

**Rede von Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des
Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und Vorsitzende des
Unterausschusses Qualitätssicherung**

zur Eröffnung der

**9. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA am 28. und 29. September 2017
in Berlin**

– Es gilt das gesprochene Wort. –

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlich willkommen zur 9. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses.

In den kommenden zwei Konferenztagen erwartet uns ein Mammut-Programm, wobei der morgige, 2. Konferenz-Tag ausschließlich und ganz einer der Hauptsäulen der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung gewidmet ist, nämlich der externen stationären Qualitätssicherung.

Im Erfassungsjahr 2016 haben 1.544 Krankenhäuser an der externen stationären QS teilgenommen und insgesamt rund 2,5 Mio. Datensätze zu 238 Qualitätsindikatoren geliefert, die sich über 24 unterschiedliche stationäre Leistungsbereiche erstrecken, von der Geburtshilfe und Perinatalmedizin über die Koronarchirurgie, Hüft- und Kniegelenk- endoprothetik und Transplantationsmedizin bis zur Dekubitusprophylaxe.

Sie haben morgen Gelegenheit, gemeinsam mit dem IQTIG und Vertretern der Bundesfachgruppen die Ergebnisse der Bundesauswertung 2016 zu diskutieren. Für die Erstellung der Bundesauswertung möchte ich mich im Namen des G-BA bereits an dieser Stelle ganz herzlich beim IQTIG und den Mitgliedern der Bundesfachgruppe bedanken.

Wie in den vergangenen Jahren ist der heutige, 1. Konferenztag den QS- Themenschwerpunkten der vergangenen 12 Monate, aber auch einem Ausblick auf kommende Entwicklungen gewidmet.

In der gerade zu Ende gegangenen Legislaturperiode 2013-2017 hat der Gesetzgeber die Weiterentwicklung der klassischen Qualitätssicherung zu einer qualitätsorientierten Versorgungssteuerung forciert. Der G-BA wurde mit der Einführung einer Vielzahl neuer QS- Methoden und -Instrumente beauftragt. Hierzu zählen zum Beispiel Qualitätsindikatoren, die für die Zwecke der Krankenhausplanung oder für Qualitätszu- und -abschläge dienen sollen, aber auch Zweitmeinungsverfahren, Qualitätsverträge zur Erprobung von Exzellenz-Qualität, die Weiterentwicklung der Mindestmengenregelungen und vieles mehr. Der Gesetzgeber verfolgt hiermit insbesondere auch das Ziel einer qualitätsorientierten Marktberreinigung: Schlechte Qualität soll Konsequenzen haben.

Im Rahmen des Blut- und Gewebegesetzes von März 2017 wurde vom Gesetzgeber auf Wunsch der Länder ausdrücklich klargestellt, dass die Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren insbesondere auch die Feststellung einer „in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität“ ermöglichen sollen, um den Ländern die gewünschten krankenhauplanerischen Konsequenzen zu erlauben.

Als Fachpublikum wissen Sie, dass wir diese Erwartung von Bund und Ländern mit den vorhandenen Indikatoren der externen stationären QS nur stark eingeschränkt bedienen können, weil wir mit unseren klassischen Qualitätsindikatoren bislang eine ganz andere Qualitätsphilosophie als Marktbereinigung verfolgt haben: Nämlich ein Lernen vom Besseren mit dem Ziel, ein flächendeckend gleich gutes Qualitätsniveau zu etablieren.

Sehr geehrte Damen und Herren, dieses flächendeckend gleich gute Qualitätsniveau wird zukünftig den zwingend zu erfüllenden Qualitäts-Mindeststandard darstellen.

Leistungsbereiche der externen stationären QS, in denen über Jahre hinweg besonderer Handlungsbedarf festgestellt wird, wie zum Beispiel beim Qualitätsindikator „präoperative Verweildauer“ bei Femurfraktur, werden vom G-BA gegebenenfalls um Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität ergänzt werden, wenn das vorhandene Verbesserungspotenzial mit den Möglichkeiten der externen QS offenkundig nicht ausgeschöpft werden kann.

