

Qualitätsbericht 2005

Position der Sächsischen Qualitätsbeauftragten

Spätestens im Jahr 2005 verlangt der Gesetzgeber von den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern die Veröffentlichung eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichtes (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V). Er ist von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen und enthält auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses. Folgende Ziele werden mit der Erstellung eines Qualitätsberichtes verfolgt:

- Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
- eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen,
- die Möglichkeit für die Krankenhäuser ihre Leistungsfähigkeit nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

Die Arbeitsgruppe Sächsischer Qualitätsbeauftragter hat sich in ihrer Beratung am 3. 12. 2003 in der Sächsischen Landesärztekammer mit diesen Schwerpunktthema beschäftigt und folgende Position erarbeitet, die hiermit zur Diskussion gestellt wird:

■ Einvernehmen herrscht darüber, dass das Problem der Zielgruppe und der hiervon abgeleiteten Bedürfnisse an einen Qualitätsbericht bislang nicht geklärt ist. Das „Einmal-eins“ des Qualitätsmanagements lehrt hierzu, dass an dieser Stelle die Kernfrage des „Nutzens“ sowie des „Verständnisses“ zu klären ist. So interessieren niedergelassene Ärzte als Orientierungshilfe Daten zur Mortalität, zur Anzahl nosokomialer Infektionen bis hin zur Obduktionsrate. Patienten interessieren Angaben zu Wartezeiten, Eintreffen des Arztbriefes beim Hausarzt sowie Möglichkeiten der individuellen Beratung. Es erhebt sich damit die Frage, wem der Qualitätsbericht mit welchen Angaben nutzen und auf wen er in der Folge ausgerichtet werden soll?

■ In diesem Zusammenhang bleibt das Problem der Vergleichbarkeit bestehen. Wer legt fest, welche „krankenhausspezifischen Besonderheiten“ zu veröffentlichen werden? Sollten hierzu keine Festlegungen erfolgen, wird ein Vergleich nicht möglich sein und damit auch nicht das gesetzte Ziel zum Beispiel einer Entscheidungshilfe für versicherte Pa-

tienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung! Damit werden die „ersten Versionen“ eines Qualitätsberichtes individuelle Beschreibungen eines Qualitätsmanagementsystems sein, vielleicht auch als ein sehr pragmatischer Ansatz, sich dieser Herausforderung zu stellen.

■ Neben dem Problem der Vergleichbarkeit besteht weiterhin das Problem der „Kontrolle der Inhalte“. Hierzu existiert kein strukturiertes Konzept. So stellt sich zum Beispiel die Frage, wie mit einer Rate nosokomialer Infektionen von Null Prozent umgegangen wird. Wer kontrolliert die Validität der Daten? Wer übernimmt die Verantwortung? Wer fordert zur Korrektur der Berichte auf? Bisher scheint es so zu sein, dass dieses Problem der Leser selbst für sich klären muss und hierzu braucht es wiederum das entsprechende Verständnis, das heißt Wissen!

■ Die Arbeitsgruppe der Sächsischen Qualitätsbeauftragten empfiehlt, sich in einem ersten Schritt an den Bedürfnissen des Patienten zu orientieren, für den zum Beispiel eine schnelle Arztbriefübermittlung, ein kurzfristiger Ambulanztermin und möglichst kurze Wartezeiten von besonderer Bedeutung sind. Krankenhausinfektionen (nosokomiale Infektionen), Mortalitäts- und Obduktionsraten können dem Patienten nur mit einer verständlichen Lesehilfe „zugemutet“ werden.

■ Der Qualitätsbericht als eine neue Form, auch mit dem Patienten in Kontakt zu treten, sollte Ansprechpartner nennen als ein Angebot für das persönliche Beratungsgespräch.

Die Arbeitsgruppe der Sächsischen Qualitätsbeauftragten ist sich der Problematik um die Erstellung des Qualitätsberichtes im Jahr 2005 bewusst. Zugleich wird jedoch bei aller Skepsis um die gesetzgeberische Vorgabe die Chance erkannt, Qualitätsdaten „nach außen zu kommunizieren“. Gelingt es, dies zielgruppenorientiert auszurichten, in Kenntnis der hohen Verantwortung für die Leistung der eigenen Mitarbeiter, könnte hieraus ein Instrument entstehen, dass ein selbstverständlicher Bestandteil eines Geschäfts- oder Jahresberichtes eines Unternehmens wird. Damit könnte auch der Aufwand „in Grenzen“ gehalten werden, zumal der gesetzgeberische Auftrag nicht „belohnt“ wird, sondern vielmehr als selbstverständliche Aufgabe aus

dem Budget des jeweiligen Krankenhauses zu finanzieren ist.

Nachtrag:

Inzwischen wurde die Vereinbarung über Inhalt und Struktur eines strukturierten Quali-

tätsberichtes auf Selbstverwaltungsebene konsentiert und ist unter **www.dkgev.de** nachlesbar.

Das **nächste Treffen** der Sächsischen Qualitätsbeauftragten ist am Mittwoch, **10. März 2004** in der Sächsischen Landesärztekammer.

Ansprechpartnerin:

Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Geschäftsbereich Qualitätsmanagement
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Maria.Eberlein-Gonska@uniklinikum-dresden.de