

PRESSEGESPRÄCH

des

Gemeinsamen Bundesausschusses

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40, 10117 Berlin,
am 08. Dezember 2006

Ergebniskonferenz

„Externe stationäre Qualitätssicherung“

Statement von H.-Theo Riegel

Leiter der Abteilung „Stationäre Einrichtungen“ beim VdAK/AEV

Das BQS-Verfahren hat seine Entwicklungsphase inzwischen hinter sich gebracht. Waren es in den letzten Jahren hauptsächlich Verfahrensfragen, die im Mittelpunkt standen, so richtet sich der Focus immer mehr auf die inhaltlichen Aspekte.

Der Ergebnisbericht für 2005 veranschaulicht sehr gut die Inhalte des Verfahrens und seine Resultate. Damit wird dem öffentlichen Anspruch auf Information über die Qualität der Krankenhausversorgung immer mehr Rechnung getragen. Natürlich wünschen wir uns als Kostenträger noch mehr Information; wir sind dafür, dass auch die individuellen hausbezogenen QS-Ergebnisse transparent werden.

Dies kann aber nur in Schritten erfolgen. Heute bereits veröffentlichen über 30 % der Krankenhäuser ihre individuellen Ergebnisse in ihren Qualitätsberichten. Regional gibt es Vergleiche, so z. B. Ruhrgebiet oder in Berlin. Auch hierbei werden individuelle Ergebnisse präsentiert. Es gilt nun, diese Darstellungen zu standardisieren; Inhalte und Form müssen festgelegt werden, damit nicht einseitig die guten Werte von den Häusern offengelegt und die schlechteren verschwiegen werden. Die BQS-Geschäftsstelle ist beauftragt, hierzu ein Konzept vorzulegen. Wir gehen davon aus, dass kurzfristig immer mehr Krankenhäuser ihre Werte darlegen und somit ein enormer Druck auf die Häuser entsteht, die in dieser Frage zurückhaltend agieren; denn ihnen wird zwangsläufig unterstellt, dass sie Gründe hierfür haben.

Zu den Schwerpunkten der Diskussion im Unterausschuss „Externe Qualitätssicherung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses gehören die inhaltlichen Ergebnisse der Auswertungen aus 2005. Bei vielen positiven Ergebnissen und Entwicklungen zeigen sich aber auch in einigen Bereichen Defizite, die sich nicht nur auf einzelne Krankenhäuser konzentrieren. Wir sind uns als Träger des Verfahrens einig, dass hier allein der strukturierte Dialog auf Landesebene mit den betroffenen Krankenhäusern nicht ausreicht. Natürlich hat dieser „Strukturierte Dialog“ nach wie vor Priorität, daneben müssen aber zusätzliche Maßnahmen übergreifend stattfinden. Bei einigen Themen sind die Ergebnisse nicht akzeptabel. Wenn die weiteren Untersuchungen zeigen, dass es sich hierbei um Versorgungsprobleme handelt, muss gehandelt werden. Es wird daher z. Zt. diskutiert, welche zusätzlichen und übergreifenden Maßnahmen flankierend zu den Gesprächen mit den am stärksten betroffenen Krankenhäusern ergriffen werden müssen. Vorgesehen sind Kontakte zu den medi-

zinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften zwecks Überprüfung bzw. Schaffung von Behandlungsleitlinien usw.; aber auch eine umfassende Information der Mediziner, z. B. über Fachpublikationen, Seminare und Tagungen usw., wird als notwendig erachtet und soll initiiert werden. Für die kritischen Themen soll eine breite Sensibilität entwickelt werden.

Transparenz wird auch in die Situation in den einzelnen Bundesländern kommen. Wir hatten in der Vergangenheit die Situation, dass in den einzelnen Bundesländern mit den Ergebnissen und den Aktivitäten bei Auffälligkeiten sehr unterschiedlich umgegangen wurde. Hier hat es inzwischen eine Verständigung zwischen den einzelnen Bundesländern gegeben, einheitlicher und strukturierter vorzugehen.

Eine weitere Frage ist die Validität der Daten. Auch hierzu sind bereits im letzten Jahr Maßnahmen konkret eingeleitet worden, um die Belastbarkeit der Daten zu erhöhen. Doch besteht auf Kostenträgerseite nach wie vor das dringende Bedürfnis, hier noch mehr zu tun. Es wird daher unsererseits gefordert, die sogenannten Routinedaten stärker in das Verfahren einzubeziehen. Dies hätte zum einen den Vorteil, dass viele in den Krankenhäusern, z. B. zu Abrechnungszwecken erhobene Daten, nicht für die QS nochmals erfasst werden. Daneben könnten aber auch viele im Rahmen der QS-Dokumentation erhobene Werte mit Zahlen, die zu Abrechnungszwecken geliefert wurden, verprobt werden. Hierzu gehören z. B. sämtliche Mortalitätsstatistiken; aber auch Werte, wie z.B. der präoperative Aufenthalt bei Hüftgelenksbrüchen, ließen sich vergleichen. Leider sind die Verhandlungen über die Verwendung und Nutzung von Routinedaten noch nicht so verlaufen, wie wir uns das als Kostenträger wünschen.