Selbstkritisch sollten wir uns fragen, ob wir im Rahmen der klassischen externen Qualitätssicherung offenkundige Qualitätsdefizite nicht zu lange toleriert haben. Der strukturierte Dialog mit den Krankenhäusern, für den wir bzw. insbesondere auch die LQSen viel Aufwand betreiben, muss reaktionsschneller und vor allen Dingen gezielter, problemorientierter, treffsicherer werden. Ansonsten werden wir die Krankenhäuser, die unter verschärften Marktbedingungen agieren müssen, mit unserer QSKH-RL beim notwendigen einrichtungsinternen Qualitätsmanagement nicht mehr adäquat unterstützen können.

Auch wenn ich jetzt zuerst an unsere eigne Selbstkritik- und Lernbereitschaft appelliert habe – Sie wissen, dass ich die „Qualitätsoffensive Krankenhaus“ des Gesetzgebers durchaus auch kritisch sehe:

Sie kann kein Ersatz sein für die eigentlich notwendige sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, sie kann kein Ersatz sein für die Weiterentwicklung des DRG-Systems, das eine der Hauptursachen für die Mengenausweitung darstellt, sie kann kein Ersatz sein für eine hinreichende Investitionsfinanzierung seitens der Länder, und sie kann kein Ersatz sein für den Mut zu struktur**politischen** Entscheidungen.

Dennoch halte ich die „Qualitätsoffensive“ des Gesetzgebers für eine grundsätzlich richtige Weichenstellung. Nicht, weil sie auch eine Quittung für eigene Versäumnisse in Sachen kontinuierlicher Weiterentwicklung der QS darstellt, sondern weil wir angesichts der Ökonomisierung der Medizin, der Wachstumserwartungen, die mit dem Gesundheitsmarkt verbunden werden, gar keine andere Wahl haben. Wenn wir die Leitidee eines **sozialen**

Gesundheitswesens nicht aufgeben wollen, brauchen wir eine qualitätsorientierte Regulierung des Gesundheitsmarkts dringender denn je.

Dies sollte allerdings nicht zu einer Überregulierung ausarten, wie es angesichts der Inflation detaillistischer Vorgaben des Gesetzgebers aber droht, und zwar nicht nur in Gestalt einer Überbürokratisierung zulasten der Patientenversorgung, sondern auch mit Kollateralschäden für den G-BA:

Der G-BA mag sich zwar einerseits über die Vielzahl der gesetzlichen Aufträge als Vertrauensbeweis in die gemeinsame Selbstverwaltung freuen, faktisch ist die Abarbeitung schon längst zur Belastungs-, wenn nicht Bewährungsprobe geworden.

Die Entwicklung einer gemeinsamen, auf Vertrauen basierenden Qualitätskultur wird so konterkariert. Nicht zuletzt deshalb, weil Staatssekretär Stroppe anwesend ist, werbe ich deshalb in Sachen Qualitätsoffensive für eine Kurskorrektur:

Im KHSG ist das Pendel in Sachen Qualitätssicherung wieder stark in Richtung „Qualitätskontrolle“ zurückgeschwungen. Dies ist im Vergleich zu anderen Gesundheitssystemen, in denen sich der Begriff des „quality improvement“ durchgesetzt hat, nicht nur nicht mehr zeitgemäß, sondern für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung unzureichend.

In der diesjährigen QS-Konferenz richten wir den Fokus deshalb bewusst nicht nur auf Qualitätsmessung und Qualitätskontrolle, obwohl dies unsere Haupt-Hausaufgabe aus dem KHSG ist, sondern insbesondere auch auf Methoden und gelungene Beispiele für Qualitätsverbesserung durch Qualitätsmanagement, wie zum Beispiel „Patient Blood Management“, sowie insbesondere auf Mitarbeiterorientierung und Führungskultur.

Die vom Gesetzgeber beabsichtigte qualitätsorientierte Versorgungssteuerung setzt meines Erachtens außerdem ein Rahmenkonzept für die zahlreichen Einzelinterventionen voraus, gelenkt von Qualitätszielen für eine patientenzentrierte, demographiegerechte Versorgung,

An dieser Stelle werbe ich nochmal für eine bessere Verzahnung von Versorgungsforschung und Qualitätsentwicklung. Von einem „lernenden System“ sind wir immer noch weit entfernt. Vielleicht wird die in dieser Legislaturperiode anstehende Neustrukturierung im Zusammenhang mit der ambulanten Notfallversorgung den Einstieg in ein sektorenübergreifendes, regional-populationsbezogenes Qualitätsmanagement ermöglichen, wir werden sehen.

Sehr geehrter Herr Staatssekretär Stroppe, quo vadis „Qualitätsoffensive“? Wir sind sehr gespannt auf Ihr Grußwort.

Ich begrüße nun Professor Black, der einen Vortrag über die HSMR, die „Hospital Standardised Mortality Ratio“, sprich über Kennzahlen zur risikoadjustierten Sterblichkeitsrate in einem Krankenhaus halten wird.

Nick Black ist Professor of Health Services Research in der London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Die HSMR wird auch in Deutschland sowohl im Rahmen der gesetzlich verpflichtenden externen stationären QS berücksichtigt, als auch in einigen freiwilligen QS-Verfahren eingesetzt, zum Beispiel IQM, in der Regel als Aufgreifkriterium für ein Audit oder ein Peer-Review-Verfahren.

Taugen HSMR aber auch zur Beurteilung der Gesamtqualität einer Fachabteilung oder gar eines ganzen Krankenhauses, oder gar zur Veröffentlichung zum Beispiel in einem Krankenhausbewertungsportal?

Ich begrüße nun Frau Prof. Manser, Leiterin des Instituts für Patientensicherheit an der Universität Bonn, zu einem Vortrag über Mitarbeiterorientierung und Führungskultur.

Wir haben hierzu nachher noch eine Parallelveranstaltung, die sich ausschließlich dem Thema „Human Resources“ bzw. Personalfragen widmet.

Sehr geehrte Frau Prof. Manser, wir hatten Ihren Vortrag zu Mitarbeiterorientierung und Führungskultur ins Auge gefasst, lange bevor die öffentliche Diskussion um Personalmindestquoten hochgekocht ist. Der G-BA beschäftigt sich im Rahmen seiner Richtlinienzuständigkeit zurzeit intensiv mit Personalmindestanforderungen, und zwar zum einen im Zusammenhang mit der Übergangsregelung für Perinatalzentren, was die Pflegepersonalquoten von 1:1 bzw. 1:2 im Rahmen der Intensivversorgung von Frühchen anbelangt.

Zum anderen haben wir den gesetzlichen Auftrag, bis Herbst 2020 verbindliche Mindestanforderungen an die Personalausstattung in stationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu beschließen, womit die PsychPV abgelöst werden soll.

Im Sommer ist außerdem die Gesetzesänderung zur Einführung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen in Kraft getreten, was m.E. als überfällige Reaktion des Gesetzgebers auf eigentlich bekannte Risiken zu bewerten ist.

Es ist nicht für alle Bereiche, aber zum Beispiel im Zusammenhang mit der Arzneimitteltherapiesicherheit durch Studien gut belegt, dass eine Unterbesetzung bzw. Überlastung des Personals zu Medikationsfehlern führt. Der seit Einführung des DRG-Systems zu beobachtende Trend zum Abbau von Pflegepersonal ist zwar inzwischen gestoppt, dennoch müssen die deutschen Pflegekräfte im internationalen Vergleich überdurchschnittlich viele Patienten versorgen.

Liegt dies nur an der im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohen Anzahl der Krankenhaufälle in Deutschland oder haben wir in deutschen Krankenhäusern einen Personalentwicklungs-Rückstau? Ist der Mitarbeiter nicht die wichtigste Ressource?

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Abschluss möchte ich nicht versäumen, der Abteilung QS-V des G-BA, allen voran der kommissarischen Leiterin Frau Pötter-Kirchner und Frau Dr. Winkler-Komp, für die wie immer perfekte Vorbereitung der QS-Konferenz zu danken!