieren?

CDH: Wie oben beschrieben ist es die Aufgabe der externen QS, Qualitätsdefizite zu identifizieren und diese bei gegebener Zuschreibbarkeit zu einem Leistungserbringer durch Qualitätsfördernde Maßnahmen zu beseitigen. Das Problem an dieser Stelle ist, die Verantwortlichkeit für Vorsorgemaßnahmen einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen zuzuschreiben. Andererseits könnte es zunächst mal hilfreich sein, regionale Defizite zu erkennen. Eine solche Forderung können die Patientenverbände platzieren.

JFR: Es ist unstrittig, dass bereits die Primärprävention einen entscheidenden Einfluss auf viele Krankheitsgeschehen, so auch auf die Krebsentstehung hat. Was könnte das IQTIG dazu beitragen, diese klaren Erkenntnisse deutlicher zu machen?

CDH: Wie bereits erwähnt, ist das Aufgabenfeld des IQTIG klar begrenzt. Der G-BA setzt als Auftraggeber die Themen. Im Bereich Prävention gibt es bisher kein QS-Verfahren, mit dem sich das IQTIG beschäftigen könnte. Ich bin auch skeptisch, dass im Bereich der Primärprävention Qualitätsdefizite definiert werden könnten, die einem Leistungserbringer zuschreibbar wären.

JFR: Worin sehen Sie in Ihrem Zuständigkeitsbereich wichtige Entscheidungshilfen für die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen?

CDH: Auch hier gilt: Der G-BA bestimmt als Auftraggeber die Themen, an denen das IQTIG primär arbeitet.

JFR: Gesundheitspolitische Prozesse sollten immer von hohen Qualitätsansprüchen begleitet werden, die auch in Abständen überprüft werden. Sehen Sie das in der gegenwärtigen Versorgungs-Landschaft gewährleistet? Welche Rolle spielt dabei der Datenschutz? Wo müsste ggfs. nachgebessert werden?

CDH: Der Datenschutz hat natürlich absolut seine Berechtigung. Aber er muss sich stets an den Interessen der Patientinnen und Patienten orientieren und nicht an sich selbst. Der Datenschutz darf nicht nur die Gesunden schützen, sondern die Verlinkung von pseudonymisierten Patientendaten muss auch Missstände und Qualitätsdefizite aufdecken können. Beim Implantateregister, zum Beispiel, hat der Datenschutz dazu geführt, dass man die eingetragenen Daten nicht mit QS-Daten verknüpfen kann. Jetzt kann man zwar Patientinnen und Patienten identifizieren, denen ein fehlerhaftes Implantat eingesetzt wurde, man kann die Daten aber nicht für die Qualitätssicherung auswerten. Das halte ich für eine Fehlkonstruktion.

JFR: Herzlichen Dank für das konstruktive und aufschlussreiche Interview!