



HESSISCHER LANDTAG

29. 06. 2022

Kleine Anfrage

Dr. Daniela Sommer (SPD) vom 23.05.2022

Informationsmangel im Gesundheitswesen

und

Antwort

Minister für Soziales und Integration

Vorbemerkung Fragestellerin:

Bürgerinnen und Bürger fühlen sich bei der Suche nach einer Arztpraxis, einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung nicht ausreichend informiert – dies zeigen Studien (z.B. KomPaS-Studie 2021) und Umfragen wie beispielsweise die Befragung von Kantar Emnid im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Der Wunsch, dass Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gesetzlich dazu verpflichtet werden sollten ihre Qualitätsdaten offenzulegen, wird in diesen Umfragen klar benannt.

Diese Vorbemerkung der Fragestellerin vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Frage 1. Welche Möglichkeiten gibt es bisher für Bürgerinnen und Bürger sich zuverlässig und sicher über die Qualität von Ärztinnen und Ärzten, Alten- und Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten in Hessen zu informieren?

Die Bürgerinnen und Bürger können sich über den Pflegeheimnavigator der AOK bzw. über den Pflegelotsen (jeweils über Internetseiten abrufbar) des Verbandes der Ersatzkassen über Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste informieren. Auf der dazugehörigen Internetseite sind neben den Angaben zu den Preisen auch die jeweils aktuellen Prüfberichte des Medizinischen Dienstes hinterlegt. Darüber hinaus können sie sich auf → www.heimverzeichnis.de über die Qualität der dort aufgeführten Pflegeheime informieren. Das Heimverzeichnis wird von der gemeinnützigen Gesellschaft zur Förderung der Lebensqualität im Alter und bei Behinderung GmbH betrieben. Sie vergibt das bundesweit einzige Qualitätszeichen für Lebensqualität im Alter, den sogenannten „Grünen Haken“, an Pflegeheime und Seniorenresidenzen.

Seit 2005 sind die Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, einen Qualitätsbericht zu erstellen und diesen – auffindbar auf ihrer Homepage – zu veröffentlichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser“ detaillierte Regelungen zur Ausgestaltung des Qualitätsberichts getroffen. In diesen Qualitätsberichten informieren die Krankenhäuser über ihre Arbeit und ihre Strukturen. Sie enthalten Angaben zum Diagnose- und Behandlungsspektrum, zur Häufigkeit einer Behandlung, zur Personalausstattung, zur Anzahl der Komplikationen sowie zur Barrierefreiheit. Die Angaben in den Qualitätsberichten lassen sich beispielsweise von Patientinnen und Patienten nutzen, um Krankenhäuser zu vergleichen und das Passende auszuwählen. Es gibt im Internet spezielle Krankenhaus-Suchmaschinen, auch Krankenhaus-Vergleichsportale werden genannt. Sie bereiten die Daten für Patientinnen und Patienten auf und helfen, die gewünschten Informationen zu finden. Die Internetseite G-BA bietet einen Überblick über verschiedene Krankenhaus-Suchmaschinen. Die Suchmaschinen greifen auf die Daten der Qualitätsberichte zurück. Es lässt sich z.B. nach einem Ort und einer Erkrankung suchen und anhand dieser Suchparameter können Krankenhäuser dann verglichen werden.

Unabhängige und zuverlässige Informationsquellen, die Rückschlüsse auf die Qualität der Arbeit einzelner Ärztinnen und Ärzte ermöglichen, gibt es nicht. Dies ist nicht verwunderlich, denn gerade aus Sicht der Patientinnen und Patienten weist die Qualität der Behandlung auch viele subjektive Aspekte auf.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass keine Rückschlüsse auf die Qualität der ärztlichen Arbeit möglich sind. Viele Untersuchungen und Behandlungen im ambulanten vertragsärztlichen Bereich unter-

liegen zusätzlichen Qualitätsanforderungen. So müssen Ärztinnen und Ärzte regelmäßig ihre Qualifikation nachweisen. Neben dem fachlichen Wissen werden auch die Geräte und die Hygiene in den Praxen kontrolliert und gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge gemacht. Die Qualität der ärztlichen Behandlung wird auf diese Weise regelmäßig überprüft, so dass die Patientinnen und Patienten davon ausgehen können, dass die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte auf einem hohen Qualitätsniveau arbeiten.

Inzwischen werden viele medizinische Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erbracht. Patientinnen und Patienten werden im Verlauf einer Behandlung häufig in beiden Sektoren versorgt. Auch für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung gibt es daher mittlerweile eine Reihe von Maßnahmen.

Frage 2. Gesetzlich Versicherte können erst die ärztlich eingetragene Diagnose in Form der ICD-10 Nummer sehen, wenn sie ihre Krankenakte bei der Krankenkasse auf Verlangen einsehen. Inwiefern will die Landesregierung dafür Sorge tragen, die Diagnosen für Patientinnen und Patienten nachvollziehbarer und transparenter zu gestalten?

Frage 3. Inwiefern will sich die Landesregierung dafür einsetzen, die Transparenz für die Abrechnung der Leistungen bei gesetzlich Versicherten zu erhöhen?

Die Fragen 2 und 3 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Gemäß § 305 Abs. 1 SGB V unterrichten die Krankenkassen die Versicherten auf deren Antrag über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten.

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren haben gemäß § 305 Abs. 2 SGB V die Versicherten auf Verlangen in verständlicher Form entweder schriftlich oder elektronisch, direkt im Anschluss an die Behandlung oder mindestens quartalsweise spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind, über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten (Patientenquittung) zu unterrichten. Dieses gilt auch für die vertragszahnärztliche Versorgung.

Frage 4. Wie beurteilt die Landesregierung den Vorschlag von Expertinnen und Experten, dass alle Einrichtungen im Gesundheitswesen gesetzlich dazu verpflichtet werden sollen, Qualitätsberichte und -daten offenzulegen?

Es ist positiv zu bewerten, dass die Krankenhäuser seit 2005 gesetzlich verpflichtet sind, Qualitätsberichte zu erstellen. Diese Qualitätsberichte werden veröffentlicht und sind unter anderem auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abrufbar.

Wie in der Antwort zu Frage 1 dargestellt, wird die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung und zunehmend auch die der sektorenübergreifenden Versorgung durch Maßnahmen der Qualitätssicherung gewährleistet. Hier werden auch Berichte erstellt, die jedoch nicht veröffentlicht werden müssen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Details der Qualitätsberichte für Laien nur schwer zu interpretieren sind. Gleichzeitig ist zu bedenken, welchen Bürokratieaufwand eine solche Berichtspflicht für die Vertragsarztpraxen bedeuten würde.

Frage 5. Inwiefern will sich die Landesregierung dafür einsetzen, dass Qualitätseinschätzungen durch sogenannte PREMs [= Patient Reported Experience Measures] und PROMs [= Patient Reported Outcome Measures] stärker in die Qualitätssicherung einfließen?

Die Patientinnen und Patienten sollen in Krankenhäusern, Arzt- und Zahnarztpraxen qualitativ hochwertig und auf dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse versorgt werden. Hierzu hat der Gesetzgeber den G-BA mit zahlreichen Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung betraut. Der G-BA entwickelt Verfahren, mit denen man die Qualität der medizinischen Versorgung messen, darstellen und vergleichen kann. Bei seinen Aufgaben zur Qualitätssicherung wird der G-BA von dem fachlich unabhängigen Institut nach § 137a SGB V, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), unterstützt. Mittels Qualitätsindikatoren lassen sich die medizinische Qualität in einem Krankenhaus oder in einer Praxis messen, darstellen und vergleichen. Welche Kriterien das sind und warum gerade sie in Frage kommen, untersucht das IQTIG und legt entsprechende Verfahren und Instrumente fest. Die wissenschaftlichen Arbeitsgrundlagen des IQTIG stellen hierbei die Methodischen Grundlagen dar. Sie umfassen die allgemeinen Methoden für die Entwicklung und Weiterentwicklung von Maßnahmen der Qualitätssicherung durch das IQTIG. In den Methodischen Grundlagen ist beispielsweise festgehalten, wie das Institut die Patientenperspektive in die Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen einbindet, welche statistischen Analysemethoden angewendet und nach welchen Prinzipien Patientinnen- und Patientenbefragungen entwickelt werden. Patientinnen- und Patientenbefragungen haben sich als wesentliches Bewertungsinstrument medizinischer Behandlungen etabliert und auch Einzug in die Qualitätssicherung gehalten. Die Qualität einer Behandlung, die für Patientinnen

und Patienten durchgeführt wird, kann nicht ohne die Stimme der Patientinnen und Patienten selbst beurteilt werden.

Ziel der Patientinnen und Patientenbefragungen des IQTIG ist, bestimmte Inhalte zu erfragen, die aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung gehören. Dazu zählen Ergebnisse und Ereignisse der Versorgung, wie zum Beispiel Fragen zu Schmerzen oder Inhalten von bestimmten Aufklärungsgesprächen. Der Faktor „Zufriedenheit“ steht dabei nicht im Vordergrund. Vielmehr sollen anhand konkreter Gegebenheiten und Erlebnisse der Patientinnen und Patienten qualitätsrelevante Merkmale der Versorgung abgebildet werden.

Die Fragebögen durchlaufen einen mehrstufigen Entwicklungsprozess. Für jedes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) werden individuelle Fragebögen entwickelt, die sich an den Zielen des jeweiligen QS-Verfahrens und den Inhalten der Versorgung orientieren.

Bei den Verfahren QS Net (Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen), QS PCI (Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie) und QS-Verfahren Schizophrenie werden bereits Patientinnen und Patientenbefragungen durchgeführt. Es werden aktuell Fragebögen für Patientinnen und Patientenbefragungen für QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie und Entlassmanagement entwickelt.

Obige Darstellung macht deutlich, dass bereits heute auf ein standardisiertes und validiertes Instrument der Patientinnen- und Patientenbefragung zum Zwecke der Qualitätssicherung zurückgegriffen wird und in Zukunft in weiteren Verfahren zum Einsatz kommen wird.

Frage 6. Was plant die Landesregierung, um die Koordination für bzw. Steuerung der Patientinnen und Patienten durch das Gesundheitssystem zu vereinfachen?

Üblicherweise ist es die Aufgabe der Hausarztpraxis, ihre Patientinnen und Patienten im Sinne eines Lotsen bei ihrer medizinischen Versorgung zu unterstützen.

Nach § 73 Abs. 1 SGB V beinhaltet die hausärztliche Versorgung insbesondere

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung einer Patientin bzw. eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfelds; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

Es liegt in der Entscheidungshoheit der Patientinnen und Patienten, ob sie dieses hausärztliche Versorgungsangebot annehmen oder nicht.

Daneben gibt es für verschiedene Erkrankungen Disease-Management-Programme (DMP), d.h. strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, basierend auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin. Die DMP sollen chronisch Erkrankten dabei helfen, ihre Erkrankung in den Griff zu bekommen und die Lebensqualität zu verbessern und zu erhalten. Die Teilnahme an DMP ist für die Versicherten freiwillig.

Zusätzlich bieten die Krankenkassen im Rahmen von Verträgen nach § 140a ff. SGB V für verschiedene Krankheitsbilder eine besondere Versorgung an. Die Versicherten können freiwillig an diesen besonderen Versorgungsangeboten ihrer Krankenkasse teilnehmen.

Eine Notwendigkeit für darüberhinausgehende Angebote des Landes auf diesem Gebiet wird nicht gesehen.

Frage 7. Viele Bürgerinnen und Bürger wissen nicht an wen sie sich bei möglichen Behandlungsfehlern wenden können. Wie will die Landesregierung diesem Informationsdefizit entgegenwirken?

Frage 8. Was plant die Landesregierung, um Patientinnen und Patienten stärker über ihre Rechte aufzuklären und die Patientensouveränität zu stärken?

Die Fragen 7 und 8 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bürgerinnen und Bürger erhalten auf zahlreichen Homepages zuverlässiger Akteure des Gesundheitssystems Informationen, was sie bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler unternehmen bzw. an wen sie sich wenden können. So geben das Bundesministerium für Gesundheit, die Unabhängige Patientenberatung (UPD) und auch zahlreiche Krankenkassen praktische Tipps. Auch die Verbraucherzentrale widmet sich diesem Thema umfänglich und gibt den Bürgerinnen und Bürgern entsprechende Handlungsempfehlungen.

Die Krankenkassen sollen gemäß § 66 SGB V die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen. Die Unterstützung der Krankenkassen kann insbesondere Prüfung der von den Versicherten vorgelegten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität, mit Einwilligung der Versicherten die Anforderung weiterer Unterlagen bei den Leistungserbringern, die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 4 SGB V sowie eine abschließende Gesamtbewertung aller vorliegenden Unterlagen umfassen.

Wiesbaden, 28. Juni 2022

Kai Klose