

Statement

von

**Prof. Dr. Michael-Jürgen Polonius**

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

anlässlich der Pressekonferenz

des Gemeinsamen Bundesausschusses

"Externe stationäre Qualitätssicherung 2004"

am 8. November 2005,

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,  
Schiffbauerdamm, Berlin

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

alle Patienten, die sich einer Krankenhausbehandlung unterziehen müssen, treibt die Frage um, ob das Haus und das darin arbeitende ärztliche und nichtärztliche Personal „gut“ sind. Diese sehr berechtigte und scheinbar einfache Frage hat eine komplizierte Antwort: Denn ob eine Krankenhausbehandlung den gewünschten Erfolg hat, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab, und auch von der aktuellen zu behandelnden Erkrankung eines Patienten und seiner ganz individuellen Krankengeschichte. Erst die Gesamtbewertung der Kriterien lässt Rückschlüsse zu, ob ein bestimmtes Krankenhaus geeignet ist, bei der Behandlung eines Patienten mit seiner besonderen Erkrankung gute Qualität zu bringen.

Qualitätssicherung im Krankenhaus ist unser heutiges Thema. Das bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung angesiedelte Verfahren der so genannten Externen stationären Qualitätssicherung gehört zu den verpflichtenden Maßnahmen, für die der Gemeinsame Bundesausschuss seit dem 1. Januar 2004 zuständig ist.

Fast auf den Tag genau vor einem Jahr haben wir uns hier getroffen, um Sie über die Ergebnisse des Jahres 2003 zu informieren. Auch heute ist der Anlass die jährliche Ergebniskonferenz, die morgen hier in Berlin stattfindet. Die 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: Orthopädie und Unfallchirurgie, Pflege, Kardiologie, Herzchirurgie, Viszeral- und Gefäßchirurgie sowie Brustkrebsbehandlung. 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 2004 gezeigt werden kann. Dies ist die Basis für Rückschlüsse auf die tatsächliche Versorgungsqualität.

Es gilt also heute zu berichten, wo wir nach einem weiteren Jahr des BQS-Verfahrens stehen:

Welche Ergebnisse können wir vorweisen und welche weiteren Verbesserungen müssen in Angriff genommen werden? Dabei geht es immer um die Erreichung der übergeordneten Ziele des Qualitätsmanagements:

- den Erfolg der Krankenhausbehandlung zu sichern
- die Qualität der Krankenhausbehandlung zu verbessern und weiter zu entwickeln
- Prozesse und Abläufe zu optimieren
- Vergleichbarkeit unter den Krankenhäusern schaffen
- den Patienten Hilfestellungen geben, das passende Haus zu finden
- den Krankenkassen rückmelden, wo sie Qualität zahlen

Und das haben wir bisher erreichen können:

Das BQS-Verfahren, das heißt die Messung von Leistungen deutscher Krankenhäuser in festgelegten Bereichen zum bundesweiten Vergleich in Medizin und Pflege, 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:

- Beispielsweise wurden als Folge dieses Prozesses internationale Leitlinien eingesetzt, wo zuvor nach einer älteren deutschen Leitlinie gearbeitet wurde.
- Weiterhin wurden Verfahren wie die Thromboseprophylaxe und die Antibiotikagabe in einem höheren Maße leitlinienkonform umgesetzt.
- Und schließlich wurden in mehreren Fachgebieten weit gefasste Indikationsstellungen und hohe Infektionsraten kritisch beleuchtet.

Trotz dieser Erfolge müssen wir unsere Anstrengungen fortsetzen, um das Verfahren der stationären Qualitätssicherung weiter zu verbessern. Eine große Herausforderung ist hierbei, dass alle Beteiligten auf Bundes- und Landesebene an einem Strang ziehen. Derzeit sind das Verfahren des so genannten 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 der Landesgeschäftsstellen. Wir haben uns im vergangenen Jahr deshalb verstärkt dafür eingesetzt, die Verfahren der einzelnen Bundesländer zum Strukturierten Dialog zu einem einheitlichen Bundesverfahren zusammenzuführen. Hierzu wird gerade eine Rahmenvereinbarung erarbeitet. Gleichzeitig muss der Dialog intensiviert werden, um den besseren Umgang mit Fehlern und Maßnahmen einer „Qualitätskultur“ zu verankern. Durch diese Maßnahmen versprechen wir uns eine Verbesserung und Optimierung des Verfahrens und insbesondere der Qualitätsindikatoren. Diese sind die evidenzbasierten Messgrößen innerhalb des Verfahrens, die und zusammen mit dem Strukturierten Dialog dessen Kernstück.

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 verpflichtenden 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. Die Forderung nach größtmöglicher Transparenz ist zwar verständlich und soll dort, wo es sinnvoll ist, auch umgesetzt werden: Etwa wenn Krankenhäuser mit Qualitätsmängeln deren Behebung verweigern.

Zu bedenken ist aber, dass vor der Veröffentlichung, bevor ein Haus „an den Pranger gestellt wird“, im so genannten Strukturierten Dialog hinreichend geklärt werden muss, ob sich problematische Ergebnisse des BQS-Verfahrens wirklich als substantielle Qualitätsmängel erweisen oder hier lediglich statistische Auffälligkeiten vorliegen. Im ersten Fall brauchen die Krankenhäuser auch die Chance, die Qualität zu verbessern.

Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht eine weitere Aufgabe darin, die verschiedenen Instrumente der stationären Qualitätssicherung, die der Gesetzgeber vorsieht, sinnvoll zu verzahnen. 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, werden Indikatoren der Externen stationären Qualitätssicherung einbezogen. 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.

Im kommenden Jahr muss der Fokus zudem auf der sektor übergreifenden Qualitätssicherung liegen, insbesondere auf der Lösung der damit verbundenen datenschutzrechtlichen Probleme und der engen Zusammenarbeit mit den ambulant tätigen Ärzten. Wirklich aussagefähige Ergebnisse können nur dann zustande kommen, wenn der gesamte Behandlungsverlauf, also stationär und ambulant, bewertet wird. Denn für Patienten ist zwar einerseits wichtig, wie sie in einem Krankenhaus behandelt werden, aber entscheidend ist doch der Erfolg dieser Behandlung, der sich bei einigen Operationen erst nach der stationären Behandlung zeigt – etwa inwieweit durch eine Hüft- oder Kniegelenkprothese die Mobilität eines Patienten verbessert oder wiederhergestellt wurde. Die Berücksichtigung dieser Faktoren und die Lösung der Datenschutzprobleme streben wir mit hoher Priorität an.