

Einschätzung der „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“

aus der Sicht der von der 77. GMK eingesetzten Arbeitsgruppe der Länder, des BMG, des G-BA und des IQWiG - unter Würdigung der Länderabfrage sowie der Voten wesentlich am Gesundheitswesen beteiligter Institutionen.

Präambel:

Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass die von der 72. GMK sehr ehrgeizig gesetzten Ziele aus dem Jahre 1999 zwar noch nicht umfassend, jedoch in einem hohen Maße z.B. durch das GMG 2004 insofern erreicht wurden, als Wege gebahnt und Maßnahmen u.a. durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu deren Umsetzung eingeleitet wurden.

Diese Feststellung basiert nicht auf einer systematischen wissenschaftlichen Bewertung, sondern spiegelt sich einerseits wider durch die Auswertung von Voten der von der Länder-AG befragten am Gesundheitswesen beteiligten wesentlichen Institutionen, andererseits durch die in der Arbeitsgruppe vertretene Fachebene von Bund und Ländern sowie durch die Einschätzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Im Hinblick auf den Zielerreichungsgrad wurden folgende (grobe) Kategorien verwendet:

- Ziel nicht erreicht
- Ziel ansatzweise erreicht
- Ziel im mittlerem Umfang erreicht
- Ziel weitgehend / überwiegend erreicht
- Ziel erfüllt.

Darüber hinaus wurde es bei einigen Zielen (5.1, 6.1, 6.2, 6.3) für notwendig erachtet, zwischen qualitativer und quantitativer Zielerreichung zu differenzieren.

Folgende Institutionen hatten sich auf Nachfrage zum erreichten Stand der Qualitätsziele geäußert:

- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Deutscher Pflegerat
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
- Bundesapothekerkammer
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
- Bundeszahnärztekammer und kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- VdAK/AEV zum Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation

Besonders auffallend sind der hohe Umsetzungsgrad der Qualitätsziele in den stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie die ebenfalls weit gediehenen Bestrebungen im Hinblick auf eine Patientenorientierung.

Insgesamt muss von einer verbesserten Grundeinstellung zum Thema Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen gesprochen werden. Viele der genannten Einstellungen und Instrumente des Qualitätsmanagements finden zunehmend Eingang in die Routine der Versorgung. Dennoch sind Weiterentwicklungen notwendig.

Der einerseits visionäre, andererseits normsetzende Charakter der „Nationalen Qualitätsstrategie“ der 72. Gesundheitsministerkonferenz hat sich somit bewährt. Eine Fortschreibung ist von daher berechtigt.

Ziel 1: Konsequente Patientenorientierung im Gesundheitswesen

Unterziel 1.1

Bis zum 1.1.2003 sind neutrale Patienteninformationssysteme über die Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Bevölkerung aufzubauen und vorzuhalten.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde ansatzweise erreicht.

Einschätzung:

Die 71. Gesundheitsministerkonferenz hat mit dieser Zielaussage die Absicht vertreten, mittels neutraler Patienteninformationssysteme den Patienten in die Lage zu versetzen, die notwendigen Kenntnisse zu erhalten, um auf möglichst gleicher Augenhöhe mit dem jeweiligen Behandler über sein Leiden sprechen zu können. Art und Ausgestaltung dieser Informationssysteme waren nicht vorgegeben.

Der ursprüngliche Ansatz dieses Ziels, eine anstehende Diagnostik oder Therapie einschätzen und zu einem ‚informed consent‘ gelangen zu können wurde sehr viel versprechend angegangen. Die ebenfalls implizierte Erwartung, auch die Wahl des Leistungserbringers (Arzt / Krankenhaus) anhand neutraler Informationssysteme vornehmen zu können, ist bisher noch nicht erreicht worden.

