

## Bewertung der 7. Stellungnahme der Regierungskommission:

### »Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements (QS, QM und kRM) Mehr Qualität – weniger Bürokratie«

Der Qualitätssicherung widmet die Regierungskommission eine eigene Stellungnahme, da die Verbesserung der Versorgungsqualität eines der Hauptziele für die Krankenhausreform darstelle. Dabei zieht sich als roter Faden durch die gesamte Stellungnahme, dass Qualitätsstandards nicht als Ziel in einem stetigen Verbesserungsprozess verstanden werden, sondern als politischer Hebel, um Krankenhäuser mit Qualitätsmängeln finanziell zu bestrafen, damit weiter im Wettbewerb zu benachteiligen und sie dann schließlich ganz aus dem »Markt« zu katapultieren. Qualitätssicherung ist nicht das Ziel, sondern primär Instrument zur »Marktbereinigung«. Aus der Sicht der Patient\*innen hat es aber nichts mehr mit Bedarfsgerechtigkeit und Verbesserung der Qualität zu tun, wenn etwa versorgungsnotwendige Abteilungen geschlossen, anstatt die Behandlung dort zu verbessern.

Viele Anforderungen an die Prozess- und Strukturqualität werden schon bei der Zuweisung von Leistungsgruppen an die Krankenhäuser zugrunde gelegt. Mit der breiten Anwendung von Mindestfallzahlen als Kriterium für die Zuweisung von Leistungsgruppen führt die Regierungskommission aber erstmals ein abstraktes Planungsinstrument ein, auch wenn für ganze Leistungsgruppen kein wissenschaftlicher Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnisqualität nachgewiesen ist. Ausdrücklich befürwortet die Regierungskommission, die Prozess- und Ergebnisqualität mit der Höhe der Vorhaltefinanzierung des einzelnen Krankenhauses zu koppeln:

*»Je nach Leistungsgruppe sollen geeignete Kriterien der Prozess- und Ergebnisqualität die Höhe des Vorhalteanteils beeinflussen und damit gute Qualität fördern.«*



Ein Großteil der von der Kommission vorgeschlagenen Qualitätssicherungsmaßnahmen beruht auf der Verwendung von Routinedaten. Das ist problematisch, weil diese aufgrund der Beschränktheit der vorliegenden Informationen keine aussagefähige Risikoadjustierung ermöglichen. Daten über den sozialen Status sind z.B. nicht vorhanden. Es ist aber wissenschaftlich nachgewiesen, dass es deutliche Zusammenhänge zwischen diesem und der Erkrankungshäufigkeit wie auch der Behandlungsergebnisse gibt. Wenn aber die soziale Determinierung von Gesundheit nicht beachtet wird, werden sozial Benachteiligte wie auch deren Versorger diskriminiert – auch das wäre schlechte Qualität.

## Qualitätsmanagement als value based Healthcare:

Die Regierungskommission will den ökonomischen Druck, der seit 20 Jahren durch das DRG-System auf die Krankenhäuser ausgeübt wird und nach den Ankündigungen des Gesundheitsministers eigentlich mit der Krankenhausreform abgebaut werden soll, im Rahmen des Qualitätsmanagements noch weiter verschärfen durch das Konzept der »Value based Healthcare«:

*»Value Based Health Care postuliert einen Gesundheitswettbewerb, in dem sich Leistungserbringer in Netzwerken organisieren und dafür belohnt werden, dass sie für definierte Patientengruppen besonders gute Gesundheitsergebnisse zu möglichst niedrigen Kosten erzielen (Value = Gesundheitsergebnisse im Verhältnis zu den Kosten zum Erreichen dieser Ergebnisse). Der Wettbewerb um Value hat vor allem Konsequenzen für die Versorgungsstrukturen und die Vergütung. Bestimmte Patientengruppen sollen nur in Abteilungen versorgt werden, die über die dafür notwendige Infrastruktur, das Personal und die Erfahrung verfügen. Und Vergütung soll nicht allein mengenbezogen erfolgen, sondern sie soll basierend auf kontinuierlicher Ergebnismessung Qualitätsaspekte berücksichtigen. In diesem Sinne sind das Konzept von Leistungsgruppen, deren Zuordnung zu geeigneten Krankenhaus-Leveln sowie eine an Qualität und Vorhaltung orientierte Vergütung wichtige Schritte in Richtung Value Based Health Care«.*

Die Folge: Nicht einmal die Krankenhäuser, denen von den Ländern Leistungsgruppen zugewiesen worden sind, sollen in Zukunft Planungssicherheit erhalten, sondern sie werden in einen finanziellen Wettbewerb gedrängt, der eine dauerhafte Preisspirale nach unten eröffnen wird.

