

MARBURGER BUND

Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte e. V.

- Bundesverband -

**128. Hauptversammlung
am 06./07.11.2015 in Berlin**

**Beschluss Nr. 7 Qualitätsbegriff in Zusammenhang mit Krankenhausplanung im
Krankenhausstrukturgesetz neu definieren**

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, den Qualitätsbegriff in den Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz im § 8 Absatz 1a und 1b scharf zu trennen. Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanungen (Absatz 1a) unterliegen anderen Zwecken und Gesetzmäßigkeiten als Qualitätsindikatoren beim Betrieb von Krankenhäusern (Absatz 1b). Während für die Planung der Länder fast ausschließlich Strukturqualitätsindikatoren eine Rolle spielen dürften, die in Abhängigkeit des zu erreichenden Zieles auch unterschiedlich bewertet werden, sind beim Betrieb von Krankenhäusern Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren zu beachten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass

1. die derzeitige externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V bei 3,2 Millionen verwerteten Datensätzen, die ca. 42 Millionen Indikatoren generierten, für die ca. 80 Millionen Datenfelder im Jahr 2013 ausgefüllt werden mussten, nur 1.763 Auffälligkeiten gefunden wurden und
2. im § 12 des SGB V das Wirtschaftlichkeitsgebot von Leistungen mit ausreichend (Note 4), zweckmäßig und wirtschaftlich definiert wird.

Hieraus folgt streng genommen, dass eine bessere Qualität als die Schulnote 4 gar nicht durch das SGB V abgedeckt wäre. Wenn man dem Gesetzgeber aber unterstellt, dass er die Qualität von Leistungen doch besser als ausreichend definiert, so ist der Absatz 1b des § 8 KHG vollständig mit abhängigen Anpassungen zu streichen.

Gestrichen werden soll auch im SGB V § 136b (1) Nr. 5, „einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren.“, da nach 15-jähriger Erfahrung mit der externen Qualitätssicherung und einem vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Gutachten aus dem Jahr 2012 keine Evidenz für Pay for Performance vorliegt. Hier sind im Rahmen von Pilotprojekten intelligentere Verfahren zu entwickeln.

Zur problematischen Definition des Qualitätsbegriffs verweisen wir auf die Position des Marburger Bundes zur geplanten Qualitätsoffensive der Bundesregierung, Beschluss Nr. 3 der 125. Hauptversammlung des Bundesverbands 2014 (siehe Anlage).

M A R B U R G E R B U N D

Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.
- Bundesverband -

125. Hauptversammlung, 24./25.05.2014 in Düsseldorf

**Beschluss Nr. 3 POSITION DES MARBURGER BUNDES ZUR GEPLANTEN
QUALITÄTSOFFENSIVE DER BUNDESREGIERUNG**

Die 125. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt die Offensive der Bundesregierung, die Qualität der medizinischen Leistungen, ihrer Sicherung und Optimierung stärker in den Mittelpunkt der Versorgung rücken zu wollen. Die Weiterentwicklung unseres international anerkannt guten medizinischen Versorgungssystems ist in der Vergangenheit nahezu ausschließlich von einer Kostendiskussion bestimmt worden. Der Wert der ärztlichen Leistungserbringung ist in dieser Diskussion zur Nebensache geworden.

Im Koalitionsvertrag heißt es, dass die Menschen sich darauf verlassen können müssen, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden.

Gute Medizin bedingt ein einheitliches Qualitätsverständnis

Aus Sicht des Marburger Bundes mangelt es unserem Gesundheitssystem nicht an Vorgaben und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Allerdings wurde bislang nicht definiert, was unter einer guten Qualität medizinischer Leistungen zu verstehen ist. Maßnahmen zur Messung und Verbesserung von Qualität setzen voraus, dass ein gesellschaftlicher Konsens darüber besteht, was gute Qualität ist, zukünftig sein soll und wie diese sichergestellt bzw. finanziert werden kann. Deshalb muss es aus Sicht des Marburger Bundes vorrangige Aufgabe sein, ein einheitliches Qualitätsverständnis zu entwickeln. Eine wissenschaftliche und unabhängige Einrichtung wie das geplante Institut für Qualität und Transparenz könnte dazu beitragen, solange sich dieses nicht zu einer vor allem bürokratischen Einrichtung mit Behördencharakter entwickelt.

Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität

Der Koalitionsvertrag benennt zur Umsetzung der geplanten Qualitätsoffensive zahlreiche Maßnahmen, die verschiedene Ziele verfolgen wie die Vorgabe von verbindlichen medizinischen Qualitätsstandards, die Erstellung von Qualitätsvergleichen und die Vergütung von Qualität.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung müssen auf die Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung gerichtet sein. Sie dürfen auf keinen Fall als Mittel zur Behebung von Finanzierungsproblemen oder zur Strukturbereinigung missbraucht werden.

Qualitätsbegründete Zu- und Abschläge auf die Vergütung stationärer Leistungen sind kein geeignetes Mittel zur Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität, sondern setzen Fehlanreize.

Die Möglichkeiten, die Versorgungsqualität mittels finanzieller Anreize (Pay for Performance - P4P) zu verbessern, sind derzeit nicht ausreichend erforscht, wie ein im Jahr 2012 veröffentlichtes Gutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit belegt. Danach sollten P4P-Instrumente erst dann gewählt werden, wenn die Möglichkeiten der vorhandenen anderen Steuerungsinstrumente ausgeschöpft sind und zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten nachgewiesen wurde.

Qualitätsverträge, bei denen die Krankenkassen festlegen, was Qualität ist, lehnt der Marburger Bund ab. Qualitätsverträge als Selektivverträge sind Instrumente des Wettbewerbs.

Qualitätswettbewerb darf aber nicht über Preise und Rabatte stattfinden. Diese Gefahr besteht bei Selektivverträgen, wenn Kostenträger bei medizinischen Leistungen deren Qualität und Kosten gegeneinander abwägen müssen. Selektivverträge sind daher auch kein geeignetes Instrument, um Erkenntnisse über die Behandlungsqualität zu gewinnen.

Qualitätskriterien müssen besonderen Anforderungen genügen

Krankenhäuser sind verpflichtet, die Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zwingend einzuhalten. Die Richtlinien sind damit auch verbindlich für die ärztliche Leistungserbringung. Dieser großen Verantwortung muss der G-BA Rechnung tragen können. Dazu muss sichergestellt und kontrolliert werden, dass die den G-BA-Richtlinien zugrunde liegenden Qualitätskriterien besonderen Anforderungen genügen:

Qualitätskriterien müssen relevant sein. Qualität ist, was beim Patienten ankommt. Qualitätsindikatoren bilden Heilung, Linderung und/oder höhere Lebensqualität ab. „Surrogat-Parameter“ wie „Mindestmengen“ o. ä. sind abzulehnen.

Qualitätskriterien müssen wissenschaftlich entwickelt werden.

Qualitätskriterien müssen rechtssicher sein. Je gravierender die Folgen im Falle der Nichtbeachtung oder Nichterfüllung von Qualitätskriterien sind, desto rechtssicherer müssen die Kriterien sein. Dies erfordert auch eine ausreichende Risikoabschätzung, um Fehlentwicklungen gerade im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung zu vermeiden.

Qualitätskriterien müssen praktikabel sein. Sie müssen im Klinikalltag von den Ärztinnen und Ärzten umsetzbar sein. Sie dürfen nicht zu mehr Bürokratie und zu einem ungedeckten Ressourcenverbrauch führen und damit zu Lasten ärztlicher Tätigkeit gehen.

Qualitätskriterien müssen transparent und vermittelbar sein. Die Auswirkungen der eingesetzten Qualitätsinstrumente müssen evaluiert und kommuniziert werden. Fehlentwicklungen müssen rechtzeitig gegengesteuert werden. Um die Anforderungen an die Qualitätskriterien sicherzustellen, sind die Ärztekammern adäquat einzubinden.

Qualitätsvergleiche auf sachliche Grundlagen stellen

Die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen medizinischen Berufsgruppen wird heute durch unsachliche Vergleiche und divergierende Darstellungen skandalisiert und stigmatisiert. Damit wird auch der Eindruck erweckt, die medizinische Versorgung in Deutschlands Kliniken sei nicht mehr sicher. Der Marburger Bund begrüßt daher die Absicht, derartigen Aktivitäten zukünftig die Grundlage zu entziehen und dafür ein fachlich unabhängiges Institut zu schaffen, das verlässliche Orientierungshilfen über die Qualität der Leistungen und Einrichtungen für Patienten und Ärztinnen und Ärzte entwickelt.

Qualität als Planungsinstrument

Der Marburger Bund begrüßt, dass nach dem Koalitionsvertrag Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich in § 1 KHG eingeführt werden soll.

Die Vorgabe von Kriterien sollte sich auf die Qualität der strukturellen Voraussetzungen für die Erfüllung des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses konzentrieren, wie sie bereits in den Krankenhausgesetzen und Krankenhausplänen einiger Bundesländer erfolgt. Die Länder haben eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung sicherzustellen und die Einhaltung des jeweiligen Versorgungsauftrags zu gewährleisten. Mit der Krankenhausplanung stehen die Bundesländer auch in der Verpflichtung, die Leistungsfähigkeit der Plankrankenhäuser sicherzustellen. Dies kann zum Beispiel durch die Vorgabe von Mindestanforderungen an Kompetenz und Verfügbarkeit des ärztlichen Dienstes, an apparativer und infrastruktureller Ausstattung etc. erfolgen.

Die Bundesländer müssen zudem die erforderlichen Finanzmittel zur Umsetzung von (zusätzlichen) Strukturmaßnahmen im Wege einer ausreichenden Investitionskostenförderung zur Verfügung stellen.

Qualität erfordert Qualifikation

Wesentliche Voraussetzung für die Qualität der Patientenversorgung ist qualifiziertes Personal. Die ärztliche Weiterbildung sichert die Qualität der ärztlichen Berufsausübung. Die Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses auch als gesamtgesellschaftlich notwendige Aufgabe muss gefördert werden, indem zum Beispiel die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte zum Facharzt als Qualitätsmerkmal der Krankenhäuser nach Maßgabe des Weiterbildungsrechts ausgebaut wird.

Qualitätsdiskussion muss im Kontext der finanziellen Rahmenbedingungen geführt werden

„Beste Qualität und Behandlung nach dem neusten medizinischen Stand“ (s. Koalitionsvertrag) erfordern, dass auch die materiellen Voraussetzungen für die ärztliche Tätigkeit gegeben sein müssen. Dies betrifft sowohl eine dafür ausreichende Betriebskostenfinanzierung als auch die Bereitstellung erforderlicher Investitionsmittel durch die Bundesländer.

Rationalisierungsdruck geht zu Lasten von Qualität und Sicherheit. Dies gilt insbesondere für die Arbeitsbelastung der Ärzte und Pflegenden. Oftmals sind Stress und Überforderung der Grund für Defizite an Aufmerksamkeit und Konzentration. Übermäßige Arbeitsbelastung und Zeitmangel können zu gravierenden Fehlern führen.

Deshalb sind Konkretisierungen zur Aussage im Koalitionsvertrag erforderlich: „Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird.“

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes forderte die große Koalition bereits auf, die von ihr angekündigte Krankenhausreform zu nutzen, um die Rahmenbedingungen für den Erhalt der Qualität der medizinischen Versorgung auf den Weg zu bringen. Notwendig ist insbesondere eine adäquate Ausstattung der Krankenhäuser in personeller und finanzieller Hinsicht. Hierzu sind die aus Sicht des Marburger Bundes notwendigen Korrekturen der Krankenhausfinanzierung vorzunehmen sowie eine ausreichende Investitionskostenfinanzierung sicherzustellen.

Der Marburger Bund bietet seine Expertise an. Er ist bereit, die Arbeit der Bund-Länder-Kommission zu unterstützen.