

# Ergebniskonferenz zur stationären Qualitätssicherung

*Nach zwei Jahren der Erprobung ist das neue Verfahren in NRW etabliert – Gerüstet für die DRG-Zukunft?*

Erstmals seit Einführung neuer sozialgesetzlicher Vorgaben durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 sind kürzlich in Essen Ergebnisse der stationären Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen vorgestellt worden. In zwei Jahren Arbeit haben die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen das neue Verfahren auf Landesebene etabliert. Damit werden die Ergebnisse der medizinischen Qualitätssicherung stationärer Behandlung nach bundeseinheitlichen Vorgaben dokumentiert. Die Krankenhäuser erhalten bei Auffälligkeiten Hinweise zur Qualitätsverbesserung. Zur Ergebniskonferenz kamen über 300 Teilnehmer nach Essen, darunter zahlreiche Krankenhausvertreter.

## Hohe Beteiligung

Nach nur einem Jahr der Erprobung für 2002 lagen nahezu 90 Prozent der Dokumentationen vor. Auf Basis dieser hohen Beteiligung sind statistische Auswertungen über die Qualitätsindikatoren aussagekräftig. Die Akzeptanz der Ergebnisse in den Kliniken ist damit gegeben. Auch von ersten Erfolgen der Umsetzung, zum Beispiel neu strukturierten Behandlungsprozessen, wurde berichtet.

Anfangsprobleme, die vor allem in der Erfassungsoftware lagen, wurden von den Beteiligten gemeinsam bewältigt. Die ständige Verbesserung und Anpassung des Verfahrens der Qualitätssicherung ist gemeinsames Ziel. Man hofft, damit auch die zukünftigen Herausforderungen – insbesondere durch die Einführung des neuen Abrechnungssystems auf der Basis von diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) –

zu meistern. Damit soll auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung gewährleistet werden.

## Entwicklung der Qualitätssicherung

Die stationäre Qualitätssicherung basiert auf der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenhäuser, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zu beteiligen. Dadurch werden externe statistische Vergleiche von Qualitätsindikatoren möglich. Diese Art der Qualitätssicherung hat ihre Wurzeln in medizinischen Qualitätssicherungsprojekten, die bereits in den 1970er Jahren in der Perinatalogie und der Chirurgie durchgeführt wurden. Im Zuge der Einführung der ersten pauschalierten Entgelte wurde für die Krankenhäuser die Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten bundesweit verpflichtend. Diese verbindliche vergleichende Qualitätssicherung nach §§ 135 und 137 SGB V wird in Deutschland seit 2001 betrieben. Auch unter dem neuen DRG-Entgeltsystem soll dieses Qualitätssicherungsverfahren beibehalten und weiterentwickelt werden.

## Struktur und Institutionen

Verschiedenen Institutionen auf Bundesebene (Bundeskuratorium, Bundesgeschäftsstelle, Fachgruppen) und Landesebene (Lenkungsausschuss, Landesgeschäftsstelle, Arbeitsgruppen) sind für die Qualitätssicherung zuständig. Die Bundesebene gibt den Rahmen und die Inhalte vor, während die Landesebene für die Umsetzung der Qualitätssicherung zuständig ist.

Das Bundeskuratorium Qualitätssicherung besteht aus den Spit-

zenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und dem deutschen Pflegerat und ist das zentrale Beschlussgremium. Hier werden grundsätzliche Entscheidungen, zum Beispiel über die einbezogenen Leistungen, die Höhe der Vergütung (Bundeszuschlag) und die Sanktionierung bei fehlender Teilnahme getroffen.

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) ist das ausführende Organ auf Bundesebene und mit der zentralen Entwicklung und Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen beauftragt. Zusammen mit den vom Bundeskuratorium eingesetzten medizinischen Fachgruppen werden Vorschläge für das Verfahren (zum Beispiel Dokumentationsbögen), Qualitätsindikatoren zur Messung und Auswertungsmethoden entwickelt.

Der Lenkungsausschuss QS NRW besteht aus der Krankenhausgesellschaft NRW, den Landesverbänden der Kostenträger sowie den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe und sorgt für die Umsetzung im Land. Den Vorsitz im Lenkungsausschuss, der alle zwei Jahre zwischen den GKV-Spitzenverbänden und der Krankenhausgesellschaft NRW wechselt, hat zurzeit die AOK Rheinland inne. Ab dem 1. Januar 2004 übernimmt die Krankenhausgesellschaft NRW den Vorsitz.

Die organisatorische und fachliche Durchführung der Qualitätssicherung erfolgt durch die Landesgeschäftsstelle QS NRW mit je einer Einrichtung (Regionalvertretung) bei der Ärztekammer Nordrhein und der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Zurzeit ist der Sitz der Geschäftsstelle, der alle zwei Jahre zwischen der Ärztekammer Nordrhein und West-

falen-Lippe wechselt, bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Ab dem 1. Januar 2004 ist er bei der Ärztekammer Nordrhein angesiedelt. Die Geschäftsstelle organisiert die Arbeit vor Ort und ist Ansprechpartner für die Krankenhäuser und Vertragspartner. Die vom Lenkungsausschuss eingesetzten medizinischen Arbeitsgruppen bewerten die Ergebnisse unter landesspezifischen Gesichtspunkten und führen einen strukturierten Dialog mit den Kliniken.

Das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz, das am 1. Januar 2004 in Kraft treten soll, wird diese Struktur allerdings bereits wieder ändern. Im Gesetzentwurf ist ein „gemeinsamer Bundesausschuss“ vorgesehen, der Vorgaben auch für die stationäre Qualitätssicherung entwickeln soll. Das Bundeskuratorium Qualitätssicherung dagegen wird es nicht mehr geben, die Arbeit der BQS ist in Frage gestellt. Hier bleibt abzuwarten, welche Funktion damit dem neu zu gründenden Institut für Qualität im Gesundheitswesen zugewiesen werden wird.