## Proms und Prens als Qualitätsinstrumente:

Die Nutzung von PROMS (Patient Reported Outcome Measures) und PREMS (Patient Reported Experience Measures) als Qualitätsmerkmal ist prinzipiell zu begrüßen, weil diese Befragungen die Patientensicht auf die Qualitätsbeurteilung der Krankenhausbehandlung in den Blick nehmen. Ihre Aussagekraft ist allerdings durch den nur begrenzten Rücklauf der Fragebögen, der auch noch durch soziale Faktoren beeinflusst wird, und durch die Tatsache, dass zufriedene PatientInnen weniger repräsentiert sind als unzufriedene, in ihrer Aussagekraft eingeschränkt und eignen sich daher zwar, um Verbesserungspotential für die Leistungserbringer sichtbar zu machen, nicht aber für strafbewehrte Entscheidungen mit finanziellen Einbußen oder gar dem Entzug der Abrechenbarkeit von bestimmten Leistungsgruppen. Auch wenn die Kommission eine Vereinheitlichung der Befragungen vorschlägt, beinhalten PREMS die Problematik, dass sie von vielen Krankenhäusern mehr als Marketing-Instrument (»Kundenbefragung) und als Repressionsmöglichkeit gegen Beschäftigte eingesetzt werden, denn als ernsthaftes Mittel zur Qualitätssicherung.

## »Ermöglichender Datenschutz«:

Geltende gesetzliche Datenschutzstandards werden von der Regierungskommission als Qualitätshindernis geißelt, mit dem neu kreierten Begriff des »ermöglichenden Datenschutzes« wird stattdessen ganz offen für eine Aufweichung des Patientendatenschutzes im Rahmen der Krankenhausreform geworben:

*»Bei angemessener Validität und Vollständigkeit stellen Register- und ePA-Daten eine hochwertige Quelle für eine bürokratiearme Qualitätssicherung dar und sind daher zu fördern. Auch die Verknüpfung von unterschiedlichen versorgungsnahen Daten (zum Beispiel GKV-Daten und klinische Register) für die Zwecke der Versorgungs- und Qualitätsforschung soll zukünftig leichter ermöglicht und unangemessene Datenschutzvorgaben sollen abgebaut werden. Ganz allgemein liegt ein Schlüssel zu mehr Qualitätstransparenz bei geringem bürokratischem Aufwand in einem ermöglichenden Datenschutz. Datenschutz muss in Zukunft zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen und dabei die Chancen der Datennutzung für das Patientenwohl angemessen, transparent und nachvollziehbar gegen mögliche Datenschutzbedenken abwägen.«*

Datenschutzvorgaben abzubauen explizit für Gesundheitsdaten, die zu den sensibelsten Daten über jeden einzelnen Bürger gehören, eröffnet dem Missbrauch solcher Daten Tor und Tür und sollte nach unserer festen Überzeugung daher unbedingt vermieden werden.

## Nationale Gesundheits- und Versorgungsziele – wer ist dafür zuständig?

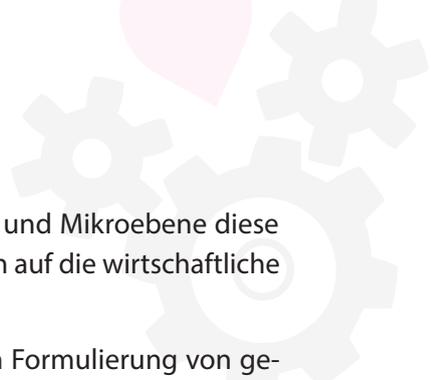
Um politisch eine kohärente Planung der Krankenhausversorgung zu gewährleisten, soll sie sich an nationalen Gesundheits- und Versorgungszielen orientieren. Die Regierungskommission schlägt dazu vor:

*»Grundlegend für die Qualität in der Krankenhausversorgung ist die Ausrichtung auf nationale Gesundheits- und Versorgungsziele (Makroebene), aus denen regional unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten und Besonderheiten spezifische regionale Versorgungsziele definiert werden (Mesoebene). Für Patientengruppen und Leistungserbringer sollten daraus messbare Versorgungsziele abgeleitet (Mikroebene) und durch Qualitätsindikatoren operationalisiert werden. Um das Gesundheitssystem – wie im Koalitionsvertrag propagiert – sehr viel stärker als bisher an Patientinnen und Patienten auszurichten, sollten die Gesundheits- und Versorgungsziele unter breiter Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern, Patientenvertretung, Selbstverwaltung und Politik konsentiert werden. Auf der Mesoebene bieten hierzu Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen mögliche Foren.«*

Diese nationalen Gesundheits- und Versorgungsziele sollen durch neue Bundesinstitute formuliert und von der Makro- über die Meso- bis zur Mikroebene durchgesetzt werden:

*»Die Moderation der Entwicklung und Konsentierung von Versorgungszielen und die Verantwortung für das Qualitäts- und Versorgungsmonitoring auf der Makroebene sollten beispielsweise bei einem neu zu gründenden Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit liegen. Dies unterstützt die Integration von Versorgungsmonitoring und Gesundheitsberichterstattung. Die Verantwortung für qualitätsbezogene Auswertungen und deren Darstellung auf der Meso- und Mikroebene sollte beim IQTIG und später bei einem zu gründenden Bundesinstitut für Qualität, Patientensicherheit und Transparenz angesiedelt sein.«*

Die hier vorgeschlagenen neu zu gründenden Bundesinstitute werden nicht näher beschrieben, auch die Art ihrer Finanzierung wird nicht erklärt. Daher bestehen Zweifel an ihrer strukturellen Unabhängigkeit.



Dies ist bedeutsam, weil über die qualitätsbezogenen Auswertungen auf Meso- und Mikroebene diese Institute Einfluss nehmen auf die Zuteilung von Leistungsgruppen und damit auch auf die wirtschaftliche Existenz der Krankenhäuser.

In welchem Verhältnis steht daher dieses politische Konzept zur eigenständigen Formulierung von gesundheitspolitischen Zielen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder? Unklar ist, wie diese Institute besetzt werden und ob sie direkt dem BMG unterstehen und welche Verbindlichkeit ihre Empfehlungen haben sollen. Für die Umsetzung der Vorschläge für die Festlegung von Gesundheits- und Versorgungszielen ergeben sich noch weitere Fragen:

- Wie soll die »breite Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern« auf der Makro- und Mikroebene aussehen? Reicht auf der Makroebene eine Regierungskommission?
- Wer erklärt Helios, den Kirchen und den Bürgermeistern und Landräten auf der »Mikroebene«, dass sie ihre Gesundheits- und Versorgungsziele demnächst unter breiter Beteiligung »konsentieren« müssen?
- Wer muss mit wem einen Konsens herstellen? Die Krankenhausträger mit den Krankenkassen, nach »breiter Beteiligung«, oder die Krankenhausträger und Krankenkassen mit den Bürgerinnen und Bürgern, Patientenvertretungen, Landes- und Kommunalpolitiker\*innen?
- Werden die »nationalen Gesundheits- und Versorgungsziele« von unten nach oben erarbeitet oder umgekehrt?

Die unseres Erachtens sinnvolle Idee der Vorgabe von nationalen Kriterien für Gesundheits- und Versorgungsziele kollidiert aktuell auch mit der Planungshoheit der Bundesländer, die in ihren Krankenhausplänen üblicherweise »Gesundheits- und Versorgungsziele« definieren. Uns ist bewusst, dass die Länder in aller Regel keine verantwortungsvolle Krankenhausplanung durchgeführt und ebenfalls z.T. erhebliche Abbaupläne verfolgt haben. Dennoch sollte die Planungshoheit der Länder nicht eingeschränkt werden. Sie muss allerdings von der Planung am grünen Tisch auf Landesebene in die Versorgungsregionen verlagert werden und dort unter demokratischer Beteiligung aller Betroffenen und Beteiligten durchgeführt werden. Sinnvollerweise stünden solche Planungen auch nicht in (aktuell oft parteipolitisch motivierter) Konkurrenz mit bundesweiten Vorgaben, sondern in einem wechselseitigen Prozess von Absprachen und Kooperation.