Es bestehen zahlreiche Patienteninformationssysteme, die überwiegend von den Leistungserbringern, den Krankenkassen und anderen Institutionen des Gesundheitswesens betrieben werden. Dadurch hat sich die fachliche Qualität dieser Patienteninformation in der letzten Zeit stetig verbessert. Von einheitlichen „neutralen“ Patienteninformationssystemen im Sinne der Fragestellung kann jedoch noch kaum ausgegangen werden. Das IQWiG hat im Februar 2006 ein Informationssystem mit allgemeingültigem Charakter ins Internet gestellt. In Anlehnung an das DISCERN-Instrument zur Bewertung von Patienteninformationen hat das ÄZQ gemeinsam mit dem Patientenforum ein Instrument zur Qualitätsbewertung von gedruckten und elektronischen Gesundheitsinformationen entwickelt („Check-In“), das seit 2004 kostenfrei zur Verfügung steht.

Unterziel 1.2

Von allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind regelmäßig Patientenbefragungen durchzuführen.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde in mittlerem Umfang erreicht.

Einschätzung:

Patientenbefragungen sind ein wesentliches Instrument des internen Qualitätsmanagements. Sie sind jedoch auch zwischenzeitlich für die externe, vergleichende Bewertung von Institutionen zu nutzen. Einheitliche Erhebungsinstrumente und Auswertungsverfahren sollten vorausgesetzt werden.

Einheitliche Patientenbefragungen gibt es in den unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht verbindlich. Allerdings kann darauf verwiesen werden, dass Patientenbefragungen als Voraussetzung für zahlreiche Zertifizierungen (z.B. für KTQ® ProQMCert, EPA, ISO, zukünftig QEP), aber auch für die Teilnahme an dem Q.S.-Verfahren zur Rehabilitation durchgeführt werden müssen. Auch im ambulanten Bereich sind Patientenbefragungen gemäß der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses als Instrument des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements obligat. Dies wird zu einer verstärkten Nutzung dieses Instruments beim Praxismanagement führen.

Unterziel 1.3

Die Spitzenorganisationen werden für die jeweils gleichen Gruppen von Leistungserbringern bis zum 1.1.2003 Empfehlungen zur Methodik, Vergleichbarkeit und Evaluation der Patientenbefragung festlegen.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde ansatzweise erreicht.

Einschätzung:

Sieht man einmal von der Festlegung ab, dass Patientenbefragungen an sich Bestandteil von Qualitätsmanagement und einer ggf. damit verbundenen Zertifizierung sind, gibt es bis auf den Bereich der Rehabilitation (hier sogar mit Vergleich der Einrichtungen) bisher keine einheitlichen Voraussetzungen.

Unterziel 1.4

Von Interessen der einzelnen Beteiligten im Gesundheitswesen unabhängige Patientenberatungsstellen sind auf Landesebene, in großen Flächenländern in angemessener Zahl so einzurichten, dass eine inhaltliche Abhängigkeit ausgeschlossen ist.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde überwiegend erreicht.

Einschätzung:

Auf der Grundlage des § 65 b SGB V sind auf Länderebene Beratungsstellen etabliert worden. Auch haben sich die Verbraucherzentralen dieses Themas verstärkt angenommen bzw. sind dazu beauftragt worden. Ob schon von einer Flächendeckung gesprochen werden kann, ist jedoch zu hinterfragen. Mit der Einführung der Institution der Patientenbeauftragten konnte auf Bundesebene ein wesentlicher Schritt in diese Richtung getan werden

Unterziel 1.5

Bis zum 1.1.2003 sind Patientenvertretungen bzw. Verbraucherschutzverbände in die Gremien usw. einzubeziehen.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde auf Bundesebene weitgehend, auf Länderebene ansatzweise erreicht.

Einschätzung:

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz sind zahlreiche institutionelle Verankerungen von Patientenbeteiligung in der Selbstverwaltung, allerdings nur in beratender Funktion, etabliert worden. Diese haben sich nach bisherigen Einschätzungen aller Beteiligten sehr bewährt. Die Vertretung von Patienten in den entsprechenden Selbstverwaltungsorganen der Länder wird zurzeit noch abgefragt, ist allerdings nur unter großen Schwierigkeiten angelaufen. Eine Weiterentwicklung der Beteiligung insbesondere in den Lenkungsgremien auf Länderebene und bei Vertragsverhandlungen wird von Patientenseite dringend gewünscht.

