



Alle Jahre wieder...

...kommt der Qualitätsbericht

Von Dr. Betina Beinhauer

Gesetzliche Grundlage des Qualitätsberichtes ist der § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Eingeführt wurde die Verpflichtung, einen Qualitätsbericht abzugeben im Jahr 2004. Seit 2013 wird dessen jährliche Veröffentlichung eingefordert. Die parallele Einführung des Qualitätsberichtes zur Einführung der DRGs als pauschale Vergütung ist kein Zufall: Man befürchtete eine sinkende Qualität durch die Ökonomisierung der stationären medizinischen Versorgung. Die Einführung eines gesetzlich verpflichtenden und letztlich auch zu veröffentlichenden Qualitätsberichtes sollte als Gegengewicht dienen und sicherstellen, dass eine pauschalierte Vergütung nicht zu Lasten des Patienten gehen würde.

Als Zielgruppe für den Qualitätsbericht wurden in erster Linie die Patienten angenommen, die sich im Falle einer anstehenden elektiven Behandlung über den Qualitätsbericht über ein Krankenhaus intensiv informieren und ihre Wahl im Falle einer anstehenden Behandlung treffen können.

In Wahrheit gibt es aber noch viele weitere Beteiligte, die ein hohes Interesse an den Inhalten des Qualitätsberichtes haben: Die Mitbewerber sind da zu nennen, denn sie können sich mit Hilfe des Qualitätsberichtes der Nachbarkrankenhäuser ein Bild über die Konkurrenz verschaffen.

Weiter sind Krankenkassen am Qualitätsbericht sehr interessiert: Krankenkassen verfassen über die einzureichende, maschinenlesbare XML-Form des Qualitätsberichtes Rankings, Empfehlungen und ganze Dossiers, um dem Patienten zu helfen, das beste Krankenhaus zu finden. Nach welchen Kriterien sie vorgehen und welche Algorithmen hinterlegt sind, ist nicht transparent.

Nicht zuletzt bieten die Qualitätsberichte Medizinprodukteherstellern und Pharmaunternehmen Möglichkeiten zur Planung und Pflege ihrer Vertriebskanäle.

Damit bietet der Qualitätsbericht mit seinen detaillierten Angaben zu unterschiedlichsten Sachverhalten die Möglichkeit, Angaben,

die an anderer Stelle gemacht werden, wie z.B. im Rahmen der Budgetverhandlungen, zu plausibilisieren.

Und da fängt das Dilemma an! All das wäre kein Problem, wichen die Kennzahlen in ihrer Definition nicht von den Kennzahlen, die an anderer Stelle gemacht werden müssen im Detail voneinander ab. Damit ist eine Verprobung nicht möglich und führt bei fälschlicher Anwendung immer wieder zu Irritationen und Missverständnissen.

Seit geraumer Zeit kann man beobachten, dass immer weitere Inhalte verpflichtend zu publizieren sind, die den Patienten unmittelbar betreffen und die öffentlichkeitswirksam erscheinen. So wurde die Fortbildungsverpflichtung

Qualitätsbericht Teil A12.3.1.	Budgetverhandlungen Hygieneförderprogramm
<p>Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerin: (Vorhandene am Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angabe in Anzahl Personen (<i>keine</i> VK) nach 	<p>Krankenhaustygeniker (Facharzt oder curriculare Ausbildung) Neueinstellung nach Stichtag 4.8.2011</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angabe in VK
<p>Hygienefachkräfte (HFK)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angabe in Personen (<i>keine</i> VK) 	<p>Hygienefachkräfte Neueinstellung nach Stichtag 4.8.2011</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angabe in VK
<p>Kontrolle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein Kontrollmechanismus 	<p>Kontrolle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darlegung der Historie als Nachweis • Testat des Wirtschaftsprüfers erforderlich • Darlegung von Unterlagen im Rahmen von Budgetverhandlungen (Ausbildungsnachweis)

Beispiel für unterschiedliche Definitionen von Personalkennzahlen zur Hygiene

der Ärzte und die kritische Frage nach leistungsgebundenen Zielvereinbarungen der Chefärzte hinzugenommen. Eine Verifizierung der Angaben durch andere Quellen gibt es nicht, sodass es durchaus möglich ist, hier keine wahrheitsgemäßen Angaben zu machen.

Lediglich die Daten der externen Qualitätssicherung im Teil C1 werden manipulationssicher von den Landesgeschäftsstellen für QS im XML-Format geliefert.

Ärgerlich ist die Tatsache, dass verschiedene Sachverhalte und Angaben im Krankenhauswesen mehrfach erfasst werden müssen: Der Händedesinfektionsmittelverbrauch beispielweise muss für die Zertifizierung „Aktion saubere Hände“ dokumentiert werden, exakt die gleichen Angaben sind im Qualitätsbericht zu tätigen (A-12.3.2.4) und schließlich wird in der Einrichtungsbefragung der Qualitätssicherung „Nosokomiale Wundinfektion“ (NWIF) der sektorübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü) die Angabe erneut benötigt. Dabei ist die Zuordnung des Desinfektionsmittelverbrauchs

bei fachgebiets- und sektorenübergreifender Nutzung von Strukturen nicht einmal eindeutig möglich. Muss das so sein?

Bislang gab es keinerlei objektive Prüfmechanismen in Bezug auf die Inhalte des Qualitätsberichts. Es wurde lediglich der äußere Rahmen daraufhin überprüft, ob auch XML-Format stimmig ist. So war es möglich, dass zwar die äußere Form des Qualitätsberichtes plausibel erschien, die Inhalte jedoch völlig von den Vorgaben abweichen konnten, ohne dass es zu einem Hinweis, geschweige denn zu einer Sanktion gekommen wäre. Eine Hochglanzbroschüre sagt nichts über die Qualität des Inhaltes der Druckvariante des Qualitätsberichtes aus.

Im Berichtsjahr 2016 wurde begonnen, sogenannte Plausibilitätsprüfungen einzuführen. In 2017 sind weitere Prüfungen hinzugekommen. Allerdings erweisen sich diese Plausibilitätsprüfungen bislang noch als ein zahnloser Tiger.

Für die Zukunft wäre es begrüßenswert, wenn einerseits die ver-

pflichtend zu veröffentlichten Kennzahlen mit den an anderer Stelle geforderten Angaben synchronisiert würden und damit nicht mehr redundant dokumentiert werden müssten. Andererseits wäre es fair, solche Plausibilitätsprüfungen zu implementieren, die keinen Raum für Vertuschung zulassen, um „ehrliche“ Krankenhäuser nicht zu benachteiligen. ■

Dr. Bettina Beinhauer
Vorstand
Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling



Dr. Bettina Beinhauer