



Presseseminar

BQS - Ergebniskonferenz am Dezember 2007 in Berlin

Ergebnisse der externen Qualitätssicherung im stationären Bereich

Statement aus Patientensicht

Veröffentlichung von Ergebnisdaten in Qualitätsberichten

Die Patientenverbände sehen es als großen Fortschritt an, dass in den aktuellen Qualitätsberichten erstmals ausgewählte und für die Veröffentlichung geeignete BQS-Ergebnisdaten publiziert werden.

Problematisch ist allerdings, dass für diese Veröffentlichung ein so ungünstiger Zeit- und Ablaufplan gefunden wurde (Veröffentlichung aller Daten erst nach dem Abschluss des Strukturierten Dialogs). Dadurch können gute Ergebnisse einzelner Häuser u.U. nicht rechtzeitig dargestellt werden.

Patientenverbände wünschen sich eine umfassende Veröffentlichung der verfügbaren Informationen der Qualitätsberichte in einem neutralen und unabhängigen Informationsangebot, das in patientenverständlicher Sprache und Darstellung fundierte Vergleiche bei Wahlentscheidungen möglich macht.

Qualitätsverbesserungen gehen zu langsam voran

Patientenverbände, die in den Gremien der vergleichenden Qualitätssicherung von Gemeinsamen Bundesausschuss und BQS mitarbeiten haben den Eindruck, dass in den ausgewählten Indikationsbereichen zwar zum Teil deutliche Verbesserungen erkennbar sind, die durchaus begrüßt werden.

Im Ganzen betrachtet geht der Prozess der Qualitätsverbesserung aber viel zu langsam voran. Als skandalös wird empfunden, dass noch immer Krankenhäuser Abweichungen von den Referenzwerten mit Dokumentationsfehlern begründen und auf Probleme der Software verweisen. Das dürfte nach so vielen Jahren nicht mehr der Fall sein.

Die Patientenverbände begrüßen den eingeschlagenen Weg, dass auffällige Abweichungen auch mit den Fachgesellschaften diskutiert werden und eine Diskussion um die Anwendung und Weiterentwicklung von Leitlinien in Gang kommt.

Die ausgewählten Indikatoren im BQS-Verfahren verweisen auf wichtige Versorgungsbereiche und entsprechen den Fragen vieler Patienten (Bereiche: Prothesen, Mamachirurgie, Herzerkrankungen usw.), aber es dauert einfach viel zu lange, bis neue Indikatoren auf den Weg gebracht sind. Der Prozess mit den Stufen

- Diskussion innerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses über Arbeitsgruppen, Unterausschüsse und Beschlussgremien,
- Erarbeitung in den Fachgruppen der BQS
- erneute Beschlussfassung
- Modellphase und erste Umsetzung
- Revision und Festlegung endgültiger Verfahren

dauert viele Jahre.

So kann kaum eine patientenorientierte Anpassung an die Informationsbedürfnisse von Patienten erfolgen.

Qualitätsüberprüfung durch den Strukturierten Dialog unzureichend

Die Länder gehen mit den Auswertungen der BQS erstaunlich ungleich um. Für manche Länder entsteht der Eindruck, es bewege sich nicht genug und es werden keine Konsequenzen gezogen.

Die Erfahrungen mit den Interventionen der zuständigen Instanzen in den Ländern, den Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung, bei der Überprüfung von Auffälligkeiten sind so unterschiedlich, dass Zweifel an einem Verfahren entstehen, das von der Bundesebene bis in die einzelnen Stationen der Häuser eine systematische Kontrolle gewährleistet.

Das bedeutet nicht, dass Zweifel an einer überwiegend guten Versorgung bestehen, aber dass die Verbindlichkeit vereinbarter Verfahren besser eingehalten werden muss.

Die Patientenverbände sind zudem der Ansicht, dass es ohne eine Aufhebung der Anonymisierung (Zuordnung zu einzelnen Krankenhäusern) nicht möglich ist, patientenorientierte Vergleichsaussagen zu treffen.

Sektorübergreifende Qualitätssicherung dringend erforderlich

Notwendig ist - wie seit Jahren gefordert - eine Ausweitung der Qualitätssicherung auf die anderen Sektoren jenseits des stationären Bereichs. Was nutzt die Erfassung von Indikatoren, die in wenigen Krankenhaustagen zu Operationen erfasst werden, die ein Leben verändern und für Jahrzehnte halten sollen.

Es werden große Hoffnungen an die Arbeit des neuen Instituts nach § 137a für eine sektorübergreifende Qualitätssicherung geknüpft. Aber die bisherigen Diskussionen der dafür relevanten Gremien lassen befürchten, dass viele Patientenwünsche dort nicht realisiert werden könnten:

- Weiterführung der erfolgreichen Fachgruppenarbeit der BQS
- umfängliche Einbindung der Patienten in den Prozess der Entwicklung und Überprüfung von Indikatoren und Ergebnissen (Prozessbeteiligung statt Anhörungsbeteiligung)
- echte Verzahnung von Qualitätssicherungskonzepten der Sektoren

(So wird z.B. befürchtet, dass mit oder neben dem neuen Institut eine ebenso teure Qualitätssicherung für den ambulanten Bereich aufgebaut wird, die mit der des stationären Sektors nur punktuell verzahnt ist).

Externe Qualitätssicherung bildet nur einen Ausschnitt ab

Patientenverbände haben außerdem den Eindruck, dass mit der Externen Qualitätssicherung viele Probleme und Missstände nicht erfasst werden können, um die es eigentlich gehen müsste:

Fehler und Versorgungsproblem, die Routinen aus immer in verdichteten Arbeitsprozessen, Überlastung und schlechter Organisation entstehen. Probleme, die sowohl Patienten und Mitarbeiter/innen in Krankenhäusern erleben und beschreiben können.

Patientenverbände diskutieren daher über andere Erhebungsformen wie Patientenbefragungen und Befragungen von Mitarbeiter/innen.

Sie sehen täglich die Fehler, die sie selbst oder andere machen - und dürfen sie niemandem berichten, wenn sie nicht ihren Job gefährden wollen. Anonyme Risiko- und Fehlervermeidungssysteme wären eine Möglichkeit, mehr Wissen für interne Verbesserungsprozesse zu gewinnen. Sie sind noch viel zu wenig etabliert.

Fehler bleiben unsichtbar

Sowohl für den Bereich der externen Qualitätssicherung als auch für Meldesysteme zu vermeidbaren Fehlern und kritischen Ereignissen (CIRS) ergibt sich das Problem, dass Patienten von der schlechten Qualität (so sie denn vorkommt), die in diesen Prozessen sichtbar wird (z.B. in Validierungs- oder Reviewverfahren), nichts erfahren.

Patienten werden durch die Erfahrung schlechter Versorgungsqualität zu Objekten, ohne selbst eine Chance auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld zu haben, wenn sie nicht selbst darauf kommen, dass sie einem Fehler nachgehen müssen.

Schleichende Umsetzung im Bereich der Strukturqualitätskonzepte

Im Bereich der Umsetzung der im Gemeinsamen Bundesausschuss vereinbarten Strukturqualitätskonzepte (z.B. § 116 b SGB V) in den Ländern ergibt sich ein aus Patientensicht problematisches Bild:

Viele Bundesländer akzeptieren offensichtlich die beschlossenen Strukturqualitätsanforderungen überwiegend nicht als verbindliche Entscheidungsgrundlage, sondern sehen sie als Orientierungshilfe an. Beschlossenen Mindestmengenregelungen werden von fast allen Bundesländern ignoriert.

Grund hierfür ist, dass den Ländern (bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus) die Daten fehlen, um von sich aus festzustellen, welche Ambulanz wie viele Patienten behandelt hat. Zwar könnten sie die Krankenhäuser im Wege eine Auflage verpflichten, solche Daten zu liefern. Dies erscheint aber als zu bürokratisch und auch als nicht überprüfbar.

Auch eine regelmäßige Überprüfung der sachlichen und personellen Anforderungen an Spezialambulanzen wird wohl eher nicht erfolgen („Wir haben anderes zu tun“).

Die meisten Bundesländer haben eigene Bewertungsverfahren entwickelt, wie auch in den Indikationsbereichen, in denen der GBA bislang noch keine Anforderungskriterien an Spezialambulanzen entwickelt hat, um umgehend Anträge auf Zulassung von Spezialambulanzen bewilligen zu können. Die jeweiligen Kriterien werden – ohne Patientenbeteiligung – in den Landeskrankenhausausschüssen erarbeitet.

Die Landeskrankenhausplanungsbehörden werden über vorliegende Anträge nach eigenen Kriterien entscheiden. Für den Bereich der Onkologie möchte man aber überwiegend noch abwarten, was der GBA so entscheidet. Die Folge wird ein Wildwuchs sein, der auf der Basis unterschiedlichster Kriterien entstehen wird.

Problematisch sind auch Überlegungen (auf Seite der Krankenkassen), wonach - aufgrund einer Unklarheit im Gesetz - die Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln in den Spezialambulanzen ausgeschlossen werden soll, so dass die Spezialambulanzen nur in diagnostischen Bereichen arbeiten können.

Intransparenz durch Einzelverträge

Krankenkassen können und sollen zukünftig mit Krankenhäusern Einzelverträge beschließen. Die Festlegung von Qualitätsanforderungen obliegt dann den Krankenkassen, die dabei sicher Qualitätskriterien für die Krankenhäuser festlegen werden. Hier wird es komplexe Abstimmungsprozesse mit Landeskrankenhausplanungsbehörden und Bundesinstituten (z.B. nach § 137a) geben (müssen).

Da aber offensichtlich die meisten Bundesländer die Heranziehung von abgestimmten Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung als zu bürokratisch ansehen, kann es zu einer großen Unübersichtlichkeit kommen.

Notwendig wäre in diesem Zusammenhang auch, die Versorgungsbereiche, die über Integrationsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern geschlossen werden, in die Qualitätssicherung mit einzubinden. Es kann nicht sein, dass solche Verträge zwar mit dem Versprechen auf mehr Qualität geschlossen und „verkauft“ werden, faktisch aber unsichtbar bleibt, welche Standards gelten und angewandt werden. Die Entscheidung des Gesetzgebers, dieses Feld dem Wettbewerb zu überlassen führt zu Intransparenz für Patienten.

Karin Stötzner

Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss
für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
zu erreichen über:

Büro der Patientenbeauftragten für Berlin
Brückenstr. 6, 10179 Berlin
Tel. 030 - 90 25 20 10
Tel. 030 - 890 285 37
stoetzn@sekis-berlin.de