

Statement

von

Karin Stötzner

*Vorstand der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss*

anlässlich der Pressekonferenz

des Gemeinsamen Bundesausschusses

"Externe stationäre Qualitätssicherung 2003"

am 2. November 2004,

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm, Berlin

Es gilt das gesprochene Wort



Wenn es um Gesundheit und Heilung, um zukünftige Lebensqualität oder gar um Leben oder Tod geht, erwarten die Patienten von der Person oder dem Versorgungssystem, dem sie sich anvertrauen, nur das Beste. In einem so komplexen Wirkungszusammenhang wie der Heilung einer Krankheit ist die Bestimmung oder Bewertung von Qualität nicht ganz einfach. Es geht um

- die fundierte Anwendung fachlichen Wissens zu allen relevanten Behandlungselementen,
- die Beherrschung technischer Möglichkeiten,
- die angemessene Einschätzung der individuellen körperlichen und persönlichen Voraussetzung,
- und natürlich um gelungene Interaktion.

Qualität hat etwas mit Erwartungen und Anforderungen der jeweiligen Betroffenen oder Akteure zu tun und kann daher sehr unterschiedlich definiert werden. Wenn Patienten Qualitätsanforderungen an medizinische und pflegerische Versorgung beschreiben, stehen dann eventuell andere Aspekte im Vordergrund - z.B. die kommunikative und persönliche Dimension einer Behandlungssituation - als bei der Formulierung von professionellen Zielen, Standards oder Indikatoren.

Unabhängig davon: Patienten wünschen sich Versorgung von höchster Qualität.

Alle wünschen sich die Behandlung durch einen „guten“ Arzt oder eine „erfahrene“ Ärztin, den Einsatz modernster und wirksamster Medikamente, eine Versorgung auf dem aktuellen Stand des Wissens und der Forschung nach allen „Regeln der Kunst“, eine partnerschaftliche und verantwortungsvolle Behandlungsbeziehung sowie eine Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände, Krankengeschichte und Bedürfnisse. Diejenigen zu finden, die diese Erwartungen erfüllen ist nicht einfach. In Deutschland gibt es bisher keine (Mittler)Instanzen oder Voraussetzungen, die dafür die notwendige und umfassende Transparenz herstellen.

Die Verbände, die die Interessen der Patienten¹ vertreten, **begrüßen daher nachdrücklich die Einführung des Systems der vergleichenden Qualitätssicherung** für anerkannte Krankenhäuser in Deutschland - die so genannte externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V -, deren Ergebnisse für das Jahr 2003 mit dieser Konferenz vorgestellt werden.

Die Patientenverbände, die erstmals seit Anfang dieses Jahres die Gelegenheit zur aktiven Mitberatung haben, **anerkennen die enorme Leistung, die in der Entwicklung des Verfahrens zur Formulierung und zum Vergleich von Qualitätsindikatoren aus der professionellen Perspektive steckt.** Sie unterstützen daher das von der BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses verantwortete Verfahren für den Ergebnisvergleich von Krankenhausleistungen. Sie **regen an, ähnliche Verfahren auch für den Bereich der ambulanten Versorgung zu entwickeln.**

Auch wenn bisher nur ein Ausschnitt (20 Prozent) der in Krankenhäusern erbrachten Angebote erfasst und verglichen werden kann, ist dies doch ein erster wichtiger Schritt. Der Ergebnisvergleich wird mit Sicherheit zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Aus der Sicht der Patienten sollte der Leistungsausschnitt, für den Vergleiche gezogen werden, jedoch kontinuierlich ausgeweitet werden.

Die Bewertung von Ergebnissen und der Qualität medizinisch-pflegerischer Versorgung hängt ganz wesentlich von vollständigen, fundierten und qualifizierbaren Daten ab. **Die Patientenverbände begrüßen es daher ausdrücklich, dass sich die zuständigen Gremien auch der Frage der Qualität der in den Krankenhäusern erfassten Daten (Validität) angenommen** und dafür Maßnahmen beschlossen haben.

Im Einzelnen diskutieren die Patientenverbände folgende Aspekte zu einer Verbesserung der vergleichenden Qualitätssicherung:

Die Qualitätsziele und Indikatoren für 33 Einzelleistungen haben - aus fachlichen Gründen unabdingbar - einen so hohen Grad an theoretischer Verdichtung und damit auch an Abstraktion, dass sie für Patienten nur bedingt nachvollziehbar und verständlich sind. **Die Patientenverbände setzen sich daher dafür ein,** dass es in Ergänzung zu der hier vorgelegten Ergebnisdokumentation **zukünftig auch eine Darstellung gibt, die für Patienten verständlich und** für ihre - zunehmend notwendige - individuelle Wahl von Behandlungsalternativen und Anbietern **hilfreich sein kann.** In jedem Fall müssten Mittler- oder Beratungsinstanzen eingebunden werden, die die Relevanz der gewählten Indikatoren und die Ergebnisse sowohl den *einweisenden* Ärzten und Ärztinnen und den Patienten zugänglich machen können.

Für das Ziel der Patienten, größere Transparenz im medizinischen Versorgungssystem zu schaffen, erweist sich jedoch die Tatsache als problematisch, dass die Daten und Fakten bisher nur ohne einen Rückbezug auf die einzelnen Krankenhäuser zugänglich sind. Der Vergleich findet zurzeit ja nur auf der Basis anonymisierter Daten der einzelnen Leistungsträger statt. Bisher kennen nur die Einrichtungen, die die Daten verarbeiten, die

konkreten Krankenhäuser, die entweder besonders gut oder aber auch offensichtlich ungenügend arbeiten. **Die Patientenverbände setzen sich daher dafür ein, dass mittelfristig Verfahren entwickelt werden, die „Ross und Reiter“ nennen**, also die jeweilige Klinik und deren faktisches Qualitätsergebnis. Nur die Möglichkeit eines Rückbezugs auf den Anbieter schafft wirkliche Transparenz.

Für die Startphase war der „geschützte Vergleich“ als fachliches Feedback der Professionellen untereinander sicher hilfreich, **auf Dauer kann es dabei nicht bleiben. Patientenverbände begrüßen daher ausdrücklich**, die im Gesundheitsmodernisierungsgesetz vorgesehene Einführung von **Qualitätsberichten** der Krankenhäuser in Deutschland, die ab 2005 alle zwei Jahre von den Gesetzlichen Krankenkassen vorgelegt werden müssen. Dabei ist es wichtig, dass es nicht nur um die „Gewährleistung der Darstellung einer hohen *Struktur- und Prozessqualität*“ gehen kann, sondern vor allem auch um **Ergebnisqualität** und mehr Informationen für Patienten darüber.

Die Selbsthilfeorganisationen Betroffener und die Patientenberaterverbände verbinden damit die Hoffnung, dass Krankenhäuser dieses Medium nicht nur für ihr klassisches Marketing nutzen. Sie erwarten, dass insbesondere in dem Teil, der freiwillig mit ergänzenden Informationen gefüllt werden kann, **konkret Bezug genommen wird auf die Ergebnisse der vergleichenden Qualitätssicherung.**

Diese Daten müssen für Patienten verständlich zugänglich sein. Die Veröffentlichung der Vergleichsergebnisse im Rahmen des frei gestaltbaren Systemteils des Qualitätsberichtes nach § 137 Abs.1 Satz 3 Nr. 6 SGB V ist daher unabdingbar. Es wird jedoch zu prüfen sein, ob es auch andere, für Patienten und Patientinnen leichter zugängliche und zeitnahe, Informationsmöglichkeiten geben kann.

Die Patientenverbände streben an, dass Formen der Präsentation gefunden werden, die **alle im BQS-Verfahren definierten Qualitätsziele und Indikatoren und die Stellung der Krankenhäuser im Vergleich berücksichtigen.**

Für eine Verbesserung des Verfahrens regen die Patientenverbände an, insbesondere auf Landesebene dafür Sorge zu tragen, dass auch dort größere Transparenz hergestellt wird und aktive Wege zur Verbesserung gegangen werden.

Es ist Aufgabe der Landesstellen für Qualitätssicherung, mit den Krankenhäusern in einen Dialog einzutreten, wenn Abweichungen von definierten Qualitätsreferenzen auftreten.

Die Patientenverbände erwarten, dass die Berichte zur Qualitätsentwicklung und zur Umsetzung des BQS-Verfahrens auf Landesebene aussagekräftiger werden. Auch auf dieser Ebene wird

mittelfristig die Zuordnung von Ergebniswerten zu einzelnen Krankenhäusern erwartet.

Bei der Weiterentwicklung der Qualitätsziele sollten die Patienten wesentlich aktiver mit eingebunden werden. Im Sinne einer patientenorientierten Weiterentwicklung der Qualität von Leistungsanbietern im Gesundheitswesen ist es notwendig, dass auch Patientenvertreter/innen an der Ausgestaltung des Qualitätssicherungsverfahrens und der Qualitätsberichte beteiligt werden.

Patientenverbände haben sich daher dafür eingesetzt, aktiv in die Arbeitsgremien, die die Ziele festlegen, nämlich die Fachgruppenarbeit einbezogen zu werden. Damit wird vor allem das Ziel verfolgt, dass in Ergänzung zu den medizinisch-professionellen Kriterien auch die für die Patienten unmittelbar bedeutsamen Elemente der Behandlung und Pflege eine Rolle spielen.

Angestrebt wird die Formulierung von mehr fachübergreifenden Zielen und Indikatoren wie zum Beispiel der Umgang mit Schmerzen oder Standards für die Gestaltung des absehbaren Lebensendes. Für das Ergebnis spielt es immer auch eine Rolle, ob eine Klinik viele schwerkranke oder Risikopatienten versorgt und ob die Operation zwingend oder möglich war. Patientenverbände wünschen sich daher, dass die Frage der **Qualität der Indikationsstellung** überall dort mit berücksichtigt wird, wo dies relevant ist.

Patienten machen immer wieder darauf aufmerksam, dass sich die Qualität einer Behandlung in der Klinik oft erst im Nachhinein erweist, wenn Patienten die Rehabilitation absolviert haben oder wieder zu Hause sind. Gerade angesichts zunehmend kurzer „Liegezeiten“ in Krankenhäusern wird daher angeregt, dass bei der Formulierung von Qualitätszielen, die das Ergebnis einer Behandlung beschreiben, auch die **Entwicklung nach dem Krankenhausaufenthalt (follow-up) berücksichtigt wird.** Auch wenn dies mit erheblichem Mehraufwand verbunden ist, hat diese Forderung auf dem Hintergrund der Einführung von Fallpauschalen (DRGs) eine besondere Bedeutung.

Für Patienten von besonderer Bedeutung ist die patientenorientierte „umfassende“ Behandlung ihrer Krankheit, die alle Elemente einer Versorgungskette einbezieht. Es wird deshalb Wert auf Angebote gelegt, die in Richtung integrierte Versorgung gehen. **Wenn es um qualitätsorientierte Behandlung geht, darf der Blick sich nicht allein auf die in der Regel kurze Phase des stationären Aufenthalts konzentrieren, sondern muss auch die angemessene Nachsorge, Rehabilitation und die Verzahnung mit ambulanter Versorgung berücksichtigen.** Kliniken, die dies explizit zu ihrem Ziel machen und dies auch umsetzen, sollten dies sichtbar machen. Patientenverbände setzen sich daher auch für eine bessere sektorenübergreifende Qualitätssicherung ein.

Erwünscht sind Anbieter, die auf ein **ausgewiesenes Konzept der Patientenorientierung** verweisen können, das mehr ist als reine "Kundenorientierung" (keine schönen Hochglanzbroschüren, sondern echte Leistungen, bei denen die Patienten wirklich im Mittelpunkt stehen). Die Qualitätsziele und Indikatoren müssen daher um einen Teil „Patientenorientierung“ ergänzt werden.

Zusammengefasst gipfeln diese Forderung der Patienten in dem Wunsch nach einem umfassenderen Qualitätsmanagement in der medizinischen und pflegerischen Versorgung und einer offensiveren Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätssicherung, für wesentlich mehr Transparenz im Gesundheitswesen.

Karin Stötzner

Kontaktperson für den Bereich Qualitätssicherung
zu erreichen über:
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
c/o NAKOS
Wilmsdorfer Str. 30
10627 Berlin
Tel. 030 - 890 285 37
stoetzner@gmx.de

¹ § 140 f SGB V benennt in der ‚Patientenvertretungsverordnung‘ folgende Organisationen: Deutscher Behindertenrat (BAGH, Par. Forum chronisch Kranker, SoVD, VdK, autonome Verbände), Bundesarbeitsgemeinschaft der Patienten/innenstellen (BAGP), Bundesverband der Verbraucherzentralen (vzbv) und Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG).