

Presseseminar

„Wie gut sind deutsche Krankenhäuser? Was uns die Daten sagen...“
am 8. Dezember 2006 in Berlin

Statement aus Patientensicht

Patientenbeteiligung an der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung

Für die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Gremien der BQS gehört das Thema Qualitätssicherung und Qualitätstransparenz selbstverständlich zu den Prioritäten ihrer Arbeit.

Patienten und ihre Vertreter/innen sind seit 2004 in die Diskussionen um die vergleichende Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Fachgruppen der BQS eingebunden. Etwa **50 fast ausschließlich ehrenamtlich Tätige sind allein in den qualitätsrelevanten Unterausschüssen des G-BA, in den Fachgruppen der BQS auf Bundesebene und den Koordinierungskreisen mit Vertretern der Landesgeschäftsstellen** an der Entwicklung von Indikatoren, der Auswertung von Ergebnissen, der Diskussion von Auffälligkeiten und der Weiterentwicklung von Vergleichskonzepten beteiligt.

Die Erfahrungen in diesen Fachgremien werden durchweg als positiv und konstruktiv beschrieben. Besonders positiv wird die Beteiligung in den Fachgruppen der BQS hervorgehoben, wo ein offener und partnerschaftlicher Austausch der Sichtweisen und Erfordernisse möglich ist.

Orientierung an patientenrelevanten Eckpunkten

Die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen müssen **künftig so ausgestaltet werden, dass für alle Leistungsbereiche eine öffentlichkeitsexterne¹, an patientenrelevanten Endpunkten orientierte, sektorübergreifende auch auf längere Zeiträume bezogene Qualitätssicherung** möglich ist, und dass eine mangelhafte Umsetzung, bspw. durch fortgesetzt mangelhafte Dokumentation, sanktionsbewährt ist.

Die Patientenvertreter/innen haben sich dafür eingesetzt, dass

- **der Diskurs um Qualitätssicherung** im Gemeinsamen Bundesausschuss und
- die Vorschläge für Qualitätsvergleiche über das bundesweite **Verfahren der BQS** zur einrichtungsbezogenen oder externen einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung die Frage der Veröffentlichung in Qualitätsberichten von Krankenhäusern

¹ Dies bedeutet, dass die bei der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung gewonnenen Ergebnisse, sofern sie für Patienten relevant sind, auch der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

immer **unter dem Aspekt patientenrelevanter Endpunkte zu betrachten sind.**

Indikator für partizipative Entscheidungsfindung

Mit einer Vielzahl von Vorschlägen konnte die Patientensicht zur **Weiterentwicklung z.B. von Indikatoren aus Patientensicht** bereichert werden.

Als Beispiel sei genannt, dass sich die Patientenvertreterinnen in der Fachgruppe für Mammachirurgie dafür stark gemacht haben, neben medizinischen Indikatoren auch Verfahren zur Messung der Patientenzufriedenheit zu entwickeln.

Dafür wurde ein Verfahren zur systematischen Patientinnenbefragung vorgeschlagen, mit dem erhoben werden kann, wie betroffenen Frauen in den Entscheidungsprozess bei der plastischen Rekonstruktion nach einer Operation einbezogen wurden.

Qualitätstransparenz braucht Datenqualität

Aus Patientensicht muss das **Ziel einer vergleichenden Qualitätssicherung ein Höchstmaß an krankheitsbezogener Ergebnisqualität,**

also die Reduzierung zusätzlicher Erkrankung (Morbidität) und Sterblichkeit (Mortalität) sowie die Verbesserung krankheitsbezogener Lebensqualität sein.

Gesicherte Struktur- und Prozessqualität sind dafür unverzichtbare Voraussetzungen.

Als ein selbstverständlicher Teil der Prozessqualität muss die **Qualität der Indikationsstellung** weiterentwickelt, systematisch beobachtet und die Ergebnisse dazu veröffentlicht werden.

Patientenvertreter/innen haben sich außerdem mit Nachdruck für eine Ausweitung der Verfahren zur **Datenvalidierung** eingesetzt und begrüßen die Neuregelungen in Qualitätsvereinbarungen für die vergleichende stationäre Qualitätssicherung.