Insgesamt kann – abgesehen von der Länderebene - jedoch von einem deutlichen positiven Wandel der Einstellung gegenüber der Beteiligung von Patienten in den Entscheidungsgremien gesprochen werden. So haben auch die Fachgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) bei der Entwicklung von Leitlinien zunehmend Patientenvertreter einbezogen. Ebenso kann auf die Einbeziehung von Patienten bei der Entwicklung von Nationalen Versorgungsleitlinien durch Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und AWMF verwiesen werden. Gleiches gilt für die Entwicklung von Pflegestandards.

Unterziel 1.6

Bis zum 1.1.2003 ist zu entscheiden, ob der von der GMK vorgelegte „Gemeinsame Standpunkt der wesentlichen Beteiligten über Patientenrechte in Deutschland heute“ die gewünschte Wirkung entfaltet oder ob weiterführende Maßnahmen (z.B. ein Patientenschutzgesetz) zu ergreifen sind.

Umsetzungsgrad: Ziel wurde ansatzweise erreicht.

Einschätzung:

Der gemeinsame Standpunkt der wesentlichen Beteiligten im Gesundheitswesen „Patientenrechte in Deutschland“ hat zwar im Jahre 2003 mit Beschluss der entsprechenden Gremien und Institutionen (GMK, BMJ, BMGS sowie die wesentlichen Beteiligten des Gesundheitswesens) eine einheitliche Unterstützung gefunden. Er ist bisher jedoch trotz notwendigem Änderungsbedarf nicht fortgeschrieben worden. Die Gültigkeit des gemeinsamen Standpunktes ist deshalb eingeschränkt. Auch sind neuere Entwicklungen wie z.B. von Patientenrechten am Ende des Lebens nicht berücksichtigt.

Verwiesen wird auf das Gutachten der Länder Schleswig-Holstein, Hamburg, Nordrhein Westfalen und Bremen zur Notwendigkeit eines Patientenrechtgesetzes, in dem die Notwendigkeit als gegeben angesehen wird. Das Gutachten ist der Patientenbeauftragten der Bundesregierung übergeben worden mit der Bitte, es weiter zu bewerten. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

Ziel 2: Ärztliche Leitlinien und Pflegestandards für die Qualitätsentwicklung nutzen**Unterziel 2.1**

Bis zum 1.1.2005 sind ärztliche Leitlinien und Pflegestandards in der Diagnostik / Behandlung von 10 prioritären Krankheiten von den Spitzenorganisationen anzuerkennen.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde in mittlerem Umfang erreicht.

Einschätzung:

Leitlinien liegen zwischenzeitlich zahlreich und in verschiedener Qualität vor (S3 ist nur ein Qualitätsmerkmal unter vielen anderen). Durch die Tätigkeit des ÄZQ, der AWMF und des G-BA sowie des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) ist damit zu rechnen, dass der positive Prozess der Orientierung an und der Selbstverpflichtung auf ärztliche Leitlinien und Pflegestandards nicht mehr umkehrbar ist. Diese Instrumente sind in der täglichen gesundheitlichen Praxis inzwischen weitgehend bekannt, auch wenn eine offizielle Anerkennung durch die Spitzenverbände derzeit nicht für 10 prioritäre Krankheiten vorgenommen wurde. Bzgl. des sich zwischenzeitlich entwickelnden Profils sowie der Rolle des IQWiG wird auf § 139a SGB V verwiesen, hier im Besonderen auf die Aufgabenbeschreibungen u.a. „3. *Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten*; 4. *Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen*“

Unterziel 2.2

Im gleichen Zeitraum sollen sich Diagnostik und Behandlung dieser Krankheiten möglichst weitgehend an den so anerkannten ärztlichen Leitlinien bzw. Pflegestandards orientieren.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde ansatzweise erreicht.

