

Qualitätsberichte ohne Ergebnisqualität

Zur Bedeutung des Qualitätsberichtes aus Sicht der Krankenkassen

■ *Im Jahre 2005 hat jedes Krankenhaus für das Jahr 2004 ein Qualitätsbericht zu verfassen. Dieser ist von den Landesverbänden der Krankenkassen zu veröffentlichen. Wird damit erstmals Transparenz im Bereich der medizinischen Behandlungsqualität geschaffen oder handelt es sich eher um eine symbolische Handlung des Gesetzgebers, der damit die allenthalben befürchteten Auswirkungen von Kostendruck und vermehrter Selbstbeteiligung vergessen machen will?*



Unstrittig ist: Das Wort „Qualität“ hat bislang eine durchgängig positive Konnotation und erfreut sich deshalb beim Gesetzgeber außerordentlicher Beliebtheit. Im Sozialgesetzbuch (SGB V) ist es auf dem Wege, mit 131 Verwendungen in den vergangenen Jahren den Klassiker unter den Heilsbegriffen – das Wort „wirtschaftlich“ (155 Verwendungen) – von Platz eins zu verdrängen. Textpassagen mit dem Wortstamm „Qua-



Dr. Wulf-Dietrich Leber,
AOK-Bundesverband

lität“ sind derzeit ausgesprochen parlamentsgängig. Bevor der Frage nachgegangen wird, ob denn das neue Instrument „Qualitätsbericht“ seine Verheißung erfüllt, sei die Frage erlaubt, wieso denn die bisherigen Instrumente die Qualität nicht ausreichend sichern. Schließlich existieren im stationären Bereich bereits Richtlinien für ein internes Qualitätsmanagement, und es gibt bundeseinheitliche Qualitätssicherungsverfahren nach § 137 Absatz 1 SGB V.

BQS-Verfahren – Qualität im Nebel der Anonymität

Der umfangreichste und ehrgeizigste Versuch, die Qualität stationärer Behandlung zu sichern, ist zweifellos, die dezidierte Erfassung von Behandlungsverfahren mittels QS-Bögen (im Folgenden vereinfachend als BQS-Verfahren betitelt, weil die Ergebnisse in der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung zusammengeführt werden). Das Verfahren geht zurück auf die Qualitätssicherung bei der Einführung von

Fallpauschalen und Sonderentgelten durch die Bundespflegesatzverordnung 1995. Offenbar wurde bei Ablösung der tagesgleichen Pflegesätze durch leistungsorientierte Vergütungen eine Minderung der Qualität ärztlicher Leistungserbringung befürchtet.

Das BQS-Verfahren litt zunächst an mangelnder Umsetzung auf Landesebene und einer nicht gerade proaktiven Umsetzung durch die Landesärztekammern. Im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 wurde deshalb die Steuerung der Qualitätssicherung auf Bundesebene gehoben und in die Hände von Krankenhausgesellschaft und Spitzenverbänden der Krankenkassen gegeben (vgl. § 137 Absatz 1 vor GMG). Seither kann man von einer gewissen Flächendeckung bei bestimmten „QS-bewehrten“ Verfahren sprechen. Der BQS-Qualitätsreport 2002 basiert immerhin auf der Auswertung von 2,4 Millionen Datensätzen bzw. QS-Bögen (vgl. hierzu im Einzelnen www.bqs-online.de).

Zweifellos ist mit dem BQS-Qualitätsreport eine neue Stufe der Qua-

litätstransparenz erreicht worden. Und er liefert brisante Informationen. Es ist zum Beispiel ablesbar, dass über 200 Krankenhäuser weniger als zehn Hüftendoprothesen implantieren (vgl. Auswertung zu TEP bei Koxathrose) und dass die Raten für Wundinfektion und Abszessbildung signifikant über jenen Häusern mit Fallzahlen von über hundert liegen. Das „Beweismaterial“ für eine Mindestmengenregelung liegt sozusagen vor.

Aber Patienten und vertragsschließende Krankenkassen wüssten natürlich gerne, welches die Krankenhäuser mit den hohen Wundinfektionsraten sind. Hier aber ist das Verfahren trotz des verheißungsvollen Titels „Qualität sichtbar machen“ weitgehend wertlos, da alle hausbezogenen Ergebnisse im Nebel der Anonymität bleiben. Was nützt es dem Versicherten oder der Krankenkasse, wenn man weiß, dass beispielsweise in fünf Krankenhäusern signifikant schlechtere Ergebnisse erreicht werden, aber im Dunkel bleibt, welches diese fünf Krankenhäuser sind?