Mit großem Unverständnis haben die Patientenverbände daher die Argumente von Krankenhäusern aufgenommen, dass eine Veröffentlichung der BQS-Daten deswegen nicht sinnvoll sei, weil die Datenqualität dafür nicht geeignet sei.

Veröffentlichung von Qualitätsdaten und BQS-Ergebnissen

Ein weiteres Ziel der Vertreterverbände besteht darin,

- **Patientinnen und Patienten in die Lage zu versetzen, Leistungsanbieter nach der jeweils tatsächlich gesichert und nachhaltig erbrachten Qualität auswählen zu können.** Das setzt die Veröffentlichung einer **laienverständlichen Ergebnisdarstellung** voraus.
- dieses Wissen in und **für Beratungssituationen verfügbar** zu machen.

Schon lange fordern Patientenverbände, das vorhandene **Wissen über die Leistungsqualität von Krankenhäusern auch für Patienten leicht verständlich zugänglich zu machen.**

Die Debatte darüber, ob die BQS-Daten für einen öffentlichen Vergleich geeignet sind, haben die Patientenvertreter/innen daher mit großer Aufmerksamkeit begleitet und sich mit eigenen Vorschlägen für eine Veröffentlichung von Ergebnissen daran beteiligt².

² Anforderungen an die Qualitätsberichte aus Patientensicht: http://www.sekis-berlin.de/Qualitaetsberichte_der_Kranken.259.0.html

In den Fachgruppen der BQS und bei der Diskussion um die Weiterentwicklung der Qualitätsberichte haben Patientenvertreter/innen ausführlich darüber diskutiert, ob und welche Indikatoren für einen öffentlichen Vergleich geeignet sein können und welche für die Information von Patienten und Versicherten tauglich sind. Dabei steht außer Frage, dass **Ergebnisse, die für Patienten entscheidungsrelevant sind, zu veröffentlichen** sind. Aber auch aus Patientensicht ist von Bedeutung, dass die **Daten aussagekräftig, vergleichbar, valide** (auf ihre Richtigkeit hin überprüft), **risikoadjustiert und belastbar** sind.

Bei den BQS - Daten stellt sich außerdem bei freiwilligen regionalen Veröffentlichungen das Problem des Zeitpunktes der Publikation (vor oder nach dem Strukturierten Dialog) und der Möglichkeit einer Kommentierung.

Dazu kommt, dass Veröffentlichungen und Vergleiche nur dann einen Sinn machen, wenn die **Dokumentation und die Datengrundlage vollständig** ist (weil sonst die Gefahr besteht, dass schlechte Ergebnisse versteckt werden).

In diesem Zusammenhang haben sich die Patientenvertreter/innen dafür eingesetzt, dass **alle Behandlungsfälle in die Dokumentation mit einbezogen** werden. Die zur Zeit zu beobachtende Praxis, dass Behandlungsfälle, die im Rahmen von Integrationsverträgen erbracht werden, nicht in das BQS-Verfahren eingebunden werden, ist aus Patientensicht zu beenden.

Die Qualitätsaussage muss vollständig sein und für gleiche Leistungen dürfen nicht unterschiedliche Qualitätsanforderungen gelten.

Angesichts

- der Vielzahl sehr **unterschiedlicher Transparenzbemühungen** nach der Veröffentlichung der ersten Qualitätsberichte (Klinikführer Rhein-Ruhr, Aktion des Berliner TAGESSPIEGEL, Klinikführer der Krankenkassen)
- der enormen Dynamik um **neue Indikatoren auch aus administrativen Routinedaten** (für die Abrechnung) (HELIOS-Konzern, Vorschläge für die Einführung von Patientensicherheitsindikatoren nach dem AHRQ-Verfahren)

setzen sich die Patientenverbände dafür ein, dass ein **Verfahren bzw. eine Instanz** gefunden wird, das oder die diese Debatten bündelt und dafür sorgt, dass

- **Krankenhaus- und Qualitätsvergleiche in Zukunft übersichtlich, fachlich-wissenschaftlich fundiert und transparent** (z.B. zu den Berechnungsgrundlagen) erfolgen sowie dafür dass,
- Qualitätsentwicklung **sektorübergreifend und als Langzeitbeobachtung** stattfinden kann.

Eine solche Weiterentwicklung z.B. der BQS zu einer unabhängigen Instanz wird von den Patientenvertretern ausdrücklich auch deshalb begrüßt, weil dadurch eine **angemessene Einbindung von Patienten gewährleistet** wäre.

Schließlich muss bei der Debatte um die Veröffentlichung von Daten und Ergebnissen immer im Mittelpunkt stehen, dass die **Information auch zugänglich und verständlich** ist. Notwendig sind daher **Lesehilfen, Übersetzungen** von Fachtermini und eine kontinuierliche **Überprüfung der Verständlichkeit**. Das setzt eine einheitliche Darstellungsform voraus.

Vorsorglich melden die Patientenverbände ihre Kritik an Übersichten an, die das komplexe Wissen - um es vermeintlich patientenverständlicher zu machen - mit graphischen Symbolen (z.B. Sternchen) all zu sehr verallgemeinern und damit in der Regel verkürzen.

Patientenverständlichkeit

Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten und die Diskussion darüber haben sich in letzter Zeit fast überschlagen. Immer wieder wird dabei die Frage an die Patientenvertreter/innen gestellt, ob die Patienten und Versicherten das Zahlenmaterial und die Qualitätsberichte überhaupt nachfragen und verstehen. Die Patientenverbände verweisen dazu darauf, dass das verfügbare Material tatsächlich noch nicht für eine souveräne Entscheidungsfindung für Patienten geeignet ist.

Patienten z.B. in Selbsthilfeorganisationen und Patientenberatungsstellen beginnen aber, **das für die Auswertung und Nutzbarmachung notwendige Handwerkszeug zusammenzutragen. Es hat ein Lernprozess begonnen, in dem zunehmend mehr ein Bewusstsein darüber entsteht:**

- dass man nach Ergebnissen fragen kann und muss
- was Qualitätsindikatoren sind
- nach welchen Ausstattungskriterien von Krankenhäusern man fragen kann
- im Recht zu sein, wenn man nach Strukturvoraussetzungen fragt
- Übersetzungen auch einfordern zu können

Auch wenn wir heute noch mehr über die Erwartungen von Patienten an einen patientenorientierten Krankenhausaufenthalt wissen als über deren konkrete Informationsbedürfnisse, gibt es doch kein Zurück mehr hinter eine systematische und fundierte Qualitäts- und Ergebnisberichterstattung.

In Zukunft wird es vor allem darum gehen, einen breiten Diskurs darüber zu führen, wie

- eine **patientenorientierte Verfügbarkeit** von Informationen gewährleistet werden kann (wer berät auf welcher Grundlage, z.B. nicht nur im Internet)
- das **verfügbare Wissen verständlich** dargestellt werden kann
- und wie sichergestellt werden kann, dass die Informationen auch eine **Relevanz für die Entscheidungssituationen von Patienten** haben.

Ergebnisse der BQS-Auswertung 2005

Die Auswertung der externen Qualitätssicherung für das Jahr 2005 hat gezeigt, dass sich das Verfahren durchaus bewährt hat, dass Qualitätsziele erreicht werden und tatsächlich Verbesserungen der Versorgungsqualität erkennbar sind.

Das gilt - um nur einige Beispiele zu nennen - für die postoperative Verweildauer bei Hüftgelenksoperationen oder die Gehfähigkeit nach Hüfterstimplantationen. Es ist ein gutes Zeichen, wenn 88 Prozent der Krankenhäuser das Qualitätsziel einer Antibiotikaphylaxe bei ambulant erworbener Lungenentzündung innerhalb von acht Stunden nach Aufnahme ins Krankenhaus erfüllen oder 90 Prozent der Patienten eine leitliniengestützte Bypassoperation erhalten.

Problematisch ist jedoch, dass nach wie vor erst 21 Prozent der BQS Qualitätsziele in vollem Umfang erreicht und noch immer in 10 Prozent der Fälle Qualitätsziele nicht erreicht wurden und deutlich schlechter als erwartet waren.

Kein Patient wünscht sich, dass er oder sie eine Operation über sich ergehen lässt, die eigentlich gar nicht notwendig ist. Insofern geben z.B. die Ergebnisse für die **Qualität der Indikationsstellungen Anlass zur Sorge**.

Die Analyse der **Auffälligkeiten** zeigt, dass nach wie vor **erheblicher Verbesserungsbedarf** besteht. Auch wenn die Fachgruppen und damit auch die Patientenvertreter/innen viele Ergebnisse zu einem Zeitpunkt bewerten mussten, zu dem der so genannte Strukturierte Dialog (in dem die Krankenhäuser Gelegenheit haben, schlechte Ergebnisse zu kommentieren) noch ausstand, lassen sich doch einige wichtige Punkte und Kritikpunkte nur als Beispiele nennen:

- Mammachirurgie: noch immer entsprechen die Ergebnisse zum Röntgen der Präparate und zu den Angaben des Sicherheitsabstandes nach einer Gewebeprobe nicht den Qualitätszielen, obwohl dies schon in den vergangenen Jahren thematisiert wurde.
- Gynäkologische Operationen: Die Qualität der Indikationsstellung bei der Entfernung der Gebärmutter weist auf eine möglicherweise problematische Versorgungssituation hin. (In der externen QS wird jede Entfernung einer Gebärmutter bei Patientinnen unter 35 hinterfragt). 236 der 419 Krankenhäuser hatten bezogen auf den Referenzbereich auffällige Ergebnisse. Dies gilt es zu überprüfen.
- Die Antibiotikaphylaxe bei der Gebärmutterentfernung wird nicht leitlinienkonform durchgeführt
- In der Geburtshilfe erreicht ein Viertel der Krankenhäuser nicht das Ziel, dass nur 20 Minuten vom Entschluss bis zur Durchführung eines Kaiserschnitts vergehen sollten.
- Unfallchirurgie: Der Anteil der Patienten, die eine Knie- oder Hüftoperation bekommen, ohne dass eine Indikation dafür dargelegt wird, ist auffällig.
- Die Rate von spät versorgten Patienten mit einer Schenkelhalsfraktur - nämlich erst nach 48 Stunden - ist sehr auffällig.
- Kardiologie: Auch in diesem Fachbereich sind die Ergebnisse bei der Qualität der Indikationsstellung zum Teil problematisch. Bei einigen Krankenhäusern mit höherer Fallzahl wurden sehr hohe Raten (max. 31 Prozent) von PTCA ohne Ischämiekriterien beobachtet. 10 Prozent der Angiographien werden ohne hinreichende Indikation durchgeführt.
- Spannbreiten: Kritisch zu bewerten ist, dass es in manchen Indikationsbereichen Spannweiten bei den Ergebnissen von 0-100 gibt (Pneumonie).

Ländervergleiche und Strukturiertes Dialog

Trotz einer Konkretisierung der Vorgaben für den Strukturierten Dialog sind die Ergebnisse beim Umgang mit Auffälligkeiten in den einzelnen Bundesländern noch immer unbefriedigend.

Es sind die Landesgeschäftsstellen und die Lenkungsgruppen in den Ländern, die die Aufgabe haben, den kritischen Ergebnissen nachzugehen und die Krankenhäuser anzusprechen, die die Qualitätsziele nicht erreichen.

Es ist richtig, dass Krankenhäuser die Gelegenheit haben müssen, ihre Ergebnisse zu kommentieren und strukturelle Probleme erklären zu können. Nach nunmehr drei bzw. vier Jahren sollten aber wiederholte Erklärungen wie Dokumentationsfehler, Softwareprobleme und schlechte Patientenpopulation nicht mehr hingenommen werden.

Mit Nachdruck bestehen die Patientenverbände darauf, dass wiederholte Erklärung bei gleichen Krankenhäusern und Indikatoren nicht hingenommen und sogar sanktionsbewährt sein müssen.

Schon mehrfach haben die Patienten reklamiert, dass mit mehr Nachdruck den wichtigsten Problemen im Strukturierten Dialog nachgegangen werden muss:

- bei Indikatoren, bei denen die minimalen und maximalen Ergebnissen eine extreme Spannweite von über 50 Prozent aufweisen
- „Ausreißer“, bei denen eine Wiederholung schlechter Ergebnisse vorkommt
- Indikatoren, die auf eine unzulängliche Indikationsstellung hinweisen
- Abweichungen von den definierten Leitlinien
- Leistungsbereiche, bei denen ein Drittel bis mindestens die Hälfte der Krankenhäuser den von der Fachgruppe definierten Referenzbereich nicht erreichten
- Leistungsbereiche, bei denen eine auffällige Verschlechterung der Versorgungsqualität ersichtlich ist
- schlechte Dokumentationsraten oder Dokumentationsmängel
- Leistungsbereiche, die auf eine ungenügende Hygieneroutine hinweisen.

Auch wenn die Verbindlichkeiten für den Strukturierten Dialog durch den Gemeinsamen Bundesausschuss verschärft wurden, zeigt der **Ländervergleich** noch große Unterschiede, so dass hier noch nicht von einer befriedigenden Situation gesprochen werden kann.

Scheinbar gibt es noch kein Bundesland, in dem alle Qualitätsziele „im grünen Bereich“ sind.

Zu thematisieren ist auch ein weiteres **strukturelle Defizit im Verfahren**: In den Ländern wird darauf verwiesen, dass die Fachgruppen, die in den Ländern die Überprüfung der Rückläufe von der BQS vornehmen, ehrenamtlich und in ihrer Freizeit tätig sind und daher nur ein begrenztes Volumen an Problemen bearbeiten können. Da der gesamte Verbesserungsprozess daran gebunden ist, dass tatsächlich eine Rückkopplung und eine kritische Reflexion stattfindet, wäre das Verfahren in Frage gestellt, würde man diesen Zustand auf Dauer so hinnehmen. Hier sind die verantwortlichen Entscheidungsgremien im Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Ländern aufgerufen, für Abhilfe zu sorgen.

Zu denken wäre an eine ähnliche Vergütung des Aufwandes, wie er für die Patientenvertreter/innen in Zukunft vorgesehen ist.

Patientenbeteiligung auch auf der Landesebene

Um den Dialog auch in der Länderebene voranzubringen, sollte die **Patientenbeteiligung**, die sich auf der Bundesebene bewährt hat, auch in den **Lenkungsgruppen und den Länderfachgruppen** umgesetzt werden.

Diskussion zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung

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 sektorübergreifende Qualitätssicherung ein. Für diese angestrebten **Langzeitbeobachtungen muss ein geeignetes rechtlich abgesichertes Verfahren gefunden werden.**

Grundsätzlich müssen in Zukunft verstärkt ganze Versorgungsprozesse – nicht nur einzelne Behandlungsmaßnahmen – in den Fokus genommen werden. **Die Patientenvertreter/innen begrüßen daher ausdrücklich die in den Vorlagen zur Gesundheitsreform für den § 137a geplante institutionelle Neuordnung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung.**

Bei der Auswahl der Instrumente zur Zielerreichung sollten folgende Grundsätze gelten:

- Sektorübergreifende Bewertungen und Maßnahmen soweit wie notwendig
- Externe und interne Qualitätssicherung Vorrang vor Methodenausschluss
- Externe Qualitätssicherung wo notwendig, interne Qualitätssicherung soviel wie möglich, jeweils angemessen kontrolliert
- Transparenz institutionen-individuell in patientenverständlicher und für die Bewertung des Qualitätsstandards des Leistungserbringers auch hinsichtlich einzelner Methoden verständlichen Form, und zwar sowohl stichtagsbezogen als auch langzeitbezogen.

Dabei muss darauf hingewiesen werden, dass

- je spezialisierter einzelne Leistungen sind,
- je mehr sich eine Leistung aus Komponenten verschiedener Leistungserbringer zusammensetzt,
- je kürzer die Verweildauern im Krankenhaus werden,

umso mehr sind sektor- sowie fach- und berufsgruppenübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung notwendig.

Weder die Organisation des Gemeinsamen Bundesausschusses noch die Datenerfassung und die Bereitstellung entsprechender Informationen oder die Regelungen des Datenschutzes tragen dem zurzeit Rechnung. Das gilt z.B. für die Ermittlung von Ergebnisqualitäten, für die eine Langzeitbeobachtung notwendig ist, sowie für die Bewertung und Qualitätssicherung von Methoden, die sowohl ambulant wie stationär erbracht werden (z.B. PET und V.A.C).

Soweit patienten-individuelle Daten erforderlich sind, gilt das grundgesetzlich geschützte informationelle Selbstbestimmungsrecht auch für die Qualitätssicherung. Die Anonymisierung darf auch hier nur durchbrochen werden, wenn dieses in Abwägung der Verhältnismäßigkeit unerlässlich ist und insoweit gesetzlich eindeutige Ausnahmeregelungen geschaffen werden.

Die Patientenverbände heben jedoch hervor, dass jeweils indikationsspezifisch geklärt werden muss, ob öffentlichkeitsexterne, eine fachlichexterne oder eine interne Qualitätssicherung angemessen ist, ob sektorübergreifende Aspekte, Langzeitbeobachtungen etc. geboten sind. Hier ist jeweils auch das schwierige Verhältnis zwischen Datenschutz und Qualitätssicherung zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der sektorübergreifenden Beratung von Methoden und Qualitätskonzepten sind grundsätzlich **zwei Ebenen des Handlungsbedarfs** zu unterscheiden:

Es gibt einerseits Diagnose- oder Behandlungsprozesse, die ausschließlich sektoral bezogen sind, die aber in beiden Sektoren vorkommen (z.B. PET). Hier ist aus Patientensicht eine sektorübergreifende Bewertung in einem einheitlichen Gremium des Gemeinsamen Bundesausschusses unabdingbar.

Aus Patientensicht kommt es darauf an, in solchen Konstellationen zu prüfen, welche spezifischen Behandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich bestehen, die u.U. unterschiedliche Vorgaben erforderlich machen. Auch unterschiedliche Kosten der Behandlung können hier eine Rolle spielen, bspw. auch Leistungsausweitungen, weil Investitionen der Leistungserbringer sich amortisieren sollen.

Andererseits gibt es Konstellationen, in denen Diagnose- und Behandlungsprozesse sich über Sektorgrenzen hinweg erstrecken. Hier „wandert“ der Patient von Sektor zu Sektor. Auch in diesem Bereich ist eine sektorübergreifende Bearbeitung erforderlich. Belange des Datenschutzes erhalten aber eine besondere Bedeutung. Ferner muss stets auch die Schnittstelle zur Rehabilitation mit bedacht werden. Hier fehlt es an einem rechtlichen Instrumentarium und auch diesbezüglich eine sektorübergreifende Qualitätssicherung zu realisieren.

Ebenfalls von Bedeutung ist der Umstand, dass sich die Qualitätssicherung auch auf Abläufe beziehen kann, die fach- und berufsgruppenübergreifend gestaltet werden. Auch hierfür sind angemessene Instrumente zu entwickeln.

Um die **Umsetzung der Vorgaben** zur Qualitätssicherung zu erreichen, sind **ebenfalls prinzipiell zwei Strategien** denkbar:

Einerseits ist zu prüfen, wie die Selbstmotivation der Akteure verstärkt werden kann. Dieser Weg wurde bei der internen Qualitätssicherung von Arztpraxen beschritten und bietet sich dort an, wo „Kontrolle“ nur mit extremem Aufwand möglich wäre. Andererseits kommt die Einführung von Sanktionsmechanismen wie Rabatte und Zusatzabgaben oder wie Strafen bei unzureichender Dokumentation in Betracht. Hier ist allerdings zu bedenken, dass die Motivation zum Verfälschen von Ergebnissen u.U. verstärkt wird. Welche Strategie aus Patientensicht zu favorisieren ist, kann nur im Einzelfall entschieden werden.

Aus Patientensicht ist künftig verstärkt darauf zu achten, dass sich die Qualitätssicherung nicht nur an den Aspekten der indikationsspezifischen Ergebnisqualität einzelner Diagnose- oder Behandlungsverfahren abarbeitet. Gerade Prozessqualität und Strukturqualität sind wichtige Gesichtspunkte, mit denen „in der Fläche“ relevante Verbesserungen erreicht werden können. Beispielsweise kann es sehr hilfreich sein, allgemeine Qualitätskriterien für Spezialambulanzen zu erarbeiten, die dann nur indikationsspezifisch ggf. zu modifizieren sind.

1. Wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss darüber verhandelt, ob nicht die Anwendung einer Methode im stationären Bereich ausgeschlossen werden soll bzw. ob eine Methode im ambulanten Bereich nicht zugelassen werden soll, dann ist aus Patientensicht stets zu prüfen, ob nicht auch eine Zulassung der Methode in Verbindung mit Maßnahmen der Qualitätssicherung in Betracht kommt. Insofern hat externe und interne Qualitätssicherung Vorrang vor dem reinen Methodenausschluss. Allerdings sollte hierbei

die Qualitätssicherung im Vordergrund stehen und nicht das durchaus legitime Interesse an Mengensteuerung.

