

Mehr Transparenz für Patientinnen und Patienten?

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), das zum 1. Januar 2004 in Kraft trat, hat sehr viele Neuerungen, wie unter anderem den „strukturierten Qualitätsbericht“ gebracht, deren Konsequenzen wahrscheinlich in einigen Jahren erst beurteilbar sind. In einer Fortbildungsveranstaltung „Qualitätsbericht nach §§ 136, 137, 137 b Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Klinik und Praxis“ – Balance zwischen „Pflicht und Kür“ am 2. Juli 2004 im Ärztehaus Bayern wollte die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) dazu beitragen, mehr Klarheit und Sicherheit für die Erstellung und auch für die Bewertung von Qualitätsberichten zu finden.

Wirklich konkrete Rahmenbedingungen für Struktur und Inhalte der geforderten Qualitätsberichte benenne der Gesetzgeber jedoch bisher nicht. „Wir wissen nur ungefähr, wie diese Berichte strukturiert sein sollen, welche Aussagefähigkeit sie haben werden. Insgesamt kann man heute noch nicht sagen, was sie eigentlich wert sind“, sagte Dr. Klaus Ottmann, Vizepräsident der BLÄK, in seiner Begrüßungsrede. Ob sie zu einem „Qualitätsbericht light“ würden oder wirklich echte Qualitätssubstanz aus diesen Berichten zu entnehmen sei, werde die Zukunft zeigen. Der Vizepräsident freute sich, dass „einige Galionsfiguren des Qualitätsmanagements“ als Referenten für die Veranstaltung gewon-

nen werden konnten und dass unter den über 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmern auch Gäste aus Wien, aus dem Engadin und auch aus der Bundeshauptstadt waren.

Inhalt und Struktur

Dr. Ursel Koenig, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG), Klinik am Eichert, Göppingen, eröffnete die lange Referatsreihe, die immer wieder durch Frage- und Diskussionsrunden unterbrochen wurde, und machte dabei interessante Aussagen zu Struktur und Inhalt des Qualitätsberichtes. „Der Begriff des Qualitätsberichtes ist in der Nomenklatur und Theorie des Qualitätsmanagements nicht abgesichert“, so Ursel Koenig. Die GQMG hielt eine wissenschaftliche Begleitung der Einführung von Qualitätsberichten für unabdingbar. Wissenschaftlich im Vordergrund stünden die Fragen: Wer nutzt die Qualitätsberichte? Wie groß ist der Nutzen für die Patienten? Gibt es einen positiven Effekt auf die Entwicklung der Organisation? Ist die These des „Health Consumism“ zu halten? Die GQMG empfehle daher vier Teilbereiche: Allgemeine Bestimmungen, Erstellung und Nutzung im Krankenhaus, Struktur und Inhalt und Veröffentlichung und Transparenz. Ferner müsse unbedingt auch eine Klärung der Finanzierung herbeigeführt werden.



Begrüßte im Ärztehaus Bayern: Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann.

Im Anschluss daran hatten unter anderem Repräsentanten der gesetzlichen Krankenkassen, der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG), der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und von Rehabilitationseinrichtungen das Wort. So wurden die „Ausfüllhinweise zur Anlage zur Vereinbarung ge-



Einige „Galionsfiguren des Qualitätsmanagements“ sprachen vor über 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmern: Professor Dr. Max Geraedts (links außen) und Professor Dr. Hans-Konrad Selbmann (Moderator, rechtes Bild).

mäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zum Qualitätsbericht für nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser“ ebenso diskutiert wie der Aufgabenkatalog zum „Qualitätsbericht der KVB 2004“, der von Dr. Andreas Hellmann, KVB-Vorstandsmitglied, vorgestellt wurde. Die Diskussion ergab, dass ein strukturierter Qualitätsbericht nur einen Überblick über das Qualitätsmanagement geben könne. Qualitätszirkel, Restrukturierungsmaßnahmen, Fortbildungen oder auch Benchmarking ergänzten den Qualitätsbericht.

Qualität und Risiko

Gleich nach der Pause sprach Dr. Johann Wilhelm Weidringer, geschäftsführender Arzt der BLÄK, zum Thema „Qualität und Risikoadjustierung“. Dabei ging er insbesondere auf die Begriffe und deren Bedeutung für „den“ Qualitätsbericht ein. Johann Wilhelm Weidringer stieg in seinem Vortrag mit den Begriffen der Qualität ein: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und stellte die Risikoadjustierung eines Krankenhauses dar. Demnach werde beispielsweise die tatsächlich beobachtete 30-Tage-Letalität eines Krankenhauses O (observed = beobachtet) mit der erwarteten 30-Tage-Letalität eines Krankenhauses E (expected = erwartet) verglichen. Die erwartete Letalität sei die Letalität, die man unter Berücksichtigung der Risikofaktoren erwarten würde. „Ziel ist es, durch das

„Herausrechnen“ der Risikofaktoren das Risiko zu adjustieren“, so Johann Wilhelm Weidringer.

Qualität und Quantität

Besonders gespannt waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf den Gesundheitswissenschaftler Professor Dr. Max Geraedts vom Klinikum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Er übte in der Veranstaltung deutliche und begründete Kritik an der aktuellen politischen Forderung „Masse ist gleich Klasse in der Medizin“. So einfach könne man die „Beziehung zwischen Leistungsfrequenz und medizinischem Versorgungsergebnis“ nicht formulieren. Dieses komplexe Beziehungsgeflecht versuchte er nicht nur darzustellen, sondern auch Evidenzkriterien aufzustellen. Max Geraedts zeigte anhand von aktuellen amerikanischen Studienergebnissen die „Mortalitätsdifferenzen in Abhängigkeit von der Fallzahl von Krankenhäusern“. Deutlich zu erkennen waren erhöhte Mortalitätsraten beispielsweise bei Ösophagektomien und Pankreas-Karzinom-Operationen in Krankenhäusern mit niedrigen Fallzahlen. Dennoch hätten die Fallzahlen als „Qualitäts-Surrogat“ nur eine geringe Erklärungskraft. „Mindestmengen sind aus Studien bisher nicht evidenzbasiert ableitbar“, so der Experte Max Geraedts wörtlich. Vielmehr zeigten verfügbare Ergebnisse, dass die Qualität eine höhere Wertigkeit als die Menge habe.

Qualität und Patient

„Die Bedeutung von Qualitätsberichten muss gleichermaßen wahr und auch verständlich sein für Patientinnen und Patienten und aus-sagestark für Ärztinnen und Ärzte und Kas-senvertreter“, betonte schließlich Qualitätsmanagement-Experte Professor Dr. Hans-Konrad Selbmann, Universität Tübingen, der die Veranstaltung komodierte. Sie dürften keine „Rosinen-Pickerei“ unterstützen. Wirklich wichtig sei die Risiko-Adjustierung beim Vergleich der Ergebnisse in der Patienten-Versorgung. Natürlich erstickten sowohl die Vertragsärzte, als auch die Krankenhäuser in Bürokratie. Aber Bürokratie sei ja nur dann der richtige Begriff, wenn Datensammlungen zu keinen vernünftigen Ergebnissen führten. Wenn Ärztinnen und Ärzte sich schon die Arbeit machen müssten, Qualitätsberichte zu erstellen, dann sollte mit ihnen auch was anzufangen sein.

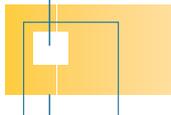
In der Abschlussdiskussion gab Vizepräsident Ottmann seiner Hoffnung Ausdruck, „dass dieser Qualitätsbericht, der eine Informationsquelle für die Patientinnen und Patienten sein soll, durchaus ein nützliches Instrumentarium, eine Art Visitenkarte, für die Krankenhäuser werden könne.

Dagmar Nedbal (BLÄK)

ANZEIGE:

MBA Professional im

Gesundheitsmanagement



Nächster Start: November 2004
Dauer: 20 Monate

www.mba-gesundheitsmanagement.de

weitere Informationen unter:
0911/20 671 - 357