Einschätzung:

In Deutschland fehlen bisher abgestimmte Konzepte zur Implementierung von Leitlinien und Pflegestandards. Im Rahmen der DMPs sind erstmalig strukturierte inhaltliche Eckpunkte für die Behandlung und Diagnostik von Krankheiten mit ärztlichen Leitlinien entwickelt und eingeführt worden. Pflegestandards haben bislang keinen Eingang in die DMPs gefunden. Darüber hinaus werden zunehmend Leitlinien und Pflegestandards in das Qualitätsmanagement implementiert

Ziel 3: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sektorübergreifend gestalten

Unterziel 3.1

Für prioritäre Krankheiten und Krankheitsfolgen sind bis zum 01.01.2005 sektorenübergreifende und somit durchgehende Versorgungsketten mittels ärztlicher Leitlinien bzw. Pflegestandards im Sinne integrierter Versorgungskonzepte zu entwickeln und abzustimmen.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde in mittlerem Umfang erreicht.

Einschätzung:

Zwischenzeitlich wird zwischen funktionalen Behandlungsleitlinien und organisatorischen Versorgungsleitlinien unterschieden. Verwiesen wird auf die Umsetzung der DMPs und nach Aussagen der Krankenkassen auch der Verträge zur Integrierten Versorgung, die dieser Forderung weitgehend im Sinne umfassender Leitlinien entsprechen sollen. Der sektorenübergreifende Ansatz und Anspruch wurde bislang nur begrenzt erreicht, bestenfalls wurden Schnittstellen benannt, aber noch nicht überzeugend überwunden.

Unterziel 3.2

Ihre Anwendung und Praktikabilität sowie Wirkungen und Folgen für die Versorgungsqualität sind durch die Spitzenorganisationen gemeinsam zu evaluieren.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde nicht erreicht.

Einschätzung:

Zwar ist mit der Einführung der DMPs auch eine Evaluationsnotwendigkeit verbunden, deren Umsetzung steht jedoch noch aus. Jenseits der DMPs erfolgt eine Evaluation von Leitlinien und Pflegestandards nur innerhalb einzelner Projekte.

Unterziel 3.3

Die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen zur Qualitätssicherung müssen vereinheitlicht und angepasst werden.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde im mittleren Umfang erreicht.

Einschätzung:

Durch das GMG konnte dies insbesondere durch die Übertragung der Gestaltungsverantwortung auf den G-BA (bis auf die Bereiche Rehabilitation und ambulantes Operieren) umgesetzt werden. Es wird darüber hinaus ein Optimierungsbedarf gesehen, insbesondere die Schaffung von angepassten gesetzlichen Voraussetzungen bei sektorübergreifenden Verfahren der Qualitätssicherung oder ein notwendiger Abgleich von Spezialgesetzen zur Vereinheitlichung der Rechtsgrundlagen. Zusätzlich muss die

Verbindlichkeit zur Teilnahme an gesetzlich vorgeschriebenen QS-Verfahren unabhängig von der Vertragsgrundlage gewährleistet werden.

Ziel muss es sein, dass bei gleichen Versorgungsaspekten die gleichen Maßstäbe von Qualität anzulegen sind, unabhängig von sektoralen oder vertraglichen Gegebenheiten.

Ziel 4: Qualitätsmanagement in den Einrichtungen des Gesundheitswesens stärken

Unterziel 4.1

Alle Einrichtungen führen bis zum 1.1.2005 ein an dem Stand der Wissenschaft und Technik orientiertes Qualitätsmanagement ein.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde im akutstationären wie auch im Reha-Bereich überwiegend, im ambulanten Bereich ansatzweise erreicht.

Einschätzung:

Auch hier kann auf die Vorgaben des GMGs verwiesen werden. Die Einführung ist jedoch noch nicht abgeschlossen, die Voraussetzungen sind geschaffen und die Wege besritten. Die Aussagen über die Umsetzung des Qualitätsmanagements sind abhängig von den unterschiedlichen Versorgungssektoren zu treffen. Ein Nachholbedarf des ambulanten Sektors wird konstatiert, die aktuelle Verabschiedung der Richtlinie zum Qualitätsmanagement für die ambulante Versorgung durch den G-BA zeigt den richtigen Weg auf. Insofern muss der Verweis auf den Stand der Wissenschaft und Technik noch mit Zurückhaltung bewertet werden.

Ziel 5: Datenlage zur Qualitätsbewertung verbessern

Unterziel 5.1

Bis zum 01.01.2005 werden in jeder Einrichtung des Gesundheitswesens mindestens 10 Qualitätsindikatoren adäquat erhoben und intern beurteilt.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde qualitativ und quantitativ weitgehend im akutstationären und Rehabereich, quantitativ nur ansatzweise im ambulanten Bereich erreicht

Einschätzung:

Im akutstationären Bereich ist diese Forderung über die BQS (seit 2004 im Auftrag des G-BA) mittels indikationsspezifischer Qualitätsindikatoren überwiegend für operative Leistungsbereiche im Wesentlichen erfüllt. Auf die zunehmende Wechselwirkung zwischen Leitlinien und der Entwicklung geeigneter Indikatoren im akutstationären Bereich wird hingewiesen. Im ambulanten Bereich kann nur vereinzelt von der Erhebung entsprechender Qualitätsindikatoren gesprochen werden. Es kann z.B. auf die Initiative der Hausärzte (EPA/TOPAS) oder auf bestimmte einzelne Verfahren wie z.B. bei der Dialyse oder Sonographie verwiesen werden.

Unterziel 5.2

Die beteiligten Spitzenorganisationen entscheiden bis zum 01.01.2003, welche qualitätsorientierten Indikatoren für die jeweiligen Bereiche genutzt werden, fassen diese nach einheitlichen Vorgaben mehrstufig (einrichtungsintern, regional, bundesweit) zusammen und führen diese bis zum 01.01.2005 in ein Benchmarking-System ein.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde in mittlerem Umfang erreicht, (weitgehend im akutstationären und Rehabereich, nur ansatzweise im ambulanten Bereich)

Einschätzung:

Erneut wird auf die positive Entwicklung im stationären und auf die schwierige, aber auch noch nicht systematisch aufgegriffene Entwicklung im ambulanten Bereich verwiesen. Begrüßenswert ist das vom BMGS geförderte Modellprojekt. Die Verfahren der BQS werden als wichtiger Schritt angesehen, das Verfahren der konkreten Rückmeldung an das einzelne Krankenhaus im Verhältnis zu der anonymisierten Gesamtübersicht der übrigen Häuser werden als Ansatz eines Benchmarking gewertet. Die Teilnahme an Ringversuchen (z.B. bei Apotheken und Laboren) werden nicht als Benchmarking angesehen.

Im ambulanten Bereich gibt es zurzeit kein einheitliches Verfahren und kein Benchmarking-System. Vorhandene Modelle aus dem Ausland werden von einzelnen Fachgesellschaften erprobt. Neue diesbezügliche Initiativen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind zu begrüßen, sollten jedoch die Vorarbeiten der verschiedenen Fachgesellschaften berücksichtigen. Insgesamt ist zu konstatieren, dass es bislang kein ‚echtes‘ flächendeckendes Benchmarking gibt.

Ziel 6: Qualität darlegen

Unterziel 6.1

Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens dokumentieren bis zum 01.01.2003 in jährlichen Qualitätsberichten die Qualität ihrer Leistungen und veröffentlichen diese in geeigneter Form.

Unterziel 6.2 Darlegung der Qualität nach Kriterien, die bundesweit abgestimmt sind

Unterziel 6.3 Veröffentlichung von Landesqualitätsberichten

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde im akutstationären Bereich quantitativ und qualitativ weitgehend erreicht, im ambulanten Bereich besteht qualitativer und quantitativer Nachholbedarf.

Einschätzung:

Durch das GMG sind verbindliche Vorgaben für die Einführung von Qualitätsberichten in Krankenhäusern gesetzt worden (z.B. für Krankenhäuser nach § 137 SGB V erstmals in 2005 für das Jahr 2004). Auch die zwischenzeitlich akzeptierten Zertifizierungsverfahren enthalten eine einheitlich konsentrierte Berichtsstruktur. Diese Vorgaben wurden von den Krankenhäusern überwiegend umgesetzt. Die inhaltliche Ausgestaltung der Berichte zeigt jedoch einen Weiterentwicklungsbedarf auf, z.B. bei der Zielgruppenspezifität und Risikoadjustierung, im Hinblick auf eine Verbesserung der Vergleichbarkeit sowie inhaltliche Modifikationen. Im ambulanten Bereich ist das Berichtswesen erst im Ansatz verwirklicht, Qualitätsberichte der Leistungserbringer werden nicht real abgefordert bzw. nur vereinzelt auf freiwilliger Basis vorgelegt. Ähnliches gilt im Reha-Bereich.

Bundesweit abgestimmte Kriterien zur Darlegung der Qualität der Einrichtungen, die eine Transparenz für die Entscheidung der Patientinnen und Patienten ermöglichen, wurden bisher weder für den stationären noch für den ambulanten Bereich vereinbart.

Verwiesen wird auf die neuen Qualitätsberichte der Kassenärztlichen Vereinigungen und bestimmter Fachgesellschaften. Qualitätsberichte von Gesundheitsressorts der Bundesländer wurden nur vereinzelt erstellt (z.B. in Baden-Württemberg). Die Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung erstellen Berichte über die Umsetzung der Regelungen zur externen Qualitätssicherung in den Krankenhäusern, die eine Transparenz für eine informierte Patientenentscheidung ermöglichen sollen.

Ziel 7: Qualitätsorientierte Steuerung weiterentwickeln

Unterziel 7.1

Der Gesetzgeber bzw. die Körperschaften der Selbstverwaltung werden unter Einbeziehung von Forschung und Wissenschaft bis zum 01.01.2008 Möglichkeiten prüfen und Kriterien weiterentwickeln bzw. entwickeln, nach denen Planungen, Zulassungen, Kündigungen von Versorgungsverträgen und/oder Vergütungen soweit wie möglich auch an Qualitätskriterien gekoppelt werden. Dabei sind besonders die Auswertungen von Ergebnisqualitäten zu berücksichtigen.

Zielerreichungsgrad: Das Ziel wurde ansatzweise, der Zielzeitpunkt noch nicht erreicht.

Einschätzung:

Vertragsärzte müssen regelmäßig ihre entsprechende Qualifikation nachweisen, z.B. im Rahmen der Abrechnung, im Rahmen von Mammographie- und Koloskopiescreening oder Hygieneüberprüfungen. Auch in die Qualitätssicherungsvereinbarungen für Krankenhäuser gemäß § 137 SGB V wurde zwischenzeitlich eine Regelung zum Nachweis der Fortbildungsverpflichtung für Krankenhausärzte aufgenommen (siehe auch Ziel 11). Bei der Ausgestaltung von Verträgen zur Integrierten Versorgung hängt es von den Vereinbarungen ab, inwieweit Qualitätsvorgaben Voraussetzung sind.

Der angegebene Zeitraum bis 2008 ist noch nicht beendet. Im akutstationären und Rehabilitationsbereich kann jedoch auf die *Vereinbarungen gem. § 137 Abs. 1 SGB V sowie § 137d Abs. 1 und 1a SGB V* verwiesen werden. Bei Nichtbeteiligung oder Nichtlieferung von Daten können den Einrichtungen zum Teil nicht unerhebliche Abschläge in Rechnung gestellt werden. Im Falle von sich nicht verändernden auffälligen Qualitätsindikatoren werden mit den Einrichtungen sog. ‚strukturierte Dialoge‘ geführt und ggf. Begehungen vorgenommen. Die seit 1. Januar 2006 geltende „*Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen*“ des G-BA zeigt ebenfalls den Weg zur Umsetzung des Ziels auf.

Ferner gibt es in einzelnen Ländern insbesondere im stationären Bereich über die Landeskrankenhausplanung entsprechende Qualitätsanforderungen, die auch mit der Option der Kündigung von Versorgungsverträgen gekoppelt werden. Als Beispiel wird die Zulassung von Brustzentren in Nordrhein-Westfalen hervorgehoben.

Ziel 8: Weitere Anreize zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung setzen

Unterziel 8.1

Auf Landes- und Bundesebene sollen ab dem 01.01.2001 besonders vorbildliche Beispiele für die Implementierung von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen mit Qualitätspreisen gewürdigt werden können.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde überwiegend erreicht.

Einschätzung:

Ein Großteil der Bundesländer hat entsprechende Preise ausgelobt und vergibt diese regelmäßig. In den Berichten der Länder wurde über hohe Bewerbungszahlen für diese Preise berichtet. Dies spricht für eine hohe Akzeptanz dieser Ehrungen. Verwiesen wird z.B. auf den Berliner Gesundheitspreis, der von der Ärztekammer Berlin und der AOK vergeben wird sowie auf den Golden Helix Award. Einen bundesweiten Qualitätspreis für das Gesundheitswesen gibt es nicht.

Ziel 9: Unterstützung und Moderation für die Qualitätsentwicklung

Unterziel 9.1

Zur regionalen Unterstützung der Qualitätsmanagementprozesse in den Einrichtungen und der Abstimmung von Versorgungsketten werden auf Landesebene oder in Kooperation zwischen verschiedenen Ländern bis zum 01.01.2005 wissenschaftlich ausgerichtete, neutrale Beratungseinrichtungen für die Qualitätsentwicklung unter Einbeziehung der öffentlichen Hand und der Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens weiterentwickelt.

Zielerreichungsgrad: Das Ziel wurde nicht erreicht.

Einschätzung:

Die 72. GMK hat mit dieser These bewirken wollen, dass Instanzen auf Landesebene gebildet werden, die die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung neutral beraten, Maßnahmen evaluieren und aktiv vor Ort unterstützen. Damit sollte der Entwicklung von Qualitätsmanagementsystemen und ihrer Nachhaltigkeit eine entsprechende Unterstützung gewährt werden.

Aus der damaligen Sicht war nicht zu vermuten, dass sich eine solche unterstützende und bewertende Organisation auf Bundesebene eher durchsetzen lassen würde als auf Länderebene. Von daher hat die Entwicklung über die Einrichtung eines Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit zum Gesundheitswesen eine andere Richtung genommen. Die Aktivitäten des IQWiG erstrecken sich nicht auf die regionale Ebene. Somit sind nicht kommerziell agierende, wissenschaftlich ausgerichtete und neutrale Beratungseinrichtungen bisher nicht auf Landesebene etabliert worden. Auf Länderebene gibt es jedoch über die Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung beratende Institutionen, die als sinnvoll und hilfreich erachtet werden, jedoch nicht den allgemeinen Charakter haben, der von der 72. GMK angedacht worden ist. Die Geschäftsstellen sind überwiegend nur für die externe Qualitätssicherung im Krankenhaussektor zuständig und haben auch nur für diesen Bereich eine beratende Funktion. Insofern ist dieses Ziel zwar nicht erreicht, aber wichtige Aspekte auch durch das Unterziel 9.2 inhaltlich umgesetzt worden.

Unterziel 9.2

Bis zum 01.01.2003 wird auf Bundesebene ein Kompetenzzentrum für Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen z.B. in Form eines Netzwerkes der vorhandenen einschlägigen Einrichtungen oder als eigenständige Institution etabliert.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde im mittleren Umfang erreicht.

Einschätzung:

Der Bedarf für ein Kompetenzzentrum bleibt bestehen. Durch die Etablierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist eine positivere Entwicklung entstanden, als sie 1999 von der 72. GMK mit der Idee eines Netzwerkes erwartet wurde. Die Grundidee eines umfassenden Netzwerkes sollte weiter verfolgt werden.

Ziel 10: Verstärkte Koordination bei der Umsetzung von Qualitätszielen auf Bundes- und Länderebene**Unterziel 10.1**

Die Koordination bei der Umsetzung der Qualitätsziele auf Bundesebene wird der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) bei gleichberechtigter Mitgliedschaft der Pflege übertragen. Patientenvertretungen bzw. Verbraucherschutzverbände sind zu beteiligen.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde überwiegend erreicht.

Einschätzung:

Die AQS ist inzwischen als eigenständige Organisation nicht mehr existent, ihre Aufgaben sind in den G-BA integriert worden. In der AQS waren die damaligen Forderungen zur Beteiligung der Patienten und der Pflege aufgegriffen worden. Für den Bereich der stationären Qualitätssicherung (§ 137 SGB V) wurde gesetzlich vorgegeben, dass die Beschlüsse des G-BA unter Beteiligung der Pflege und der Bundesärztekammer zu treffen sind. Durch die Beteiligung der Patientenvertreter im G-BA sind diese ebenfalls an der Umsetzung der Qualitätsziele auf Bundesebene beteiligt. Die Pflege ist im G-BA nicht stimmberechtigt, die Bundesärztekammer nicht vertreten.

Unterziel 10.2

Entsprechend der Zusammensetzung auf Bundesebene werden auch auf der Ebene der Länder Arbeitsgemeinschaften zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin gebildet. Die Koordination erstreckt sich insoweit auf die in den einzelnen Versorgungsbereichen zur Umsetzung erforderlichen Verträge.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde ansatzweise erreicht.

Einschätzung:

In Umsetzung der gesetzlichen Möglichkeit nach § 137 SGB V sind auf Länderebene entsprechende Stellen geschaffen worden. Ihre Arbeit beschränkt sich aber allein auf die Maßnahmen der externen stationären Qualitätssicherung. Eine Einbindung der Pflege sowie der Patientenseite besteht nicht.

Unterziel 10.3

Die Mitgliederorganisationen haben der AQS und den Arbeitsgemeinschaften auf Ebene der Länder regelmäßig über die Umsetzung in ihrem jeweiligen Wirkungsbereich zu berichten. Im Jahr 2005 wird der erreichte Stand in einer nationalen Konferenz zum Qualitätsmanagement dargelegt, bewertet und eine Fortschreibung angestrebt.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde vollständig erreicht.

Einschätzung:

Zwar hat die AQS nicht im gewünschten Sinne über die Umsetzung im jeweiligen Wirkungsbereich berichtet. Allerdings wurde über die Entwicklung und Einführung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungsmaßnahmen berichtet sowie Defizite festgestellt. Die Führung der Projektdatenbank mit den gemeldeten und aktualisierten Projekten wurde vom G-BA übernommen.

Es kann herausgehoben werden, dass im Jahr 2001 von der AQS ein erster nationaler Qualitätskongress in Bremen durchgeführt worden ist. Im Rahmen der Konferenz wurde über den Stand der Qualitätssicherung berichtet und über die Weiterentwicklung diskutiert. Eine zweite Nationale Qualitätskonferenz ist seitens des G-BA in Planung und für 2007 vorgesehen. Die inhaltlichen Schwerpunkte stehen noch nicht fest.

Ziel 11: Professionalität auf dem Gebiet von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement weiterentwickeln

Unterziel 11.1

Bis zum 01.01.2005 sind in den Aus-, Weiter- und Fortbildungsregelungen für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen ein definierter Anteil der vorgesehenen Zeiten mit Themen des Qualitätsmanagements zu belegen.

Zielerreichungsgrad: Ziel wurde in mittlerem Umfang erreicht.

Einschätzung:

Im ärztlichen Bereich wurde eine entsprechende Zusatzweiterbildung entwickelt. Die Integration von Qualitätsmanagement in die einzelnen Facharztausbildungen ist erfolgt, jedoch nicht strukturiert. Neu ist auch die gesetzliche Verpflichtung zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus durch das GMG, die sich nach den Vorstellungen des G-BA qualitätssteigernd auf die ärztliche Fortbildung auswirken wird.

Dagegen wurde in der Pflege über das neue Krankenpflegegesetz und durch die Ausgestaltung der entsprechenden Prüfungsordnungen in den Ländern die Thematik des Qualitätsmanagements mit einem festgelegten Ausbildungsanteil berücksichtigt. Für andere Gesundheitsfachberufe gilt dies in Form der entsprechenden Prüfungsordnungen zum Teil ebenso. In der Ausbildung der Arzthelferinnen ist das Thema Qualitätsmanagement ebenfalls verankert.

Die Bremer Berufsordnung verpflichtet bereits examinierte professionell Pflegende zum Nachweis ihrer Kompetenzerhaltung; hierzu wird explizit die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgewiesen.

Die Leitlinien der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung wurden in den Dritten Abschnitt der Ausbildung zum Apotheker bereits aufgenommen. Darüber hinaus existieren im Apothekerbereich zahlreiche Curricula für zertifizierte Fortbildungen mit Qualitätsinhalten.