

Qualitätsbericht 2004 Viel Text, wenig Orientierungshilfe!

Die deutschen Krankenhäuser haben sich der gesetzgeberischen Anforderung zur Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes 2004 erstmals gestellt.

Der Qualitätsbericht (QB) aus Sicht des Qualitätsmanagements (QM)

Das erste Halbjahr nach der Veröffentlichung des gesetzlich geforderten QB aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser ist vergangen, so dass es an der Zeit ist, die inhaltlichen Aussagen sowie den Aufwand und Nutzen und die Resonanz kritisch zu beleuchten. Die Mitglieder des Arbeitskreises Sächsischer Qualitätsbeauftragter im Freistaat Sachsen haben sich die Beantwortung der gestellten Fragen zur Aufgabe gemacht und wurden in diesem Anliegen vom Ausschuss „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ bei der Sächsischen Landesärztekammer unterstützt. Von besonderem Interesse war auch, die Sicht der Patienten zu erfahren und Empfehlungen für eine Weiterentwicklung des QB vorzulegen.

Zunächst stellt sich die Frage, ob die gesetzliche Zielstellung durch die formellen Vorgaben wie auch durch die gleichzeitig eingeräumten Freiräume in der Berichterstattung erreicht wurde oder nicht. Die Beurteilungsgrundlage hierfür liefert der Text der Vereinbarung selbst, wonach im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung in erster Linie Versicherte und Patienten eine Information und Entscheidungshilfe erhalten sollen, an zweiter Stelle stehen die Vertragsärzte und Krankenkassen gefolgt von den Krankenhäusern. Bereits an dieser Stelle scheint der Anspruch des Gesetzgebers hoch; so reicht ihm die Veröffentlichung von aussagekräftigen Informationen offenbar nicht aus, vielmehr will er mit dem QB Zahlen, Daten und Fakten liefern, die dem Patienten eine Qualitätsbeurteilung im Sinne einer Entscheidungshilfe für oder gegen ein Krankenhaus ermöglichen. Damit stellt sich die Frage, inwieweit eine „Stiftung Warentest für das Gesundheitswesen“ ein möglicher und auch ein

hilfreicher Weg für Patienten darstellt. QM gibt durch seinen ureigensten Anspruch eine Antwort:

1. QM reflektiert kritisch eigene Prozesse durch Analysen von Daten.
2. QM ist durch Daten zu unterlegen nach dem Credo – was nicht schwarz auf weiß steht, wird nicht praktiziert.
3. Daten sind nur vergleichbar, wenn sie bei bekannten Bezugsgrößen valide und reliable sowie möglichst als Indikator fungieren (Qualitätsindikator).
4. QM schafft nur durch Vertrauen und Transparenz den Brückenschlag ins Marketing.

Deshalb sind aus Sicht des QM in Qualitätsberichten zwingend Fragen zum Vor-

handensein eines QM-Systems und vor allem zur Methode der Überwachung der Qualität zu beantworten. Allein die Frage nach dem WIE lässt blinden Aktionismus relativ leicht erkennen. Damit verlangen Informationen als Entscheidungshilfe weit mehr als Tabellen und Übersichten.

Die Form und die Inhalte der bisher veröffentlichten Qualitätsberichte

Schon beim Durchsehen der QB stößt der Leser auf kaum zu bewältigende Umfänge von wenigen bis über 100 Seiten (insgesamt 120.000 Seiten), die kopflastig durch Leistungslisten eine gezielte Information mangels verlorn gehender Orientierung nicht zulassen. Es fehlen zudem jegliche Voraussetzungen für eine schnelle Orien-

tierung über vergleichbare Qualitäten zwischen den einzelnen Einrichtungen. Diejenigen, die schließlich den QB erstellen, verweisen auf eine Vielzahl von Definitionsproblemen und dies bereits beim stark reglementierten Basisteil, der letztlich zunächst nur der Leistungsbeschreibung eines Krankenhauses dient. Der sich anschließende Systemteil sollte die Hoffnungen auf die Möglichkeit einer Entscheidungshilfe auf der Grundlage definierter und verbindlicher Qualitätsparameter erfüllen. Offensichtlich hat an dieser Stelle der Gesetzgeber das Ausmaß seines Ansinnens erkannt und die „Notbremse“ gezogen. So heißt es im Text der Vereinbarung „der Systemteil ist im Unterschied zum Basisteil weniger standardisiert“, und dies macht jegliche Möglichkeit zu einem Qualitätsvergleich von Krankenhäusern zunichte! Als Ergebnis sind definierte Qualitätsindikatoren kaum zu finden, sieht man von wahlweisen und sporadischen Wiedergaben aus der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V ab. Hin und wieder sind vereinzelt simplifizierte Globalindikatoren ohne erforderliche Hintergrundangaben dargestellt. Risikoadjustierungen finden überhaupt keine Erwähnung, obwohl immer wieder von Experten auf die Notwendigkeit derselben hingewiesen wird. Eine derartige statistisch unzureichende Darstellung lässt die übermittelten Daten fragwürdig und unprofessionell erscheinen und rückt die Berichte in den Verruf der Einzelstrategie und des aggressiven Marketings zu reinen Wettbewerbszwecken.

