

# Pressemitteilung



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 Abs. 7 SGB V

*Der Vorsitzende*

## Ergebniskonferenz zu Qualitätsdaten der Krankenhausbehandlung

**Berlin, 2. November 2004** – Im Rahmen der heute in Berlin stattfindenden Ergebniskonferenz „Externe stationäre Qualitätssicherung 2003“ legt die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Informationen zur medizinischen und pflegerischen Qualität der deutschen Krankenhäuser aus dem Jahr 2003 vor.

**Ansprechpartner Pressestelle:**

Caroline Mohr  
Kristine Reis-Steinert

**Telefon:**  
02241-9388-41  
02241-9388-30

**Telefax:**  
02241-9388-35

**E-Mail:**  
caroline.mohr@g-ba.de  
kristine.reis-steinert@g-ba.de

**Internet:**  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

In der Bundesauswertung 2003 sind die gesamten Ergebnisse der bundesweiten externen Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V für das Jahr 2003 dokumentiert. Der BQS-Qualitätsreport fasst diese Ergebnisse zusammen. „Die Qualitätssicherung im Krankenhaus ist auf einem guten Weg – die Verfahren werden immer weiter verbessert.“ so der Vorsitzende des G-BA, Professor Michael-Jürgen Polonius, am Rande der Konferenz. „Aber wir können uns nur schrittweise dem Ziel nähern, alle im Krankenhaus behandelten Fälle zu erfassen; bisher werden bereits 20 Prozent qualitätsgesichert“.

### Zum Hintergrund:

Die deutschen Krankenhäuser messen die Leistungen in festgelegten Bereichen zum bundesweiten Vergleich der Qualität in Medizin und Pflege. Die Ergebnisse werden im Rahmen der regelmäßig stattfindenden bundesweiten Ergebniskonferenzen zur Qualitätssicherung diskutiert und fließen in die praktische Arbeit ein. Grundlage sind die gesetzlichen Vorschriften der §§ 135a und 137 SGB V. In keinem anderen Land der Welt gibt es derzeit ein vergleichbares nationales Verfahren zur Qualitätsdarstellung, das alle Krankenhäuser einschließt und auf medizinische und pflegerische Ziele ausgerichtet ist. Seit dem 1. Januar 2004 liegt die Beschlusskompetenz für die externe vergleichende Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern gemäß § 137 SGB V beim G-BA.

Die Bundesauswertung wird in diesem Jahr erstmals komplett veröffentlicht. Für die Jahre 2001 und 2002 hatte es eine Auswahl der wichtigsten Indikatoren gegeben, die durch den BQS-Report veröffentlicht wurden. Aufgrund ihres Umfangs wird die Bundesauswertung nicht in gedruckter Form vorgelegt, sondern im Internet zum Download zur Verfügung gestellt: [www.bqs-outcome.de](http://www.bqs-outcome.de). Auch der BQS-Qualitätsreport, der im Vergleich zum Vorjahr durch die Anzahl der bewerteten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen auf 364 Seiten angewachsen ist, wird ausschließlich in elektronischer Form (CD-Rom) und im Internet angeboten: [www.bqs-qualitaets-report.de](http://www.bqs-qualitaets-report.de)

Eine Kurzfassung des Qualitätsreports kann bei der BQS in gedruckter Form angefordert werden.

Statement

von

**Dr. Werner Gerdemann**

*Mitglied des Vorstandes*

*des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)  
und des AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV)*

anlässlich der Pressekonferenz

des Gemeinsamen Bundesausschusses

"Externe stationäre Qualitätssicherung 2003"

am 2. November 2004,

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,  
Schiffbauerdamm, Berlin

Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrte Damen und Herren,

was ist gute Qualität in Medizin und Pflege? Diese Frage interessiert vor allem unsere Versicherten und Patienten, wenn sie zum Beispiel bei einer Kniegelenks-Op wissen wollen, in welchem Krankenhaus sie sich behandeln lassen sollen. Diese Frage interessiert natürlich auch die Krankenkassen, die bei einem pauschalierten Vergütungssystem in den Krankenhäusern und natürlich auch unter Wirtschaftlichkeitsaspekten mehr denn je darauf achten müssen, dass die Qualität der erbrachten Leistungen nachgewiesen ist. Und last but not least interessiert es die Krankenhäuser selbst, die in einem Leistungs- und Qualitätswettbewerb untereinander stehen.

Um eine Antwort auf diese Frage zu geben, brauchen wir Transparenz und Vergleichbarkeit. Es müssen einheitliche Qualitätsziele definiert und daraus Qualitätsindikatoren abgeleitet werden. Nur so kann die Qualität der erbrachten Leistungen in einem Benchmarking unter den Krankenhäusern dargestellt werden. Das kann ein Krankenhaus über die interne Qualitätssicherung allein nicht leisten. Genau das leistet aber die externe vergleichende Qualitätssicherung in den Krankenhäusern. Seit vier Jahren sammelt die BQS bundesweit Daten, die ihr von Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden, bewertet sie anhand von Qualitätszielen und –indikatoren und vergleicht die Ergebnisse. Diese werden für alle Interessierten vollständig im Internet unter [www.bqs-outcome.de](http://www.bqs-outcome.de) veröffentlicht. Darüber hinaus liegt mit dem Qualitätsreport 2003 zum dritten Mal eine übersichtliche Zusammenstellung der wichtigsten Ergebnisse vor. Auch in diesem Jahr konnte die Aussagekraft der Ergebnisse wieder erhöht werden. Für 33 Leistungsbereiche – von der Aortenklappenchirurgie bis zur Pflege – wurden Daten erhoben und ausgewertet. Auf dieser Grundlage können Krankenhäuser erkennen, wo sie Nachholbedarf in puncto Qualitätssicherung haben. Liegt eine Krankenhausabteilung beispielsweise in der Komplikationsrate nach einer OP deutlich über dem festgelegten Referenzbereich, heißt es: nachbessern.

Hierbei erhalten die Krankenhäuser mit dem sogenannten Strukturierten Dialog Unterstützung. Der Begriff „Strukturierter Dialog“ fasst ein Set von

Rückkopplungs- und Beratungsinstrumenten zusammen, die bei Auffälligkeiten und Besonderheiten eingesetzt werden. Maßnahmen des Strukturierten Dialogs sind beispielsweise schriftliche Anfragen, Beratungsgespräche oder Begehungen. Länderspezifisch wurden verschiedene Modelle entwickelt, die diese in unterschiedlicher Kombination und Ausprägung nutzen. In der Praxis bedeutet das, dass dort, wo es Anzeichen für eine unzureichende Qualität gibt, die Fachgruppen auf Landesebene mit dem betreffenden Krankenhaus Kontakt aufnehmen. Der Fokus liegt dabei auf der Begleitung bei der Problemanalyse und der Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen. Ist ein Krankenhaus hierzu jedoch nicht bereit, sind entsprechende Sanktionsmaßnahmen in Form von Vergütungsabschlägen vorgesehen. Im Extremfall ist auch die Kündigung des Versorgungsvertrags denkbar. In aller Regel wurden die Maßnahmen des Strukturierten Dialogs von den Krankenhäusern jedoch als hilfreich empfunden.

Meine Damen und Herren, in der Vergangenheit wurden immer wieder Vorwürfe laut, dass das Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung gegen eine systematische Falschberichterstattung und Datenmanipulation auf Seiten der Krankenhäuser nicht genug abgesichert sei. Dies kann so nicht stehen bleiben. Bereits für die Ergebnisse des Jahres 2002 wurde in 11 Bundesländern über die Versorgungsqualität hinaus auch die Datenqualität im Strukturierten Dialog berücksichtigt. Besonders auffällige Dokumentationsraten und Ergebnisse – z. B. eine 0-prozentige Komplikationsrate – werden identifiziert und analysiert. Getreu dem Motto „Nichts ist so auffällig wie die kontinuierliche Nicht-Auffälligkeit“ werden insbesondere auch mit diesen Krankenhäusern Strukturierte Dialoge geführt.

Quantitative Aussagen zum Anteil korrekt dokumentierter Datensätze sind über den Strukturierten Dialog allein jedoch nur eingeschränkt möglich. Daher wurde zwischenzeitlich ein bundeseinheitliches systematisches Verfahren für die Überprüfung der Dokumentationsqualität über Zufallsstichproben und den Abgleich mit der Dokumentation erarbeitet. Auf diese Weise können zukünftig Auffälligkeiten der Datenqualität erkannt werden, die dann im Rahmen des Strukturierten Dialogs weiter vertieft werden sollen. Nach erfolgter Testung des Datenvalidierungsverfahrens wird dieses im Weiteren

dem Schutz des Gesamtverfahrens dienen und zu einer Steigerung der Belastbarkeit der Daten beitragen.

Das Beispiel der Datenvalidierung zeigt wieder einmal, dass es sich bei der externen vergleichenden Qualitätssicherung um einen dynamischen Prozess handelt, der eine kontinuierliche Evaluation und Weiterentwicklung des Verfahrens einschließt.

Meine Damen und Herren, auch auf der heutigen Ergebniskonferenz wollen wir den Dialog mit den beteiligten Krankenhäusern fortsetzen und vertiefen. Deshalb wird es heute weniger um die Präsentation der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung gehen, als vielmehr darum, wie diese in der Praxis genutzt werden.

Statement

von

**Dr. Volker D. Mohr**

*Geschäftsführer*

*der BQS-Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, Düsseldorf*

anlässlich der Pressekonferenz

des Gemeinsamen Bundesausschusses

"Externe stationäre Qualitätssicherung 2003"

am 2. November 2004,

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,

0.0.0.0.0.1 Schiffbauerdamm, Berlin

Es gilt das gesprochene Wort

### **0.0.0.1 Krankenhäuser 2003: Insgesamt gute Behandlungsqualität –**

### **0.0.0.2 Auffällige Ergebnisse werden untersucht**

Die Qualität der Krankenhausbehandlung in Deutschland erfüllt die Anforderungen aus Leitlinien und internationaler Fachliteratur oder übertrifft sie sogar. Dies ist das wichtigste Resultat der externen Qualitätsdarstellung für die deutschen Krankenhäuser im Jahr 2003. Basis für diese Aussage ist eine weltweit einzigartige Datengrundlage: Ärzte und Pflegende in rund 2.200 deutschen Krankenhäusern haben dokumentiert, welche medizinischen und pflegerischen Ergebnisse sie in 33 Leistungsbereichen bei der Krankenhausbehandlung von alten und jungen Menschen, von Frauen und Männern erzielt haben. Die Behandlung von Menschen mit Blinddarmentzündungen, Leistenbrüchen oder Gallensteinen wurde zum Beispiel ebenso untersucht wie die von Menschen mit Durchblutungsstörungen des Herzens, des Gehirns und der Beine, von gehbehinderten Menschen mit Verschleiß der Hüft- und Kniegelenke, von Jugendlichen mit Entzündungen der Gaumenmandeln oder von Neugeborenen und ihren Müttern in der Geburtshilfe.

Hier nur einige Beispiele für die gute Behandlungsqualität:

- Die Sterblichkeit bei der Schenkelhalsfraktur, einer häufigen Verletzung bei älteren Menschen, beträgt in der internationalen Fachliteratur bis zu elf Prozent. Die Auswertung für Deutschland im Jahr 2003 erbrachte 5,47 Prozent.
- Die Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit Operationen an den Herzklappen liegt je nach Klappenart zwischen 2,98 und 6,09 Prozent. Internationale Vergleichsdaten aus den USA, Großbritannien und Irland zeigen Raten zwischen 4,0 und 6,8 Prozent.
- Bei Operationen verengter Halsschlagadern mit Krankheitszeichen ergaben sich in vier Prozent Schlaganfälle oder Todesfälle im Zusammenhang mit der Operation. Die Ergebnisse der deutschen Krankenhäuser liegen damit klar innerhalb des Referenzbereichs (Unauffälligkeitsbereichs) von weniger als sechs Prozent, der auf Basis international anerkannter Studien festgelegt wurde.
- Bei der Versorgung mit einem künstlichen Kniegelenk wurde eine Wundinfektionsrate von 0,76 Prozent ermittelt. Die Vergleichsdaten des Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) beim Robert-Koch-Institut liegen



- bei 0,75 Prozent, in der US-amerikanischen Referenzdatenbank bei 0,87 Prozent.
- Bei der Wiedereröffnung verschlossener oder verengter Becken- und Beingefäße mit einem Ballonkatheter wurden behandlungsbedürftige Komplikationen in 3,53 Prozent berichtet. In einer großen internationalen Untersuchung werden vergleichbar schwere Komplikationen in 5,6 Prozent berichtet.
- Bei laproskopischen Gallenblasenentfernungen (Entfernungen der Gallenblase durch Bauchspiegelung) war in 1,56 Prozent der Fälle ein Folgeeingriff wegen Komplikationen erforderlich. Eine Metaanalyse verschiedener internationaler Publikationen berichtet solche Folgeeingriffe in 1,26 Prozent.
- 98,95 Prozent aller Patienten mit fortgeschrittenen Schäden des Hüftgelenks waren nach der Versorgung mit einem künstlichen Hüftgelenk zumindest mit einer Gehhilfe wieder gehfähig, als sie das Krankenhaus verließen – ein Ergebnis, das für gute Versorgungsqualität in Deutschland steht.

Diese kleine Auswahl ist nur ein Beispiel für viele weitere gute Ergebnisse für die insgesamt 330 Qualitätsziele. Daneben müssen aber auch die auffälligen Ergebnisse angeführt werden.

Die Qualität der Versorgung beginnt mit der richtigen Entscheidung zu einer Behandlung, der sogenannten Indikationsstellung. Eine Behandlung sollte nur durchgeführt werden, wenn sie medizinisch wirklich nötig ist. Hinweise auf Defizite ergab hier zum Beispiel die Auswertung für operative Eingriffe am Eierstock (Ovar). Bei Frauen im geschlechtsreifen Alter werden häufig Funktionszysten am Ovar als Zufallsbefunde festgestellt, die aber in den meisten Fällen keine Beschwerden verursachen und sich ohne Behandlung selbständig zurückbilden. Selten erfordern sie eine operative Behandlung, etwa bei schmerzhaften Einblutungen. Gelegentlich muss auch durch eine Operation ein bösartiger Tumor am Eierstock ausgeschlossen werden.

Nach operativen Eingriffen am Eierstock wurden im Jahr 2003 bei 28,45 Prozent der Eingriffe am Eierstock entweder keine Gewebeuntersuchungen durchgeführt oder bei der Gewebeuntersuchung solche Funktionszysten festgestellt. In Fällen, in denen gar kein Gewebe untersucht wurde oder kein krankhafter Gewebefund vorlag, muss die Entscheidung zur Operation kritisch hinterfragt werden. Die Fachgruppe Gynäkologie hat dieses Vorgehen als Überversorgung bewertet. Sie hat als Grenzwert für eine auffällige Versorgung einen Referenzwert bei 27,5 Prozent festgelegt. Sie empfiehlt deshalb, bei 174 Krankenhäusern mit überdurchschnittlichen Raten die Indikationsstellung zu analysieren.

Schnittstellenprobleme im Krankenhaus können ebenfalls Ursache für Auffälligkeiten sein. Vor allem bei unvollkommener Koordination der Arbeit von Ärzten aus verschiedenen Fachgebieten können schwerwiegende Informationsdefizite entstehen.

Bei der chirurgischen Entfernung von Brustkrebs beispielsweise ist ein ausreichend großer Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe für die Patientin

bedeutsam: der chirurgisch entfernte Tumor muss von einem ausreichend großen Saum gesunden Gewebes umgeben sein, damit das Risiko für ein Wiederauftreten des Tumors möglichst klein gehalten wird. Verschiedene Studien belegen, dass ein Wiederauftreten des Tumors nach drei bis fünf Jahren von sieben auf 2,2 Prozent reduziert wurde, wenn ein ausreichender Sicherheitsabstand eingehalten wurde.

Die Auswertungsergebnisse zeigen, dass bei rund einem Drittel der Patientinnen der Sicherheitsabstand bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht bekannt war. Aus Sicht der Fachgruppe Gynäkologie hätte dies aber in 95 Prozent der Fälle bekannt sein müssen. Nur 50 von 453 ausgewerteten Krankenhäusern erreichten diesen Referenzbereich. Die Fachgruppe vermutet daher ein „ernsthaftes Qualitätsproblem“. Seine Ursache kann in den Abläufen und der Kommunikation zwischen den Operateuren und den Pathologen begründet sein. Definitive Aussagen zur Versorgungsqualität werden erst möglich sein, wenn die ergänzenden Analysen im „Strukturierten Dialog“ mit den Krankenhäusern abgeschlossen sind.

Die Ergebnisse der externen Qualitätsdarstellung sind zunächst nur abstrakte Kennzahlen. Sie zielen aber immer auf praktische Verbesserungen ab.

Jedes einzelne Krankenhaus erhält seine Daten im Vergleich zu anderen, anonymen Krankenhäusern. 15.680 Krankenhausauswertungen wurden im Jahr 2003 bundesweit von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH an die Krankenhäuser versandt. 4.806-mal – also in rund 25 Prozent – wurden die Krankenhäuser aktiv auf auffällige Ergebnisse hingewiesen. Was dies bedeutet, lässt sich am Beispiel der herzchirurgischen Krankenhausabteilungen verdeutlichen.

Im Jahr 2003 lagen bei 18 der 77 herzchirurgische Abteilungen auffällige Ergebnisse für Sterblichkeit, Entzündungen bzw. Nierenfunktionsstörungen vor: 14 Abteilungen hatten auffällig hohe, zwei auffällig niedrige und zwei sowohl auffällig hohe als auch auffällig niedrige Raten.

Was haben die Nachfragen in den Krankenhäusern im „Strukturierten Dialog“ ergeben? Alle Krankenhäuser haben ihre Auffälligkeiten analysiert und über ihre Ergebnisse in Stellungnahmen dargestellt. Auffällige Ergebnisse waren nicht immer gleichbedeutend mit schlechter Qualität. In einigen Fällen waren die Auffälligkeiten durch ein besonderes Risikoprofil der Patienten bedingt. Manchmal wurde auch nicht gründlich dokumentiert.

Bei Bedarf haben die herzchirurgischen Abteilungen ihre Arbeitsabläufe verändert. So können durch optimierte Prozesse zum Beispiel in Zukunft Infektionen vermieden werden. Mögliche Fehlerquellen in Intensivstationen wurden erkannt.

Mit den Stellungnahmen aus zwei Krankenhäusern war die Fachgruppe Herzchirurgie nicht zufrieden und hat die Verantwortlichen zu vertiefenden Gesprächen eingeladen. Sollte dabei nicht die nötige Klarheit erreicht werden, wird die Fachgruppe vor Ort in der betreffenden herzchirurgischen Abteilung den Auffälligkeiten auf den Grund gehen.

Die Ergebnisse der externen Qualitätsdarstellung werden also intensiv genutzt:

- Jedes Krankenhaus erhält seine Einzelauswertung. Sie ermöglicht den Vergleich mit anderen Krankenhäusern und fördert das interne Qualitätsmanagement.
- Der strukturierte Dialog mit den Krankenhäusern sensibilisiert alle Beteiligten im Krankenhaus für Qualität in Medizin und Pflege.
- Die Berichterstattung der BQS auf den Ergebnishomepages [www.bqs-outcome.de](http://www.bqs-outcome.de) und [www.bqs-qualitaetsreport.de](http://www.bqs-qualitaetsreport.de) vermittelt anhand von 330 Qualitätselementen ein differenziertes Bild der medizinischen und pflegerischen Qualität in den deutschen Krankenhäusern.
- Der Zusammenhang zwischen Fallzahlen und der Versorgungsqualität in Deutschland wird mit den Daten aus dem BQS-Verfahren analysiert.
- Auch die Entwicklung von medizinischen und pflegerischen Leitlinien für die Verhütung, Untersuchung und Behandlung von Erkrankungen wird durch die Ergebnisse der externen Qualitätsdarstellung unterstützt.

Die größte Herausforderung besteht jetzt darin, einen „Ergebnisfriedhof“ zu verhindern, auf dem die vorhandenen Informationen zur Versorgungsqualität ungenutzt bleiben. Selbsthilfeorganisationen, Beratungsinstitutionen, einweisende Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und die Medien sind jetzt gefordert, die vielfältigen BQS-Ergebnisinformationen als Grundlage für eigene Recherchen und ihre Berichterstattung für spezielle Zielgruppen und die Öffentlichkeit zu verwenden.

Statement

von

**0.1 Prof. Dr. Michael-Jürgen Polonius**

*Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses  
in der Besetzung gemäß § 91 Abs. 7 SGB V*

anlässlich der Pressekonferenz

des Gemeinsamen Bundesausschusses

"Externe stationäre Qualitätssicherung 2003"

am 2. November 2004,

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,

0.1.1 Schiffbauerdamm, Berlin

Es gilt das gesprochene Wort

Qualitätssicherung und –verbesserung in der medizinischen Versorgung sind das Ziel aller im Gesundheitswesen Tätigen, ein Hauptanliegen der Gesundheitsreform 2003 und unbestritten wesentliche Faktoren, um die patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz hat hier einige wichtige Neuerungen gebracht.

Ende 2000 haben die Selbstverwaltungspartner für den stationären Bereich Verträge für die Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften zur stationären Qualitätssicherung geschlossen. Beteiligt waren die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat. Damit schufen sie die Grundlage für die sogenannte externe vergleichende Qualitätssicherung für alle zugelassenen Krankenhäuser.

Seit dem 1. Januar 2004, dem In-Kraft-Treten des GMG, liegt die Beschlusskompetenz für die Maßnahmen gemäß § 137 SGB V beim Gemeinsamen Bundesausschuss; um die Entscheidungsabläufe für die Qualitätssicherung zu straffen und zu vereinheitlichen, Doppelstrukturen zu vermeiden sowie personelle und sächliche Mittel zielgerichtet einzusetzen – so begründet der Gesetzgeber die Neuregelung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt nun für den Krankenhausbereich:  
\*0die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 SGB V sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement,

\*1Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Strukturqualität einschließlich im Abstand von 5 Jahren zu erfüllender Fortbildungspflichten der Fachärzte und an die Ergebnisqualität festzulegen,

\*2einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17 b KHG, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von

der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände,  
\*3Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen,  
\*4Vergütungsabschläge für zugelassene Krankenhäuser, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten und  
\*5Inhalt und Umfang eines im Abstand von 2 Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach den Nummern 1 und 2 sowie der Umsetzung der Regelungen nach Nummer 3 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen. Er ist über den in der Vereinbarung festgelegten Empfängerkreis hinaus von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. Der Bericht ist erstmals im Jahr 2005 für das Jahr 2004 zu erstellen.

*Zu den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern gehört vor allem das bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) angesiedelte Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung – unser heutiges Thema. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner für Krankenhausbehandlung zuständigen Besetzung am 17. August 2004 beschlossen, sowohl die Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in zugelassenen Krankenhäusern als auch den Vertrag über die Beauftragung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) zur Entwicklung und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhaus zu übernehmen. Mit diesem Beschluss wurden die formalen Voraussetzungen für den G-BA geschaffen, die Arbeit auf der Grundlage der bisherigen Strukturen fortzusetzen und weiterzuentwickeln.*

Die Ergebnisse des Jahres 2003, die heute vorgelegt und diskutiert werden, liegen noch vollständig in der Verantwortung des Bundeskuratoriums Qualitätssicherung, das – entsprechend der gesetzlichen Regelung – bis zum 31. Dezember 2003 bestand und zuständig war.

Die Ergebnisse des BQS-Verfahrens sollen heute vor allem auch den Mitarbeitern in den Krankenhäusern und der interessierten Öffentlichkeit vermittelt werden. Vertreter aus den BQS-Fachgruppen und den fachlichen Arbeitsgruppen auf Landesebene stellen dazu ausgewählte Inhalte der externen vergleichenden Qualitätssicherung vor: Orthopädie und Unfallchirurgie, Pflege, Kardiologie, Herzchirurgie, Viszeral- und Gefäßchirurgie sowie Brustkrebsbehandlung. Hier wird ein Ausschnitt der Krankenhausversorgung gezeigt, der dank des großen Engagements der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser und der zuständigen Stellen auf Landesebene, die die Datensätze lieferten, für den Berichtszeitraum 2003 gezeigt werden kann. Dies ist eine Basis für erste Rückschlüsse auf die tatsächliche Versorgungsqualität.

Unter der Federführung des Gemeinsamen Bundesausschusses wird eine weitere Effizienzsteigerung angestrebt. Das Verfahren soll quantitativ und qualitativ verbessert werden. Ziel der Qualitätssicherung ist es

- Vergleichbarkeit unter den Krankenhäusern zu schaffen,
- den Krankenkassen rückzumelden, wo sie Qualität zahlen,
- den Patienten Hilfestellungen zu geben, das passende Haus zu finden.

Früher hat jede Krankenhaus-Abteilung ihre Leistungen und Ergebnisse in der Regel per Strichliste ermittelt. Heute sind die hier beispielhaft vorgestellten Behandlungsverfahren in ihrer Erfassung vereinheitlicht und unter- bzw. miteinander vergleichbar. Aus der Vielzahl der dokumentierten Daten wurden Qualitätsindikatoren herausgefiltert. Es wurden und werden weiterhin Verfahren zur Kontrolle der Plausibilität und Validität der Daten erarbeitet.

Ein weiterer „Baustein“ in der externen stationären Qualitätssicherung ist sicher auch der ab 2005 vorzulegende Qualitätsbericht der Krankenhäuser, in dem die Daten aus dem BQS-Verfahren veröffentlicht werden können.

Eine besondere Herausforderung ist die Risikostratifizierung, die unbedingt erforderlich ist, um Leistungen und Ergebnisse von verschiedenen Krankenhäusern mit ihrem jeweils unterschiedlichen Krankengut vergleichen zu können.

Der eingeschlagene Weg ist gut und richtig, jedoch müssen die Instrumente der Qualitätssicherung noch ständig verbessert und verfeinert werden. Und es ist zwingend erforderlich, den bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser zur Gewinnung der erforderlichen Daten zu reduzieren. Die Qualitätssicherung macht nur Sinn, wenn die zu Grunde zu legenden Daten aussagefähig sind, d.h. in den Krankenhäusern neben allen anderen Aufgaben, die dort zu erfüllen sind, zuverlässig und umfassend erhoben werden können.



Statement

von

**0.2 Karin Stötzner**

*Vorstand der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen  
Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss*

anlässlich der Pressekonferenz

des Gemeinsamen Bundesausschusses

"Externe stationäre Qualitätssicherung 2003"

am 2. November 2004,

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,  
Schiffbauerdamm, Berlin

**1 Es gilt das gesprochene Wort**



**Deutsche  
Arbeitsgemeinschaft  
Selbsthilfegruppen e.V.**

---

Wenn es um Gesundheit und Heilung, um zukünftige Lebensqualität oder gar um Leben oder Tod geht, erwarten die Patienten von der Person oder dem Versorgungssystem, dem sie sich anvertrauen, nur das Beste. In einem so komplexen Wirkungszusammenhang wie der Heilung einer Krankheit ist die Bestimmung oder Bewertung von Qualität nicht ganz einfach. Es geht um

- die fundierte Anwendung fachlichen Wissens zu allen relevanten Behandlungselementen,
- die Beherrschung technischer Möglichkeiten,
- die angemessene Einschätzung der individuellen körperlichen und persönlichen Voraussetzung,
- und natürlich um gelungene Interaktion.

Qualität hat etwas mit Erwartungen und Anforderungen der jeweiligen Betroffenen oder Akteure zu tun und kann daher sehr unterschiedlich definiert werden. Wenn Patienten Qualitätsanforderungen an medizinische und pflegerische Versorgung beschreiben, stehen dann eventuell andere Aspekte im Vordergrund - z.B. die kommunikative und persönliche Dimension einer Behandlungssituation - als bei der Formulierung von professionellen Zielen, Standards oder Indikatoren.

Unabhängig davon: Patienten wünschen sich Versorgung von höchster Qualität.

Alle wünschen sich die Behandlung durch einen „guten“ Arzt oder eine „erfahrene“ Ärztin, den Einsatz modernster und wirksamster Medikamente, eine Versorgung auf dem aktuellen Stand des Wissens und der Forschung nach allen „Regeln der Kunst“, eine partnerschaftliche und verantwortungsvolle Behandlungsbeziehung sowie eine Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände, Krankengeschichte und Bedürfnisse. Diejenigen zu finden, die diese Erwartungen erfüllen ist nicht einfach. In Deutschland gibt es bisher keine (Mittler)Instanzen oder Voraussetzungen, die dafür die notwendige und umfassende Transparenz herstellen.

Die Verbände, die die Interessen der Patienten<sup>1</sup> vertreten, **begrüßen daher nachdrücklich die Einführung des Systems der vergleichenden Qualitätssicherung** für anerkannte Krankenhäuser in Deutschland - die so genann-

te externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V -, deren Ergebnisse für das Jahr 2003 mit dieser Konferenz vorgestellt werden.

Die Patientenverbände, die erstmals seit Anfang dieses Jahres die Gelegenheit zur aktiven Mitberatung haben, **anerkennen die enorme Leistung, die in der Entwicklung des Verfahrens zur Formulierung und zum Vergleich von Qualitätsindikatoren aus der professionellen Perspektive steckt.** Sie unterstützen daher das von der BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses verantwortete Verfahren für den Ergebnisvergleich von Krankenhausleistungen. Sie **regen an, ähnliche Verfahren auch für den Bereich der ambulanten Versorgung zu entwickeln.**

Auch wenn bisher nur ein Ausschnitt (20 Prozent) der in Krankenhäusern erbrachten Angebote erfasst und verglichen werden kann, ist dies doch ein erster wichtiger Schritt. Der Ergebnisvergleich wird mit Sicherheit zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Aus der Sicht der Patienten sollte der Leistungsausschnitt, für den Vergleiche gezogen werden, jedoch kontinuierlich ausgeweitet werden.

Die Bewertung von Ergebnissen und der Qualität medizinisch-pflegerischer Versorgung hängt ganz wesentlich von vollständigen, fundierten und qualifizierbaren Daten ab. **Die Patientenverbände begrüßen es daher ausdrücklich, dass sich die zuständigen Gremien auch der Frage der Qualität der in den Krankenhäusern erfassten Daten (Validität) angenommen** und dafür Maßnahmen beschlossen haben.

Im Einzelnen diskutieren die Patientenverbände folgende Aspekte zu einer Verbesserung der vergleichenden Qualitätssicherung:

Die Qualitätsziele und Indikatoren für 33 Einzelleistungen haben - aus fachlichen Gründen unabdingbar - einen so hohen Grad an theoretischer Verdichtung und damit auch an Abstraktion, dass sie für Patienten nur bedingt nachvollziehbar und verständlich sind. **Die Patientenverbände setzen sich daher dafür ein,** dass es in Ergänzung zu der hier vorgelegten Ergebnisdokumentation **zukünftig auch eine Darstellung gibt, die für Patienten verständlich und** für ihre - zunehmend notwendige - individuelle Wahl von Behandlungsalternativen und Anbietern **hilfreich sein kann.** In jedem Fall müssten Mittler- oder Beratungsinstanzen eingebunden werden, die die Relevanz der gewählten Indikatoren und die Ergebnisse sowohl den *einweisenden* Ärzten und Ärztinnen und den Patienten zugänglich machen können.

Für das Ziel der Patienten, größere Transparenz im medizinischen Versorgungssystem zu schaffen, erweist sich jedoch die Tatsache als problematisch, dass die Daten und Fakten bisher nur ohne einen Rückbezug auf die

einzelnen Krankenhäuser zugänglich sind. Der Vergleich findet zurzeit ja nur auf der Basis anonymisierter Daten der einzelnen Leistungsträger statt. Bisher kennen nur die Einrichtungen, die die Daten verarbeiten, die konkreten Krankenhäuser, die entweder besonders gut oder aber auch offensichtlich ungenügend arbeiten. **Die Patientenverbände setzen sich daher dafür ein, dass mittelfristig Verfahren entwickelt werden, die „Ross und Reiter“ nennen**, also die jeweilige Klinik und deren faktisches Qualitätsergebnis. Nur die Möglichkeit eines Rückbezugs auf den Anbieter schafft wirkliche Transparenz.

Für die Startphase war der „geschützte Vergleich“ als fachliches Feedback der Professionellen untereinander sicher hilfreich, **auf Dauer kann es dabei nicht bleiben. Patientenverbände begrüßen daher ausdrücklich**, die im Gesundheitsmodernisierungsgesetz vorgesehene Einführung von **Qualitätsberichten** der Krankenhäuser in Deutschland, die ab 2005 alle zwei Jahre von den Gesetzlichen Krankenkassen vorgelegt werden müssen. Dabei ist es wichtig, dass es nicht nur um die „Gewährleistung der Darstellung einer hohen *Struktur- und Prozessqualität*“ gehen kann, sondern vor allem auch um **Ergebnisqualität** und mehr Informationen für Patienten darüber.

**Die Selbsthilfeorganisationen Betroffener und die Patientenberaterverbände verbinden damit die Hoffnung**, dass Krankenhäuser dieses Medium nicht nur für ihr klassisches Marketing nutzen. Sie erwarten, dass insbesondere in dem Teil, der freiwillig mit ergänzenden Informationen gefüllt werden kann, **konkret Bezug genommen wird auf die Ergebnisse der vergleichenden Qualitätssicherung.**

**Diese Daten müssen für Patienten verständlich zugänglich sein.** Die Veröffentlichung der Vergleichsergebnisse im Rahmen des frei gestaltbaren Systemteils des Qualitätsberichtes nach § 137 Abs.1 Satz 3 Nr. 6 SGB V ist daher unabdingbar. Es wird jedoch zu prüfen sein, ob es auch andere, für Patienten und Patientinnen leichter zugängliche und zeitnähere, Informationsmöglichkeiten geben kann.

Die Patientenverbände streben an, dass Formen der Präsentation gefunden werden, die **alle im BQS-Verfahren definierten Qualitätsziele und Indikatoren und die Stellung der Krankenhäuser im Vergleich berücksichtigen.**

Für eine Verbesserung des Verfahrens regen die Patientenverbände an, insbesondere auf Landesebene dafür Sorge zu tragen, dass auch dort größere Transparenz hergestellt wird und aktive Wege zur Verbesserung gegangen werden.

Es ist Aufgabe der Landesstellen für Qualitätssicherung, mit den Krankenhäusern in einen Dialog einzutreten, wenn Abweichungen von definierten Qualitätsreferenzen auftreten.

**Die Patientenverbände erwarten, dass die Berichte zur Qualitätsentwicklung und zur Umsetzung des BQS-Verfahrens auf Landesebene aussagekräftiger werden.** Auch auf dieser Ebene wird mittelfristig die Zuordnung von Ergebniswerten zu einzelnen Krankenhäusern erwartet.

**Bei der Weiterentwicklung der Qualitätsziele sollten die Patienten wesentlich aktiver mit eingebunden werden.** Im Sinne einer patientenorientierten Weiterentwicklung der Qualität von Leistungsanbietern im Gesundheitswesen ist es notwendig, dass auch Patientenvertreter/innen an der Ausgestaltung des Qualitätssicherungsverfahrens und der Qualitätsberichte beteiligt werden.

**Patientenverbände haben sich daher dafür eingesetzt, aktiv in die Arbeitsgremien, die die Ziele festlegen, nämlich die Fachgruppenarbeit einbezogen zu werden.** Damit wird vor allem das Ziel verfolgt, dass in Ergänzung zu den medizinisch-professionellen Kriterien auch die für die Patienten unmittelbar bedeutsamen Elemente der Behandlung und Pflege eine Rolle spielen.

**Angestrebt wird die Formulierung von mehr fachübergreifenden Zielen und Indikatoren** wie zum Beispiel der Umgang mit Schmerzen oder Standards für die Gestaltung des absehbaren Lebensendes. Für das Ergebnis spielt es immer auch eine Rolle, ob eine Klinik viele schwerkranke oder Risikopatienten versorgt und ob die Operation zwingend oder möglich war. Patientenverbände wünschen sich daher, dass die Frage der **Qualität der Indikationsstellung** überall dort mit berücksichtigt wird, wo dies relevant ist.

Patienten machen immer wieder darauf aufmerksam, dass sich die Qualität einer Behandlung in der Klinik oft erst im Nachhinein erweist, wenn Patienten die Rehabilitation absolviert haben oder wieder zu Hause sind. Gerade angesichts zunehmend kurzer „Liegezeiten“ in Krankenhäusern wird daher angeregt, dass bei der Formulierung von Qualitätszielen, die das Ergebnis einer Behandlung beschreiben, auch die **Entwicklung nach dem Krankenhausaufenthalt (follow-up) berücksichtigt wird.** Auch wenn dies mit erheblichem Mehraufwand verbunden ist, hat diese Forderung auf dem Hintergrund der Einführung von Fallpauschalen (DRGs) eine besondere Bedeutung.

Für Patienten von besonderer Bedeutung ist die patientenorientierte „umfassende“ Behandlung ihrer Krankheit, die alle Elemente einer Versorgungskette einbezieht. Es wird deshalb Wert auf Angebote gelegt, die in Richtung integrierte Versorgung gehen. **Wenn es um qualitätsorientierte Behandlung geht, darf der Blick sich nicht allein auf die in der Regel kurze Phase des stationären Aufenthalts konzentrieren, sondern muss auch die angemessene Nachsorge, Rehabilitation und die Verzahnung mit ambulanter Versorgung berücksichtigen.** Kliniken, die dies explizit zu ihrem Ziel machen und dies auch umsetzen, sollten dies sichtbar machen. Pa-

tientenverbände setzten sich daher auch für eine bessere sektorenübergreifende Qualitätssicherung ein.

Erwünscht sind Anbieter, die auf ein **ausgewiesenes Konzept der Patientenorientierung** verweisen können, das mehr ist als reine "Kundenorientierung" (keine schönen Hochglanzbroschüren, sondern echte Leistungen, bei denen die Patienten wirklich im Mittelpunkt stehen). Die Qualitätsziele und Indikatoren müssen daher um einen Teil „Patientenorientierung“ ergänzt werden.

**Zusammengefasst gipfeln diese Forderung der Patienten in dem Wunsch nach einem umfassenderen Qualitätsmanagement in der medizinischen und pflegerischen Versorgung und einer offensiveren Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätssicherung, für wesentlich mehr Transparenz im Gesundheitswesen.**

Karin Stötzner

Kontaktperson für den Bereich Qualitätssicherung  
zu erreichen über:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen  
c/o NAKOS

Wilmsdorfer Str. 30

10627 Berlin

Tel. 030 - 890 285 37

[stoetzner@gmx.de](mailto:stoetzner@gmx.de)

**DPR**

DEUTSCHER  
PFLEGERAT e.V.

*Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen  
und des Hebammenwesens*

Statement

von

**Marie-Luise Müller**

*Präsidentin des Deutschen Pflegerates e.V.*

anlässlich der Pressekonferenz

des Gemeinsamen Bundesausschusses

"Externe stationäre Qualitätssicherung 2003"

am 2. November 2004,

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,  
Schiffbauerdamm, Berlin

Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrte Damen und Herren,

Patientenorientierung ist das Kernstück guter Pflege und damit Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung beruflicher Pflege. Diese berufliche Haltung ist Auftrag und Verantwortung für die Pflege zugleich. Daher hat sich auch der Deutsche Pflegerat e. V. als Partner der Selbstverwaltung seit dem Jahr 2000 dafür eingesetzt, dass die vom Gesetzgeber festgeschriebenen Partner gemeinsam und gleichberechtigt die Verfahrensentwicklungen für die intern und extern vergleichende Qualitätssicherung vollziehen.

Dass die pflegerische Perspektive für die intern wie extern vergleichende Qualitätssicherung von Behandlungs- und Versorgungsprozesse eine zentrale Bedeutung erhalten hat, wird auch in der 3. Ergebniskonferenz 2004 sichtbar werden.

Seit 2002 ist Pflege mit Datensätzen in das Verfahren integriert. Dabei war zunächst der Fokus auf eine Qualitätsdarstellung zur systematischen Erhebung der Pflegeanamnese gerichtet.

Für das Jahr 2003 konzentriert sich die Qualitätsdarstellung der Pflege ausschließlich auf die Ergebnisqualität der Dekubitusprophylaxe.

Ein Dekubitus (Druckgeschwür durch Wundliegen) ist ein durch länger anhaltender Druck entstandene Wunde der Haut und des darunter liegenden Gewebes. Das Erlangen eines Dekubitus stellt immer eine schwere Komplikation dar. Besonderes Gefährdungspotential besteht z. B. beim operativen Eingriff einer Totalendoprothese (TEP), da dieser überwiegend bei älteren Menschen erfolgt und gerade bei dieser Konstellation häufiger ein Dekubitus entsteht. Resultierend aus dieser Komplikation entsteht ein erhöhter Ressourcenverbrauch, längere Liegedauer und Verlust an Lebensqualität für die Patienten.

Der entwickelte Teildatensatz „Pflege“ wurde in fünf orthopädisch-chirurgische und drei herzchirurgische Leistungsbereiche integriert.

Das Ergebnis im BQS- Qualitätsreport 2003 bei der Messung der Ergebnisqualität der Dekubitusprophylaxe zeigt, dass es eine hohe Spannweite von 0,0 bis 16,7% für Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen gibt. 32 von 162 Krankenhäuser konnten mit einer auffällig hohen Dekubitusrate identifiziert



werden. Es sind Krankenhäuser, die oberhalb eines von der Bundesfachgruppe Pflege festgelegten Referenzbereichs von 8,6% liegen. Mit diesen Krankenhäusern, die eine Dekubitusrate von mehr 8,6% für Ulzera ab Grad 2 aufweisen, soll nun im strukturierten Dialog eine Ursachenanalyse, Verifizierung des auffälligen Sachverhaltes, Anregung und Unterstützung bei der Verbesserung der Qualität und Hilfestellung bei der Problembeseitigung erfolgen.

Dies ist für die heutige Konferenz ein Kernstück der Kommunikation zwischen allen Beteiligten, um die Ergebnisse auch tatsächlich einer praxistauglichen Umsetzung und damit zu einer Qualitätsgarantie für die Patienten werden zu lassen.

Pflege betrachtet jedoch nicht nur diagnosebezogene Phänomene, sondern Pflege findet in großen Teilen diagnoseunabhängig statt. Darum macht es Sinn, pflegerelevante Indikatoren für die externe Qualitätssicherung zur Querschnittsbetrachtung zu entwickeln (Generalindikatoren). Querschnitt heißt: Ein Merkmal wird bei allen Patienten erhoben. Diese Erweiterung der Systematik würde allen Patienten zugute kommen, da nicht nur ein Ausschnitt betrachtet wird.

Mögliche Indikatoren, die sich zur Querschnittsbetrachtung eignen und von der Pflege beeinflusst werden können, sind die Messung von Stürzen und Verletzungen im Krankenhaus sowie die Messung von Schmerz im Krankenhaus. Es handelt sich bei diesen Pflegeindikatoren um relevante Indikatoren, die enorme Auswirkungen auf die Patientensicherheit und Versorgungsqualität wie auch auf die Krankenhauskosten haben.

Die Pflegeperspektive setzt auf die unmittelbar patientenrelevanten Indikatoren, das heißt: Patientennahe Aspekte sind in der Qualitätsdarstellung zu berücksichtigen, um wirkliche Patientenorientierung zu erreichen. So handelt es sich bei dem existierenden Indikator Dekubitusprophylaxe und bei den beiden möglichen Indikatoren Sturz und Schmerz um Indikatoren, deren Relevanz den Patienten einleuchtet und deren Ergebnis durch sie sehr gut beurteilt werden kann.

Daher begrüßt der DPR die Entscheidung des G-BA und des Unterausschusses Krankenhausbehandlung, Patientenvertreter in die Gremien der QS aufgenommen zu haben. Allerdings wäre es wünschenswert, dass die

professionelle Pflegeexpertise zu Fragen der Qualitätssicherung wieder den Beteiligungsstatus als ordentliches Mitglied im Ausschuss erhält.

Wir empfehlen allen Beteiligten: Entwickeln Sie in der externen Qualitätssicherung diese von der Fachgruppe Pflege patientenrelevanten Aspekte als Indikatoren, die von der Pflege in den Krankenhäusern erhoben werden. Der nächste Schritt ist ein guter Durchdringungsgrad innerhalb der Krankenhäuser, die für eine zunehmend bessere administrative Möglichkeit zur Dokumentation sorgen.

Die Patienten danken es den Krankenhäusern, wenn sie die ärztlichen und pflegerischen Leistungen bereits heute schon in die freiwilligen Qualitätsberichte und ab 2005 auch gesetzlich geforderte aufnehmen. Nur so bewegen wir den Prozess einer Patientenorientierung, was Versorgungs- und Betreuungsqualität betrifft positiv, unter Mitwirkung und Wertschätzung aller Beteiligten.