



AOK-Krankenhausnavigator: Behandlungsergebnisse von Kliniken auf der Basis langfristiger Qualitätsdaten (QSR)

Pressekonferenz am 29. April 2010 in Berlin

Statement von Dr. Stefan Etgeton

Leiter des Fachbereichs Gesundheit und Ernährung beim Verbraucherzentrale Bundesverband

Zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen ist es notwendig, die Versorgungsprozesse möglichst adäquat abbilden und bewerten zu können. Auch wenn der angebliche oder tatsächliche Dokumentationsaufwand in der Qualitätssicherung oft als Schutzbehauptung genutzt wird, Qualität überhaupt nicht zu erfassen oder transparent zu machen, so muss man die Prozesse doch so effizient gestalten wie möglich. Daher ist die Nutzung von Routinedaten für Qualitätssicherung und -transparenz ein sinnvoller Weg. Die Abrechnungsdaten der Krankenkassen werden ohnehin erhoben und sie können – über den ursprünglichen Zweck hinaus – wertvolle Hinweise auf die Qualität der Versorgung geben. Es wäre geradezu fahrlässig, diese Ressource nicht zu nutzen. So kann auch ein Beitrag zum viel beschworenen Abbau von Bürokratie geleistet werden.

Aus Patientensicht sollte eine umfassende, sektorübergreifende, verständliche und vergleichende Qualitätsdarstellung möglichst alle Leistungsbereiche – ambulante ärztliche Versorgung, Krankenhäuser, Rehabilitation, Pflege und ergänzende Heilberufe – einschließen, dabei möglichst längere Zeiträume einbeziehen und sich an patientenrelevanten Endpunkten orientieren. Ergebnisqualität aus Patientensicht meint z. B. die Abbildung von indikationsbezogenen Angaben zur Reduzierung zusätzlicher Erkrankung (Morbidität) und Sterblichkeit (Mortalität). Ferner muss bei der Bestimmung von patientenrelevanten Endpunkten wesentlich mehr Aufmerksamkeit auf die Fähigkeit zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, der Erhaltung oder Wiedergewinnung von Lebensqualität oder Schmerzfreiheit gelegt werden. Das legt allerdings die Latte für die zu erhebenden Daten und die Methoden ihrer Auswertung relativ hoch. Der Aussagewert von Partialergebnissen über einzelne operative Eingriffe mag auf diese bezogen „hart“ sein, im Hinblick auf den Gesamtprozess der Behandlung wird ein solches Datum immer „weicher“, je komplexer sich der Prozess gestaltet. Der Behandlungsverlauf dürfte aber für die ratsuchenden Patienten in der Regel von höherem Interesse sein. Daher werden künftig auch die so genannten *Patient Reported Outcomes* eine zentrale Rolle spielen. Über den Härtegrad der auf der Basis individueller Patientenerfahrung erhobenen Daten lässt sich nur in Relation zu deren Aussagewert urteilen. Geht es um die Einhaltung bestimmter Prozessregeln bei der Diagnose oder Indikationsstellung, um das Teilergebnis im Rahmen eines bestimmten operativen Eingriffs oder um die Qualität eines gesamten, möglicherweise sogar sektorübergreifenden Behandlungsverlaufes?

Gemessen an diesem Anspruch sind in der Tat die Befunde selbst der einigermaßen aufwändig betriebenen stationären Qualitätssicherung derzeit noch unzureichend. Es zeigt sich daran, dass der Erhebung von Qualitätsdaten bisher ein spezifisches Erkenntnisinteresse der Ärzte und Einrichtungen für ihr internes Qualitätsmanagement zugrunde lag. Sobald aber die Fragen der Patienten ins Zentrum der Betrachtung rücken, verändern sich auch die methodischen Anforderungen an die Qualitätserfassung und -darstellung. Darum erscheint es gerade unter dem Vorzeichen sektorübergreifender Qualitätssicherung sinnvoll und notwendig, Indikatoren zu entwickeln, die in der Lage sind, Ergebnisse komplexer Behand-



lungsverläufe zu bündeln. Hierzu sind Abrechnungsdaten in Kombination mit Patient Reported Outcomes vermutlich ebenfalls besser geeignet als aufwändige Prozess- oder Ergebnisdokumentationen. Allerdings ist bei der sektorübergreifenden Nutzung der vorhandenen Daten die informationelle Selbstbestimmung der Patienten zu berücksichtigen. Ohne Zustimmung der Betroffenen geht da nichts!

Das wirft die abschließende Frage auf: *Wem gehören die Daten der Qualitätssicherung?* Derzeit erheben Krankenhäuser, Krankenkassen oder Ärzteorganisationen Anspruch darauf, über die Nutzung „ihrer Daten“ allein bestimmen zu können. Sie werden als „Eigentum“ derjenigen betrachtet, die sie erheben. Hier besteht aus Verbrauchersicht Klärungsbedarf. Bei der Regelung der Eigentums- und Nutzungsrechte an den Daten der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen hätte der Grundsatz zu gelten: Informationen über die Qualität von Leistungen und Einrichtungen, die im Zuge der Behandlung durch Institutionen erhoben werden, welche dafür – zumindest überwiegend – das Geld der GKV-Versicherten verwenden, gehören, sofern sie keinen Patientenbezug aufweisen, weder der erhebenden Einrichtung noch dem jeweiligen Kostenträger allein, sondern stellen ein öffentliches Gut dar, das allen frei zugänglich sein muss.