### **Ambulantisierung erfordert sektorengleiche Qualitätssicherung:**

Zurecht weist die Regierungskommission darauf hin, dass die an anderer Stelle vorgeschlagene Ambulantisierung von stationären Leistungen nur dann sinnvoll sein kann, wenn die ambulante Leistungserbringung ohne Qualitätseinbußen möglich ist:

*»Vor dem Hintergrund einer intensivierten Ambulantisierung ist eine sektorgleiche QS für stationär oder ambulant durchgeführte Prozeduren und behandelte Leistungsgruppen zu entwickeln. Dies erfordert eine adäquate Risikoadjustierung von Ergebnisindikatoren, die patientenbezogene Faktoren (Alter, Erkrankungsschwere etc.) wie auch kontextbezogene Faktoren (Zuverlegung, Notaufnahme, Eingriff am Wochenende etc.) und Komorbiditäten im Sinne des IGES-Gutachtens berücksichtigen sollte.«*

Diese Forderung ist zu begrüßen. Allerdings sollte sie ergänzt werden durch den Hinweis, dass ein flächendeckendes Rollout möglicher Ambulantisierungsmaßnahmen erst umgesetzt werden kann, wenn in wissenschaftlich begleiteten Modellversuchen ein gleichwertiges Qualitätsniveau der jeweiligen Behandlung unter ambulanten und stationären Rahmenbedingungen nachgewiesen ist und wenn die Strukturen für die Durchführung dieser Behandlungen und für die Nachbetreuung ambulant behandelter PatientInnen implementiert sind.



## Zentralisierung der Weiterentwicklung von Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen:

Nicht nur bei der ersten Festlegung der Qualitätsvoraussetzungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen, sondern auch bei deren Weiterentwicklung wird mit der von der Regierungskommission vorgeschlagenen Zentralisierung den Ländern ein wichtiges Instrument der Krankenhausplanung genommen:

*»Insbesondere für die Erarbeitung des oben beschriebenen Rahmenkonzeptes für die qualitätsentscheidenden und ggf. investitionsintensiven Mindestqualitätsvorgaben (Strukturvorgaben) zeichnen sich zwei alternative Möglichkeiten ab. In Anlehnung an die Vorgehensweise bei der Erarbeitung der Vorgaben für die Ambulantisierung ... könnte ein Gutachten in Auftrag gegeben werden. (...) Alternativ könnte der G-BA mit dieser Entwicklung unter Einhaltung eines vorgegebenen Zeitplanes beauftragt werden.«*

Prinzipiell ist es sinnvoll, die Struktur- und Qualitätsvoraussetzungen für alle Krankenhäuser bundeseinheitlich zu regeln. Welches Gremium oder Institut auch immer mit dieser Aufgabe betraut werden sollte, es muss vom Gesetzgeber garantiert und klar beschrieben werden, dass und wie die Unabhängigkeit dieser Einrichtung gewährleistet werden soll. Das IGES-Institut hat beispielsweise in der Vergangenheit schon so viele Gutachten im Auftrag von unterschiedlichen Lobbygruppen im Gesundheitswesen erstellt, dass an seiner Unabhängigkeit grundsätzliche Zweifel aufkommen. Um die Länder in dieser wichtigen Frage nicht zu entmachten, könnten die erarbeiteten Qualitätsvorgaben Empfehlungscharakter haben oder es könnte ein Vetorecht geben.

## Werbung der Regierungskommission in eigener Sache als Garantie für Qualität im Gesundheitswesen?

Überraschend empfiehlt die Regierungskommission auf Dauer die Gründung eines extra Beratungsgremiums für die politischen Entscheidungsträger, das in auffälliger Weise der Rolle der Regierungskommission ähnelt:

*»Damit Qualitätsvorgaben aktuell gehalten werden und neuere Entwicklungen und Erkenntnisse in die weiteren Entwicklungen von Qualitätsvorgaben intensiver Eingang finden, könnte in Betracht gezogen werden, ein unabhängiges Beratungsgremium zu gründen, das den G-BA und den Gesetzgeber berät. Ein solches Gremium sollte aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, wissenschaftlich orientierten Praktikerinnen und Praktikern sowie Vertretungen der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ... bestehen ... Dieses Beratungsgremium sollte die gesetz- und verordnungsgebenden Institutionen und so auch das zu gründende Bundesinstitut aufgefordert in allen Fragen des Qualitätsmanagements, der Qualitätssicherung, des klinischen Risikomanagements und der Qualitätstransparenz beraten.«*

Für diese kontinuierliche Beratung muss nach unserer Einschätzung kein neues Gremium gegründet werden, diese Aufgabe kann das Selbstverwaltungsorgan auf Bundesebene, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) übernehmen.

## Fazit

Alle Empfehlungen der Kommission zur Qualitätssicherung folgen dem Prinzip, die Qualität durch Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander zu erreichen und mit Kostenersparnis zu verknüpfen. Wer Qualitätsziele erreicht, wird finanziell in diesem System belohnt, wer sie verfehlt, wird nicht zur Verbesserung der eigenen Prozesse ermuntert, sondern sofort finanziell bestraft bis hin zum Entzug von Leistungsgruppen. So wird das Qualitätsmanagement umgemünzt in ein schlagkräftiges politisches Instrument der kalten Strukturbereinigung: Die Behandlungskapazitäten werden zentralisiert, die Verlierer im Qualitätswettbewerb müssen aus betriebswirtschaftlichen Gründen schließen, egal, ob sie zur flächendeckenden Versorgung benötigt werden oder nicht. Das ist nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Damit nicht genug, wird der Qualitätswettbewerb mit betriebswirtschaftlicher Effizienzsteigerung gekoppelt und das Ergebnis als Value Based Health Care gepriesen, weil der Sieger in diesem ruinösen Wettbewerb seine Leistungen auch noch zum günstigsten Preis erbringen muss. Menschenwürdigere Arbeitsbedingungen – gerade erst in harten gewerkschaftlichen Kämpfen von den Mitarbeitenden in den Kliniken erkämpft – werden mit der Forderung nach Flexibilisierung schon wieder zur Disposition gestellt im kapitalistischen Wettbewerb. Und gesetzliche Regeln des Patientendatenschutzes werden als Qualitätshindernis entlarvt und zum »ermöglichenden Datenschutz« verboten.

Und nicht zu vergessen: Mit der Festlegung und Entwicklung der Planungskriterien durch ein Bundesinstitut soll den Bundesländern ein Stück ihrer Planungshoheit aus der Hand genommen werden.

Einen Effekt haben die meisten der vorgeschlagenen Qualitätsmaßnahmen: sie vermehren den bürokratischen Aufwand, den die Krankenhäuser aufwenden müssen, um die vorgeschlagenen Qualitätsziele zu erreichen. Schon bisher gibt es umfassende Verpflichtungen zur Qualitätssicherung. Im SGB 5 ist ein ganzer Abschnitt mit insgesamt 29 Paragraphen diesem Thema gewidmet. Sie würden nach den Vorstellungen der Kommission nochmal erweitert. Von der Vereinbarung der Ampel-Regierung in ihrem Koalitionsvertrag, die Bürokratie abzubauen, ist in dieser Stellungnahme der Kommission nichts *übrig geblieben*.

Außerdem wird durch immer mehr Kontrollen und Geldstrafen, die Qualität nicht besser. Vielmehr bieten eine kostendeckende und zweckgebundene Finanzierung in Verbindung mit einer gesetzlichen Personalbemessung gute Voraussetzungen, um Qualität zu sichern und zu steigern.

Wir halten dagegen:

- Qualitätssicherung in der stationären Versorgung ist enorm wichtig und muss ohne Wenn und Aber in allen Krankenhäusern der Republik auf hohem Niveau umgesetzt werden.
- Maßnahmen der Qualitätssicherung dürfen nicht mit Finanzierungsfragen vermengt werden, sonst leiden die Qualität und die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden.
- Qualitätssicherung darf nicht als Schwert zur kalten Strukturanpassung und Zentralisierung der Krankenhausversorgung missbraucht werden.
- Kooperation fördert die Qualität der stationären Versorgung flächendeckend, Konkurrenz hemmt sie.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

**KRANKEN** HAUS  
STATT **FABRIK**  
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert