

■ DR. MED. SUSANNE JOHNA

Die Qual mit der Qualität

Die meisten von uns sind Ärztinnen geworden, um kranken Menschen helfen zu können. Alle anderen Gründe wie wissenschaftliches Arbeiten, Karrieregedanken oder finanzielle Überlegungen stehen im Vergleich dazu meist im Hintergrund. Diese hohe intrinsische Motivation ist auch in der Pflege weit verbreitet und wird gerade bei Frauen manchmal als „Helfersyndrom“ belächelt. Ohne diese Motivation hätten wir aber nicht die hohe Leistungsbereitschaft, die wir sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhaus oder an anderer Stelle tagtäglich für unsere Patientinnen und Patienten unter Beweis stellen. Wir sind bereit, Überstunden zu leisten und uns kontinuierlich fortzubilden, weil unser Ziel eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist. Insofern wurde der Aufruf der Bundesregierung zu einer Qualitätsoffensive aus der Ärzteschaft selbstverständlich begrüßt. Endlich ging es mal nicht ausschließlich um Effizienzsteigerung, Kosten oder Abrechnungsmodalitäten.

Die deutsche Ärzteschaft hatte sich schon seit Jahrzehnten mit dem Thema Qualität der Patientenversorgung auseinandergesetzt und viele sinnvolle Maßnahmen ins Leben gerufen wie etwa die Einführung von Critical-Incident-Reporting-Systemen (CIRS) oder die Durchführung von Peer-Review-Verfahren. Ebenso konnte in verschiedensten Untersuchungen der Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung und Ergebnisparametern in der Krankenhausversorgung gezeigt werden. Leider wurde aber die Ärzteschaft in die inhaltliche Befassung mit sinnvollen Qualitätsparametern nicht einbezogen.

Unausgereifte Parameter sollen Qualität erfassen...

Mit der Verabschiedung des Krankenhausstrukturgesetzes wurde dann schnell klar, worum es bei dieser Qualitätsoffensive wirklich geht. Im Fokus steht nicht etwa die Behandlungssi-

cherheit oder die Versorgungsqualität unserer Patientinnen und Patienten; im Vordergrund steht die Erfassung von methodisch unausgereiften Parametern, um aus ihnen auf die Qualität der Patientenversorgung zu schließen. Mit über 400 Indikatoren soll in der externen Qualitätssicherung der subjektive Begriff Qualität, der in der Regel die Übereinstimmung einer Leistung oder eines Gutes mit den Erwartungen meint, nun durch Quantifizierung objektiviert werden. Zunächst betrifft dies zwar im Wesentlichen das Krankenhaus, aber man darf wohl sicher sein, dass der Wunsch nach immer mehr Daten früher oder später auch im niedergelassenen Bereich dazu führen wird, dass die ärztliche Arbeitszeit am Patienten, die nun mal am allerwichtigsten für eine hochwertige Patientenversorgung ist, zugunsten von noch mehr Bürokratie weiter reduziert wird. Die Dokumentationszeit und auch die Kosten der externen Qualitätssicherung werden in der Diskussion vollkommen vernachlässigt.

...und die Daseinsvorsorge weiter reduzieren

Der Gesetzgeber hat zur Umsetzung seines Ziels der Qualitätsoffensive sogar ein neues Institut gegründet. Das IQTIG (Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen) soll im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Qualitätsindikatoren weiterentwickeln und Pay for Performance (P4P) mit Qualitätszuschlägen oder -abschlägen einführen, obschon weder ein von der Bundesregierung beauftragtes Gutachten noch internationale Erfahrungen die Wirksamkeit von P4P in der stationären Versorgung belegen. Gleichzeitig sollen die Daten der externen Qualitätssicherung den Krankenhausplanungsbehörden der Länder zur Verfügung gestellt werden, um bei vermeintlich schlechter Qualität die Schließung von Fachabteilungen oder ganzen Krankenhäusern zu ermöglichen. Damit wird das eigentliche Ziel der Bundesregierung klar: Unter dem Deckmantelchen der Qualitätsoffensive soll der G-BA für das missbraucht werden, was sich die Politik vor Ort nicht traut, näm-



Foto: Andrea Friedrich

Dr. med. Susanne Johna

lich die Daseinsvorsorge weiter zu reduzieren und Krankenhäuser zu schließen.

Fazit: Die Qualitätsoffensive der Bundesregierung ist kein geeignetes Instrument, um Qualitätsverlusten in unserer Gesundheitsversorgung zu begegnen, die dem reinen Preiswettbewerb im Dienste der Ökonomisierung geschuldet sind. Das Wohl unserer Patientinnen und Patienten hängt also weiter an uns und unserer intrinsischen Motivation, die wir uns nicht nehmen lassen sollten. Nur so können wir uns für die Patientenversorgung und die Forderung nach dem einsetzen, was wir unbedingt brauchen: Mehr Zeit für unsere Patientinnen und Patienten.

Dr. med. Susanne Johna ist Fachärztin für Innere Medizin, Gesundheitsökonomin (EBS) und Oberärztin für Krankenhaushygiene im St. Josefs-Hospital in Rüdesheim. Sie ist Mitglied im DÄB und berufspolitisch aktiv im Marburger Bund. Seit 2013 ist sie Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen und seit 2016 Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK).