

Grußwort

von

**Dr. Josef Siebig**

Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses

zur Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses

am 28. November 2011

Es gilt das gesprochene Wort.

Guten Morgen, meine sehr verehrten Damen und Herren,

zur diesjährigen Qualitätssicherungskonferenz des G-BA, die wir bereits zum dritten Mal in Folge durchführen, begrüße ich Sie alle hier im Hotel Berlin ganz herzlich.

Wenn ich in den Saal schaue, dann darf ich erfreut feststellen, dass das Interesse am Thema Qualitätssicherung und speziell an unserer Konferenz weiter gewachsen ist. An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Beteiligten und Organisatoren, die diese Konferenz maßgeblich vorbereitet haben, für die bisher geleistete Arbeit bedanken.

Im Mittelpunkt unserer Konferenz steht - nomen est omen - das komplexe Thema der Sicherung medizinischer Behandlungsqualität. Komplex ist es schon deshalb, weil die Qualitätssicherung kein einheitliches Gebilde darstellt, sondern - wie im richtigen Leben - mit vielfältigen Strukturen und Erscheinungsformen aufwartet.

Wird diese heterogene QS-Landschaft nach dem Merkmal der Verbindlichkeit geordnet, so lässt sie sich in eine freiwillige sowie in eine gesetzlich verpflichtende QS unterteilen.

Beispiele für freiwillige Maßnahmen sind QSR (Qualitätssicherung mit Routinedaten), IQM (Initiative **Q**ualitäts**m**edizin) und AQUIK (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen).

Gesetzlich verpflichtend sind beispielsweise die QS nach der Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung, die Vereinbarungen der Partner der BMV zur Qualitätssicherung und „last but not least“ die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zu QS-Maßnahmen.

Diese Aufzählung verdeutlicht zweierlei: Sie zeigt erstens die Vielfalt, mit der wir es in der „QS-Welt“ zu tun haben und erinnert zweitens daran, dass der G-BA hierbei ein wichtiger, jedoch nicht der einzige Player ist.

Welche Rolle nimmt nun der G-BA in diesem Konzert ein? Ein Schwerpunkt seiner gesetzlichen Aufgaben liegt in der Durchführung einrichtungsübergreifender QS-Maßnahmen, die insbesondere das Ziel verfolgen, die Versorgungsqualität zu verbessern. Der G-BA steht dabei mit seinem Handeln in einem konkurrierenden und befruchtenden Verhältnis zu den freiwilligen und den anderen verbindlichen Maßnahmen. Er „konkurriert“ mit anderen Akteuren um die Entwicklung nachhaltiger Qualitätsindikatoren, er gibt freiwilligen Initiativen mit seinen Methoden und Ergebnissen Orientierung, wie er auch umgekehrt von diesen wichtige Impulse erhält. Nach meiner Auffassung kann auf gesetzliche Maßnahmen verzichtet werden, soweit die freiwillige Qualitätssicherung zu befriedigenden und stetigen Ergebnissen führt.

Ich komme nun zurück zu dem vom G-BA normierten Teil der verpflichteten Qualitätssicherung. Das Arbeitsfeld des G-BA läßt sich grob in drei Aufgabengebiete unterteilen: erstens die Systempflege, zweitens die Weiterentwicklung bestehender Richtlinien und drittens die Neuentwicklung sektorenübergreifender Maßnahmen.

Für die Systempflege bestehender, sektorenspezifischer Verfahren wird ein erheblicher Teil der Ressourcen aufgewendet. Die Pflege und laufende Anpassung sind mithin deutlich aufwändiger, als dies auf den ersten Blick scheinen mag.

Unter der Überschrift „Weiterentwicklung bestehender Richtlinien“ findet sich im stationären Bereich beispielsweise der Beschluss zum Follow-up im Rahmen der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern. Dieser dient zur Testung der Strukturen sowie des Datenflusses sektorenübergreifender Ansätze durch die Zusammenführung verschiedener Leistungsbereiche. Im ambulanten Sektor will ich beispielhaft auf die kurzfristige Überarbeitung der Richtlinie zur Qualitätssicherung in der Dialyse verweisen. Hier ging es unter anderem um ein optimiertes Auswertungs- und Berichtswesen des Datenanalysten gegenüber den Einrichtungen, KVen und dem G-BA.

Der dritte große Arbeitsbereich umfasst die sektorenübergreifende QS. Mit ihm hat der G-BA Neuland betreten. Seit dem Beginn der Beratungen Ende 2008 haben wir, das darf ich hier feststellen, einiges auf den Weg gebracht. In der Rückschau auf die bis dato getroffenen Entscheidungen können folgende Meilensteine genannt werden:

- 1) Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) mit Anlage zum Datenfluss:**  
Neufassung im April/Mai 2010 (In Kraft getreten am 02.12.2010).
- 2) AQUA-Methodenpapier:** im Juli 2010 abgenommen, das in einer Weiterentwicklungsversion in Bearbeitung ist.
- 3) Schaffung der Vertrauensstelle gemäß § 299 SGB V:** Abschluss des Vertrages im September 2011.

- 4) Beauftragung von **bisher neun QS-Verfahren gemäß Qesü-RL** seit November 2009: Kataraktoperation, Konisation, PCI, Kolorektales Karzinom, Arthroskopie am Kniegelenk, Hüftendoprothesen- und Knieendoprothesenversorgung sowie zwei Verfahren im Bereich der nosokomialen Infektionen.
  
- 5) **Planung der Probetriebe für die ersten drei Verfahren (Katarakt, Konisation, PCI).**

Unser Konferenz-Programm greift eine Reihe dieser eben kurz umrissenen Themen auf. Gestatten Sie mir deshalb zum Abschluss nur einen kursorischen Blick auf unser reichhaltiges Programm:

Zunächst finden unmittelbar im Anschluss zwei Plenarvorträge statt. Im Leitvortrag von Prof. Schmacke steht die Frage nach der Qualitätskultur im Mittelpunkt. Danach folgt ein Vortrag von Prof. Friedrich zu einem speziellen, aber nichtsdestoweniger brisanten Thema: der Krankenhaushygiene.

Am Nachmittag befassen sich Parallelveranstaltungen dann mit Schwerpunktthemen wie etwa der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen, stationären und pflegerischen Versorgung, der Entwicklung und Bewertung von Qualitätsindikatoren, der Patientenorientierung, der Berichterstattung, der Qualitätssicherung auf regionaler und subregionaler Ebene sowie dem Lernen von anderen Modellen.

Mit diesem kurzen Überblick will ich auch schon schließen! Ich wünsche allen Anwesenden eine fachlich anregende, interessante und erkenntnisreiche Konferenz.