Es dominiert bei der BQS offensichtlich noch die überkommene ärztliche Standespolitik, der zufolge Qualitätssicherung vor allem als innerärztliche Angelegenheit anzusehen ist: Qualitätssicherung unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Die Patientenbewegung hat die BQS offenbar noch nicht erreicht. Inwieweit sich daran etwas ändert, wenn die Steuerung dieser Verfahren künftig im Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt, wo Patientenvertreter mit in den Gremien sitzen, bleibt abzuwarten.

Das Bedeutsame am neuen Qualitätsbericht nach § 137 Abs 1 Satz 3 Nr. 6 ist die Tatsache, dass er Qualitätsinformation als ein Recht der Öffentlichkeit reklamiert. Im Interesse der Patienten ist die Qualität eines Krankenhauses kein durch Wettbewerbs-, Persönlichkeits- oder Standesrecht geschützter Bereich mehr. Eine solche „Transparenz-Kultur“ sollte auch für die anderen QS-Verfahren selbstverständlich werden.

Qualitätsberichte – ein Mengenreport

So erfreulich die Tatsache ist, dass nunmehr der Öffentlichkeit einrichtungsbezogene Informationen zur Verfü-

gung gestellt werden, so muss doch kritisch gefragt werden, ob das, was in diesen Berichten stehen wird, viel über die Qualität der Einrichtungen aussagen wird. Die DKG und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zwischenzeitlich festgelegt, was Inhalt dieser strukturierten Qualitätsberichte sein soll (vgl. Vereinbarung gemäß § 137 Abs 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser; herunterzuladen unter www.krankenhaus-aok.de).

In ihrem allgemeinen Teil regelt die Vereinbarung, dass die Qualitätsberichte bis spätestens 31. August 2005 für das Jahr 2004 zu erstellen sind. Die Veröffentlichung hat bis 30. September 2005 vollständig und in unveränderter Form durch die Landesverbände der Krankenkassen zu erfolgen. Entscheidend für den Informationswert der Veröffentlichung dürfte sein, dass die Kassen auf der Basis der Berichte vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen dürfen. Solche Vergleichslisten sind für die Patienten wichtig, die zwischen mehreren Krankenhäusern auswählen können und sich beispielsweise darüber informieren wollen, wie oft eine bestimmte Operation an welchem Krankenhaus gemacht wird.

Die entscheidenden Festlegungen finden sich in der Anlage der Vereinbarung, wo die Struktur des Berichtes festgelegt ist. Im so genannten Basisteil sind allgemeine Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses anzugeben, so z. B. die Fachabteilungen, sowie die TOP-30 DRGs – letztere allerdings nur in dreistelliger Notation, so dass Schweregrade nicht erkennbar sind. Der Basisteil enthält auch Informationen über die apparative Ausstattung (CT, MRT, PET, ...) des Krankenhauses und die therapeutischen Möglichkeiten (Physiotherapie, Dialyse, ...).

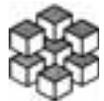
Im zweiten, fachabteilungsbezogenen Teil liefert der Bericht die zehn TOP-DRGs, die zehn häufigsten Hauptdiagnosen (ICD 3-stellig) und die zehn häufigsten Operationen (OPS 4-stellig). Ergänzend sind – sofern vorhanden – Fallzahlen aus der ambulanten Versorgung (Hochschulambulanz, ...) anzugeben. In vielen Fällen dürfte die Anzahl der Stellen von ICD und OPS zu gering sein, um Patienten und Krankenkassen eine ausreichend tiefe Information über einzelne Behandlungsfor-

men oder Leistungen eines Krankenhauses zu liefern.

Im dritten Teil, der mit Qualitätssicherung überschrieben ist, sind die „Ausfüllquoten“ für die BQS-Verfahren sowie Daten zur Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung gemäß § 137 Abs 1 S. 3 Nr. 3 SGB V anzugeben, bevor in einem – inhaltlich nicht näher vorgegebenen – fünften Teil über die Qualitätspolitik und das interne Qualitätsmanagement des Krankenhauses berichtet wird.

Eine kritische Analyse der Vereinbarung muss zu dem Schluss kommen, dass es sich allenfalls um einen ersten Einstieg in einen „Qualitätsbericht“ handelt. Der Patient will ja wissen, wo er aller Wahrscheinlichkeit nach gut behandelt wird – und genau das kann er aus diesem Bericht nicht ersehen, zumindest nicht aus dem offiziell vereinbarten Teil. Der Bericht enthält Strukturangaben und Leistungsmengen, aber er bietet letztlich keinerlei Angaben über die Behandlungsergebnisse. Wie hoch ist die Komplikationsrate? Wie hoch ist die Sterblichkeit bei risikanten Operationen? Wie lange hal- ▶

KTQ-/pCC



Beratung/Training/Coaching

SALSS Krankenhausberatung

Beratung und Schulung beim Aufbau und der Weiterentwicklung Ihres QM-Systems und bei der Selbst- und Fremdbewertung. Wir bieten Unterstützung auf dem Weg zur Zertifizierung.

Unsere Beratungsleistungen:

- KTQ-/ pCC-Start
- KTQ-/pCC-Organisation
- KTQ-/pCC-Führungskräfte-Coaching
- Strategiekonferenzen
- Moderatorenschulung
- Workshop Qualitätsziele
- KTQ-/pCC-CHECK
- KTQ-lizensiertes Training
- Qualitätsbericht § 137 SGB V
- Workshop Zielgruppenbefragungen
- Mitarbeiter-, Patienten-, Einweiser-Befragungen
- Verbesserungsprojekte: Konzeption, Umsetzung, Erfolgskontrolle

SALSS – Sozialwissenschaftliche Forschungsgruppe GmbH (seit 1983)

Dietkirchenstraße 30

53111 Bonn

Tel: 0228 559120 Fax: 0228 5591220

Email: info@SALSS-GmbH.de

ten die implantierten Endoprothesen im Durchschnitt? All diese Fragen zur Ergebnisqualität bleiben ausgespart. Selbst bei den BQS-Verfahren werden nur Daten zur Teilnahme geliefert, nicht jedoch Daten über die Ergebnisse.

Qualitätstransparenz im Wettbewerb

Der Qualitätsbericht ist also in der für 2004 vereinbarten Form vor allem ein Struktur- und Mengenreport. Das ist ein gewaltiger Fortschritt gegenüber dem Status quo, aber es wäre doch etwas euphemistisch, von einem „Qualitätsbericht“ zu sprechen. Die Haltung der Krankenseite in den Verhandlungen war von der alten Widersprüchlichkeit geprägt: Einerseits keine Transparenz in puncto Qualität zulassen, andererseits darüber Beschwerde führen, dass sich Kassen bei ihrer Vertragsgestaltung nur nach dem Preis richten.

Mehr wäre möglich gewesen. Aber vielleicht kommt auch mehr. Schließlich bleibt es den Krankenhäusern unbenommen, über den obligatorischen Teil hinaus fakultativ mehr – man möchte fast sagen: echte – Qualitätsinformationen zu liefern. Aus Wettbewerbsgründen kann es sinnvoll sein, sich umfangreicher zu präsentieren. Das fängt bei einfachen Dingen an. Warum soll ein Krankenhaus nur die zehn häufigsten Operationen einer Fachabteilung nennen? In einer Vergleichstabelle, die die Krankenkassen mit Sicherheit erstellen werden, würden die nicht genannten Operationen als Leerfeld erscheinen. Der Patient, der sich im Internet informiert, wird unweigerlich schlussfolgern, dass die Operation vom betreffenden Krankenhaus überhaupt nicht durchgeführt wird. Kurzum: Wer am Markt bleiben will, tut gut daran, mehr zu liefern als die TOP-Zehn-Hitlisten.

Internetadressen:

- BQS Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung: www.bqs-online.de
- Vereinbarung über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts: herunterzuladen unter www.krankenhaus-aok.de
- Qualitätsbericht der Helios-Gruppe: siehe www.helios-kliniken.de
- Informationen zur übergreifenden QS im Reha-Bereich: www.qs-reha.de

Qualitätstransparenz kann ein Marketinginstrument sein. Als in Deutschland führend muss hier der jährliche Qualitätsbericht der Helios-Gruppe genannt werden (vgl. www.helios-kliniken.de). Der enthält echte Qualitätsinformationen wie z. B. die Krankenhaussterblichkeit differenziert nach DRGs. Es bleibt zu hoffen, dass sich neben den offiziell vereinbarten Angaben im Qualitätsbericht eine Struktur für weitergehende Qualitätsinformationen durchsetzt. Und es bleibt zu hoffen, dass die Veröffentlichung solcher Daten zur Selbstverständlichkeit wird. Statt konsensueller Blockaderegelungen, wie z. B. in den Krankenhausvergleichen nach § 39 Absatz 3 SGB V, die nirgends zu Stande gekommen sind (!), braucht die deutsche Öffentlichkeit ein einfaches Transparenzgebot: Kassen und ihre Verbände dürfen und sollen Qualitätsinformationen über Krankenhäuser veröffentlichen.

Qualitätssicherung mit Routinedaten

Qualitätssicherung ist ein dynamischer und mehrdimensionaler Prozess. Der Qualitätsbericht, die BQS-Verfahren und die Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagement sind alle Einzelkomponenten eines umfassenden Versuches, medizinische Behandlungsqualität zu messen und transparent zu machen. Der Aufwand, der für diese Maßnahmen notwendig ist, wird zunehmend kritisch hinterfragt – nicht zuletzt bei den Ärzten, die sich mit einer wachsenden Zahl von Dokumentationspflichten konfrontiert sehen. Es liegt deshalb die Frage nahe, ob nicht vorhandene Routinedaten – insbesondere Abrechnungsdaten – für die Qualitätssicherung genutzt werden können. Einen solchen Ansatz verfolgt derzeit der AOK-Bundesverband in Zusammenarbeit mit der Helios GmbH. Eine Art Zwischenbericht findet sich im Krankenhausreport 2003 (vgl. Heller, Swart, Mansky). Es geht darum, ohne zusätzlichen Erfassungsaufwand Qualitätsinformationen aus den umfangreichen – und seit DRG-Einführung täglich besser werdenden – Daten der Kassen zu generieren. Die Krankenhaus-

MCC-Konferenz DRG 2004

Qualitätsberichte 2005 sind auch ein Thema der MCC-Konferenz DRG 2004, die am 1. und 2. Juli 2004 in Köln stattfindet. U.a. wird Dr. Wulf-Dietrich Leber die Erwartungen der Kassen schildern. Dr. Thomas Mansky von der Helios Kliniken GmbH wird die Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsberichte für die Krankenhäuser aufzeigen.

Weitere Themen: Aktuelle politische Rahmenbedingungen, Stand der 3. DRG-Kalkulationsrunde, Erfahrungen und Erkenntnisse mit der DRG-Umstellung und -Abrechnung, Fallprüfungen durch den MDK.

Kontakt: MCC, Scharnhorststr. 67a, 52351 Düren, Tel. 02421/1 21 77-0, Fax 02421/1 21 77-27, mcc@mcc-seminare.de, <http://www.mcc-seminare.de>

sterblichkeit bei bestimmten Operationen lässt sich beispielsweise direkt aus den Kassendaten ablesen und risikoadjustiert bzw. nach Risikogruppen geschichtet auswerten. Ein-Jahres-Überlebensraten, Revisionshäufigkeit und andere Ergebnisindikatoren (!) werden folgen. Es mag auf den ersten Blick ein Nachteil sein, dass es sich nur um kassenspezifische Informationen handelt (z. B. nur die Qualität der Behandlung von AOK-Patienten). In einem Ordnungsrahmen, der dem Einkaufsmodell folgt, handelt es sich um die „richtige“ Sichtweise: Jede Kassen sollte sich um die Behandlungsqualität bei den eigenen Versicherten kümmern und entsprechende Verträge schließen. Wem das allzu sehr nach Zukunftsmodell klingt, der möge bedenken, dass es in zunehmend mehr Bereichen eine solche Einkaufssituation gibt: beim Disease Management, in der integrierten Versorgung, bei der Öffnung von Krankenhäusern für hochspezialisierte Leistungen und – klassisch – im Bereich der Rehabilitation (vgl. zur übergreifenden QS im Reha-Bereich: www.qs-reha.de). Wenn nicht nur nach dem Preis entschieden werden soll, dann gilt es für all diese Bereiche, Qualität zu messen und transparent zu machen. Ob auch der Qualitätsbericht dabei eine Rolle spielen wird, hängt davon ab, ob er künftig mehr Informationen bietet als jene, die in der ersten Vereinbarung zur Pflicht gemacht wurden. ■

Dr. Wulf-Dietrich Leber
AOK-Bundesverband
Kortrijker Str. 1
53177 Bonn