2. Die Organisationsstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind bislang nicht geeignet, das Ziel einer verstärkten sektorübergreifenden Qualitätssicherung zu erreichen. Die sektorale Aufspaltung der Unterausschüsse konnte zwar für die Methodenbewertung mit den Themengruppen teilweise überwunden werden. Für den Bereich der Qualitätssicherung bedürfte es aber eines Eingreifens des Gesetzgebers, weil die Aufspaltung der Spruchkörper dazu führt, dass sektorübergreifend arbeitende Gremien „heimatlos“ sind. Jedenfalls hat der Gemeinsame Bundesausschuss es versäumt, sektorübergreifende Gremien analog zu den „Themengruppen“ bei der Methodenbewertung zu schaffen.

Gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht ferner, weil viele der Aufgaben aus den §§ 135 a ff. SGB V bislang vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht umgesetzt wurden. Insbesondere im Bereich der Zahnmedizin besteht keine Neigung der Selbstverwaltung, tätig zu werden. Hier sind klare Umsetzungsfristen mit der Möglichkeit der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit erforderlich.

3. In der aktuellen Situation werden die Beratungsthemen der Unterausschüsse zur Qualitätssicherung isoliert voneinander bestimmt. Um das sektorübergreifende Denken zu fördern, sollten die Patientenvertreter des Unterausschusses (ambulante) Qualitätsbeurteilung Beratungsthemen aus den Unterausschüssen zur stationären Qualitätssicherung einbringen und umgekehrt. Hierzu sollten sich die Koordinatoren untereinander abstimmen.
4. Hinsichtlich des Verhältnisses des Datenschutzes zur Qualitätssicherung besteht gesetzgeberischer Handlungsbedarf.
Man kann nämlich nicht einfach aus den Normen der Aufgabenbeschreibung des G-BA in § 136a und § 137 SGB V darauf schließen, dass auch eine hierzu erforderliche Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung gestattet sei. Hierzu bedarf es einer sog. Befugnisnorm in den §§ 284 ff SGB V.
Für den ambulanten Bereich wurde dieses Problem bei der Dialyse-Richtlinie deutlich. Mangels einer Ermächtigungsgrundlage ist bislang nur eine Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten möglich. Dies bedeutet aber, dass man Qualitätsmängel nur bis zur betroffenen Einrichtung, nicht aber bis zum betroffenen Patienten zurückverfolgen kann, soweit man nicht vorab eine datenschutzrechtliche Zustimmung aller Patienten erhalten hat.

Hier besteht ein heterogenes Meinungsbild unter den Patientenvertretern, weshalb es angezeigt ist, Positionierungen beim G-BA erst nach einer ausführlichen Diskussion unter Einbeziehung des Koordinierungskreises vorzunehmen. Diskutiert werden in den Patientenverbänden z.B. Fragen wie

- Zustimmungs- oder Einwilligungsvorgaben für Patienten zur Sicherung des Rechts auf eigene Daten
- Pseudonymisierungsverfahren
- die Einsetzung von Kommissionen zur Datensicherung analog den Ethik-Kommissionen
- feste Kriterien für denkbare Öffnungen der Datenerhebung, -verarbeitung, und -nutzung

So unterschiedlich die Meinungen zur Zeit noch sind, einzig ist man sich darin, dass der Vorschlag abzulehnen ist, wonach dem G-BA die Generalbefugnis zur Definition der Grenzen des Datenschutzes per Gesetz eingeräumt werden soll.

Das Verhalten der entscheidungsbefugten Bänke ist nämlich viel zu sehr von Eigeninteressen geprägt, als dass eine patientenorientierte angemessene Entscheidung dort möglich wäre.

Die Patientenverbände sehen daher mit großer Neugier den kommenden Neuerungen durch die „Gesundheitsreform“ entgegen.

Die 2004 formulierte Abschlussforderung der Patienten ist nach wie vor gültig:

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

Vorstand der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss
Patientenbeauftragte für Berlin
Kontaktperson der Patientenverbände
für den Bereich Qualitätssicherung
zu erreichen über:
Büro der Patientenbeauftragten für Berlin
Oranienstr. 106, 10969 Berlin
Tel. 030 - 90 28 20 10
Tel. 030 - 890 285 37
stoetzner@sekis-berlin.de