Versucht man den vorliegenden Qualitätsberichten eine positive Seite abzugewinnen, so liefern diese relativ viele Information über Leistungsangebote und teilweise auch über deren Umfang. Vergleichbare Hinweise auf die Prozess- und Ergebnisqualität im Allgemeinen und schon gar nicht im Besonderen, das heißt über bestimmte Krankheitsgruppen, fehlen. Die mühsam erarbeiteten Daten aus der

externen Qualitätssicherung werden leider einer willkürlichen Darstellung überlassen, mehr als Auswahl und weniger als Gesamtdarstellung. Benchmarking – „Lernen vom Besten“ und saubere Orientierungshilfen sind somit weder für den Patienten noch für die Einrichtungen nachvollziehbar.

Noch ist Zeit das Konzept des Qualitätsberichtes gemäß § 137 SGB V zu verbessern, denn nur eine kleine Zahl von Patienten hat ihn offensichtlich ernsthaft wahrgenommen. Eine Umfrage in 12 Krankenhäusern des Freistaates Sachsen ergab, dass von 1305 befragten Patienten 73 (5,6 Prozent) den Qualitätsbericht kennen. Von diesen 73 Patienten haben den QB 30 (2,3 Prozent) entweder selbst oder ihre Angehörigen gelesen. Die Umfrage wurde im Rahmen der administrativen Aufnahme von Patienten (Ausschluss Notfall) durchgeführt.

Der Stellenwert der Qualitätsberichte 2004 für Patient und Arzt – quo vadis QB

Die Zielstellung der gesetzlich abverlangten QB 2004 von nahezu 2000 Krankenhäusern in Deutschland wird aus der Perspektive des praktizierenden QM definitiv nicht erreicht. Als Konsequenz bleibt deshalb nur die zügige und engagierte Weiterentwicklung des vorliegenden Konzeptes, denn:

1. Die Gesundheitseinrichtungen können sich der Veröffentlichung von Kennzahlen nicht verschließen. Sie sollten deshalb die Weiterentwicklung selbst aktiv mitgestalten.
2. Es braucht eine zügige und professionelle Weiterentwicklung der vorliegenden Konzepte mit klaren Empfehlungen im Sinne von Orientierungshilfen über medizinische Ergebnisse wie auch Methoden der Qualitätsmessung und deren Bewertung.
3. Grundlage einer Entscheidung bilden valide und vergleichbare, d.h. risikoadjustierte Kennzahlen. Hierzu braucht es einen einheitlichen Satz ausgewählter und repräsentativer Indikatoren und damit den Mut, diese verbindlich festzulegen.

4. Grundlage einer Entscheidung bilden außerdem entsprechend verständliche Kommentierungen (patientenverständliche Informationen), wie sich die Einrichtung um die Qualität ihrer Versorgung und um die Sicherheit ihrer Patienten bemüht.

5. Der Patient als primäre Zielgruppe hat offensichtlich von den veröffentlichten QBen kaum Notiz genommen. Bei der zukünftigen Weiterentwicklung gilt es deshalb auch, Aufwand und Nutzen in ein „ausbalanciertes“ Verhältnis zu bringen.

Die Sächsischen Qualitätsbeauftragten lehnen den Missbrauch und die Instrumentalisierung von Qualität und Qualitätsmanagement als billiges Instrument für Wettbewerbszwecke und Marketingstrategien rigoros ab. Qualitätsberichte dürfen demzufolge nicht in die „Knautschzone“ verschiedener Interessengruppen geraten. Die „sorglose“, das heißt ungefilterte Veröffentlichung von reinen Kennzahlen befriedigt zwar die Neugier vieler, führt aber in dieser Form zu keiner Sicherheit in der Patientenversorgung. Vielmehr steht das Vertrauen der Patienten und auch der Mitarbeiter in den Gesundheitseinrichtungen auf dem Spiel! Insbesondere die Ärzte sollten demzufolge diese besondere Verantwortung wahrnehmen und offensiv an der Weiterentwicklung vorliegender Konzepte mitwirken oder diese einfordern.

Verfasser: Dr. med. Maria Eberlein-Gonska,
Universitätsklinikum Dresden
Dr. med. Dirk Müller, Erzgebirgsklinik Annaberg
Kerstin Sommer, Klinikum Chemnitz
Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen, Goerlitz

Für die Verfasser und die Mitglieder der
Sächsischen Qualitätsbeauftragten:
Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Maria.Eberlein-Gonska@uniklinikum-dresden.de