

Statement

von

Prof. Dr. Michael-Jürgen Polonius

*Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses
in der Besetzung gemäß § 91 Abs. 7 SGB V*

anlässlich der Ergebniskonferenz

Externe stationäre Qualitätssicherung

am 7. November 2006

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich zur heutigen Ergebniskonferenz „Externe stationäre Qualitätssicherung“, die nun zum vierten Mal stattfindet. Besonders begrüßen möchte ich die Bundesministerin für Gesundheit, Frau Schmidt. Vielen Dank, Frau Ministerin, dass Sie sich die Zeit genommen haben, zu uns zu kommen. Wir werten dies als Ausdruck des hohen Stellenwertes, den Sie dem Thema Qualität der Krankenhausbehandlung zukommen lassen und freuen uns, dass Sie heute zu uns sprechen werden.

Auch wenn dies im Moment absolut unüblich ist: Beginnen möchte ich mit einem ausdrücklichen Lob an die Politik. Der Gesetzentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sieht vor, dass künftig die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eine sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ermöglichen und trägt damit einem von uns immer wieder formulierten Erfordernis Rechnung: Wirklich aussagefähige Ergebnisse können nur dann zustande kommen, wenn der gesamte Behandlungsverlauf, also stationär und ambulant, bewertet wird. Denn einerseits ist es zwar wichtig, wie die Qualität einer Krankenhausbehandlung ist, aber entscheidend ist doch der Erfolg, der sich erst nach der stationären Behandlung zeigt – etwa inwieweit durch eine Hüft- oder Kniegelenkprothese die Mobilität eines Patienten verbessert oder wiederhergestellt wurde. Wir haben immer wieder darauf hingewiesen, dass gerade angesichts immer kürzer werdender Liegezeiten eine Qualitätssicherung nur dann greifen kann, wenn sie sektorenübergreifend stattfindet, und dass hier die Politik die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen schaffen muß. So wie es im Gesetzentwurf formuliert ist, können – sofern die Regelungen dann in Kraft sind – komplette Krankheitsverläufe angeschaut und ausgewertet werden. Das ist ein großer Fortschritt hinsichtlich der Aussagekraft des Verfahrens, und wir freuen uns sehr, dass wir hier gehört wurden.

Der Gesetzentwurf sieht weiterhin in § 137a SGBV die Beauftragung einer fachlich unabhängigen Institution zur Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vor. Die Ziele der Regelung, nämlich die unabhängige Entwicklung von Kriterien zur Qualitätsbestimmung sowie die Institutionalisierung der Durchführung von Qualitätssicherung und nicht zuletzt die verbesserte Information der Öffentlichkeit über die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland begrüßen wir. Jedoch sind Details des Regelungsvorschlages in Hinblick auf die Erreichung dieser Ziele aus unserer Sicht diskussionsbedürftig. Hier suchen wir zurzeit das Gespräch mit der Politik.

Unabhängig von reformpolitischen Diskussionen widmet sich der Gemeinsame Bundesausschuss mit Unterstützung der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung kontinuierlich und mit Erfolg dem Thema Qualität der Krankenhausbehandlung – einem Thema, das jährlich immerhin etwa 17 Millionen Patientinnen und Patienten beschäftigt, die sich in den rund 2000 deutschen Krankenhäusern einer Behandlung unterziehen.

Die heutige Konferenz dient dem Zweck, die Ergebnisse des BQS-Verfahrens vor allem auch den Mitarbeitern in den Krankenhäusern und der interessierten Öffentlichkeit zu vermitteln. Vertreter aus den BQS-Bundesfachgruppen und den Landesfachgruppen stellen dazu ausgewählte Inhalte der externen vergleichenden Qualitätssicherung vor: Es geht um Ergebnisse in den Bereichen Herzmedizin, Knochen- und Gelenkerkrankungen, Pflege, Neugeborene und ihre Mütter und Frauenerkrankungen. Weitere Themenschwerpunkte der heutigen Konferenz sind Risikoadjustierung und Strukturierter Dialog als wichtige Bestandteile des Verfahrens und schließlich Leitlinien und Qualitätsindikatoren sowie der „Blick über den Tellerrand“: Qualitätssicherung im Ausland.

Hier wird ein Ausschnitt der Krankenhausversorgung gezeigt, der Dank des großen Engagements der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser und der zuständigen Stellen auf Landesebene für den Berichtszeitraum 2005 gezeigt werden

kann. Dies ist die Basis für Rückschlüsse auf die tatsächliche Versorgungsqualität. Allen, die hier mitgewirkt haben, möchte ich an dieser Stelle herzlich danken.

Wo stehen wir nach einem weiteren Jahr des BQS-Verfahrens?

Welche Ergebnisse können wir vorweisen und welche weiteren Verbesserungen müssen in Angriff genommen werden? Es geht immer um die übergeordneten Ziele des Qualitätsmanagements, nämlich darum,

- den Erfolg der Krankenhausbehandlung, die in Deutschland auf einem hohen Niveau ist, zu sichern;
- die Qualität der Krankenhausbehandlung zu verbessern und weiter zu entwickeln, wo Defizite erkennbar sind;
- Prozesse und Abläufe zu optimieren;
- Vergleichbarkeit unter den Krankenhäusern zu schaffen;
- den Patienten Hilfestellungen zu geben, das passende Haus zu finden und
- den Krankenkassen zurück zu melden, wo sie Qualität bezahlen

Vieles haben wir bisher erreichen können:

Das BQS-Verfahren weist eine hohe Stabilität auf. Die Beteiligungsrate der Krankenhäuser, die ihre Ergebnisse dokumentieren, ist hoch und verweist auf die gute Akzeptanz. Die stichprobenartige Überprüfung, ob die für das Verfahren erforderlichen Dokumentationsbögen mit den Krankenakten übereinstimmen, wurde mit dem Resultat durchgeführt, dass verlässlich dokumentiert wird. Aus den Rückkopplungen mit den Krankenhäusern haben sich konkrete und für die Patientenversorgung bedeutende Qualitätsverbesserungen ergeben. Zum ersten Mal erfasste das Verfahren eine konservative Methode, nämlich die Behandlung der nicht im Krankenhaus erworbenen Pneumonie. Und mit der Dekubitusprophylaxe wurde erstmals ein abteilungsübergreifender Indikator eingeführt.

Trotz dieser Erfolge müssen wir unsere Anstrengungen fortsetzen, um das Verfahren der stationären Qualitätssicherung weiter zu verbessern. Dies betrifft zum einen sektorenbezogene Qualitätssicherungssysteme und zum anderen den Aufbau sektorenübergreifender Verfahren, um Langzeitergebnisse erheben zu können und Schnittstellenprobleme zu überwinden.

Eine große Herausforderung ist hierbei, dass alle Beteiligten auf Bundes- und Landesebene an einem Strang ziehen. Derzeit sind das Verfahren des Strukturierten Dialoges, der mit auffälligen Häusern geführt wird, sowie die Fehler- und Qualitätskultur in den einzelnen Bundesländern noch sehr unterschiedlich ausgeprägt. Das liegt auch an den unterschiedlichen geschichtlichen Entwicklungen und Finanzierungen der Landesgeschäftsstellen. Wir haben uns deshalb verstärkt dafür eingesetzt, die Verfahren der einzelnen Bundesländer zum Strukturierten Dialog zu einem einheitlichen Verfahren zusammenzuführen und haben dazu eine Rahmenvereinbarung erarbeitet. Der Dialog muss weiter intensiviert werden, um den besseren Umgang mit Fehlern und Maßnahmen im Sinne einer „Qualitätskultur“ zu verankern. Erforderlich sind einheitliche Strukturen auf der Landesebene, die klare Zuständigkeiten und Umsetzungsaufträge beinhalten, analog zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der ambulanten Qualitätssicherung. Hier wünschen wir uns klare rechtliche Positionen sowohl für die stationäre als auch die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Dadurch versprechen wir uns eine Verbesserung und Optimierung des Verfahrens und insbesondere der Qualitätsindikatoren. Diese sind die evidenzbasierten Messgrößen innerhalb des Verfahrens und zusammen mit dem Strukturierten Dialog dessen Kernstücke. Neben den indikationsbezogenen Qualitätsindikatoren müssen auch indikationsübergreifende entwickelt werden, wie beispielsweise Schmerz- und Entlassungsmanagement.

Einen wichtigen Beitrag zur Fortentwicklung der Externen stationären Qualitätssicherung leisten die im Gemeinsamen Bundesausschuss mitberatenden Patientenvertreterinnen und -vertreter. Sie setzen sich mit großem Engagement für eine Straffung und Vereinheitlichung des Verfahrens ein. Sie fordern größere Transparenz und eine Veröffentlichung sowohl der Krankenhäuser, die sich der Dokumentation der ver-

pflichtenden Leistungen entziehen, als auch derjenigen, die einen festgestellten Qualitätsmangel nicht beheben können oder wollen. Deshalb stehen wir im ständigen Gespräch darüber, wie die Daten der Externen stationären Qualitätssicherung lesbar und verständlich für die Patienten zur Verfügung gestellt werden sollten. Denn Qualitätssicherung umfasst auch Ergebnisqualität, die abteilungsbezogen erhoben und risikoadjustiert dokumentiert werden muss.

Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht eine weitere Aufgabe darin, die verschiedenen Instrumente der stationären Qualitätssicherung, die der Gesetzgeber vorsieht, sinnvoll zu verzahnen. Die verschiedenen Instrumente der Qualitätssicherung müssen ineinander greifen. Auch hier konnten im vergangenen Jahr wichtige Schritte gemacht werden. So wird die Externe stationäre Qualitätssicherung beispielsweise auch für die Mindestmengenregelungen genutzt, um die Krankenhäuser herauszufiltern, für die die einjährige Karenzregelung bei der Einführung der Mindestmenge zur Knie-Totalendprothese gilt. Zudem werden die jeweiligen Dokumentationsraten des BQS-Verfahrens in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht. Darin können auch weitere Ergebnisse aus der Externen stationären Qualitätssicherung dargestellt werden. Etwa 20 Prozent der Krankenhäuser haben bisher davon Gebrauch gemacht. Unser Ziel ist die weiter zunehmende Kopplung verschiedener Instrumente der Qualitätssicherung. Der systematische Dialog mit allen Beteiligten, den Landesplanungsbehörden, Krankenhäusern, Krankenkassen, Fachgesellschaften, Ärzten und Patienten ist hier zu führen, um Strukturvereinbarungen und Mindestmengen anzupassen und weiterzuentwickeln.

Abschließend bliebe noch zu wünschen, dass Qualitätssicherung künftig evaluiert wird und mehr Versorgungsforschung zu bestehenden Strukturen der Qualitätssicherung stattfindet. Derzeit gibt es kaum Forschung zu Aspekten der Qualitätssicherung. Wir wissen noch zu wenig über Struktur- und Ergebnisparameter. Hierzu gibt es zwar viele Expertenmeinungen, jedoch fehlen Studien, um dem Anspruch an eine höhere Evidenz gerecht werden zu können.

Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist die Begleitforschung zu den Auswirkungen von Mindestmengen. Der G-BA hat diesen Auftrag im Dezember 2005 an ein Konsortium von drei Projektpartnern aus Düsseldorf vergeben. Es handelt sich dabei um ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Forschungsvorhaben zur Einführung von Mindestmengen, das auf eine Dauer von zwei Jahren angelegt ist. Die Ergebnisse sollen rückblickend darüber Auskunft geben, welche Auswirkungen die seit 2004 geltenden Mindestmengen auf die Verbesserung der Patientenversorgung haben.

Bevor wir nun zu den Ergebnissen des Jahres 2005 kommen und in die Diskussionen in den verschiedenen Workshops einsteigen, möchte ich Frau Ministerin Schmidt das Wort übergeben. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!