### Verfahren, Inhalte und Ergebnisse

Für das derzeit praktizierte Verfahren haben die medizinischen Fachgruppen Dokumentationsbögen (Module) für festgelegte Leistungen entwickelt. Diese enthalten einen umfangreichen Datensatz von Qualitätsindikatoren. So werden unter anderem Komplikationen wie Wundinfektionen oder Rahmenbedingungen der Strukturqualität (zum Beispiel die Anwesenheit eines Pädiaters bei einer Frühgeburt) abgefragt.

Im Krankenhaus werden für jeden einzelnen Fall, der zu den festgelegten Leistungsbereichen gehört, die entsprechenden Daten mit Hilfe einer speziellen Software erfasst. Die Datensätze werden von den Krankenhäusern an eine zentrale Datenannahmestelle gesandt, die die Daten in aufbereiteter Form an die Bundes- und Landesgeschäftsstelle weitergibt. Die Landesgeschäftsstelle wertet die Daten sowohl auf Landes- und Landesteil-

ebene als auch für das einzelne Krankenhaus aus. Jedes Krankenhaus erhält eine Auswertung seiner Daten und kann anhand der Vergleichszahlen (zum Beispiel Landesdurchschnitt) erkennen, welchen Qualitätsstand es erreicht hat. Die beteiligten Kostenträger erhalten die Auswertungen auf Landes- und Landesteilebene.

Modul 12/1	Cholezystektomie
Modul 12/2	Appendektomie
Modul 12/3	Hernienoperation
Modul 16/1	Geburtshilfe
Modul 17/1	Schenkelhalsfraktur/ peritrochanträre Fraktur
Modul 17/2	TEP bei Coxarthrose
Modul 17/3	Hüft-TEP-Wechsel
Modul 20/2	PTCA
Modul 21/3	Koronarangiographie ggf. mit PTCA

*Qualitätssicherung NRW: Katalog der einbezogenen Leistungen 2001*

Modul 01/1	Dekompression bei
Modul 01/2	Carpaltunnel- bzw. Ulnarisinnensyndrom
Modul 03/1	Kataraktoperation
Modul 05/1	Nasenscheidewand- korrektur
Modul 07/1	Tonsillektomie
Modul 09/1	Herzschrittmacher- bis 09/3
Modul 10/2	Carotis-Rekonstruktion
Modul 14/1	Prostataresektion
Modul 15/1	Gynäkologische Operation
Modul 17/5	Kniegelenkstotalen- doprothese
Modul 17/6	Kniegelenks- Schlittenprothese
Modul 17/7	Knie-TEP-Wechsel
Modul 18/1	Mamma-Chirurgie
Modul 20/1	PTA

*Qualitätssicherung NRW: Katalog der zusätzlich einbezogenen Leistungen 2002*

Auf Landesebene begutachten und bewerten die medizinischen Arbeitsgruppen die Ergebnisse. Bei auffälligen Ergebnissen erhält das Krankenhaus durch die Arbeitsgruppe Hinweise, außerdem werden Stellungnahmen („Strukturierter Dialog“) erarbeitet. In einem vom Lenkungsausschuss verabschiedeten Stufenkonzept ist das Vorgehen bei statistischen Auffälligkeiten und Qualitätsdefiziten genau festgelegt.

Insgesamt sind in NRW sieben medizinische Arbeitsgruppen in den Fachdisziplinen Augenheilkunde, HNO, Urologie, Kardiologie, Chirurgie/Orthopädie, Gynäkolo-

gie/Geburtshilfe, Neonatologie eingerichtet worden. Auf der Ergebnis-konferenz erläuterten die Sprecher der Arbeitsgruppen Ergebnisse und Erfahrungen aus ihren Leistungsbe-reichen.

### Finanzierung und Sanktionen

Die Krankenkassen finanzieren das Verfahren der externen Quali-tätssicherung über einen Zuschlag, der für jeden zu dokumentierenden Krankenhausfall gezahlt wird. Der Zuschlag besteht aus drei Teilen:

- Zuschlagsanteil für die Doku-mentation des Krankenhauses (in 2002 für Stufe 1: 3,10 € und für Stufe 2: 4,09 €)
- Zuschlagsanteil Land für die Aufwendungen der Landesge-schäftsstelle (in 2002: 2,05 €)
- Zuschlagsanteil Bund für Auf-wendungen der BQS (in 2002: 1,60 €).

Der Zuschlagsanteil des Kranken-hauses kann von den Kostenträgern zurückverlangt werden, wenn die Klinik der Dokumentationspflicht nicht nachgekommen ist. Darüber hinaus kann für die im Katalog für das Jahr 2001 enthaltenen Leistun-gen das 20-fache des Krankenhaus-Zuschlagsbetrages als Sanktion gel-tend gemacht werden. Dabei sind aber die erheblichen Softwarepro-bleme zu berücksichtigen, die den Krankenhäusern zum Teil die voll-ständige Dokumentation der Fälle unmöglich gemacht haben.

Nicht zuletzt deswegen musste die Geschäftsstelle Qualitätssiche-rung NRW – vor allem zu Beginn des Verfahrens – zahlreiche Anfra-gen aus den Krankenhäusern beant-worten. „Wir verstehen uns als In-formation- und Beratungsplatt-form“, sagt dazu der Geschäftsfüh-rende Arzt der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Robert Schäfer, dem *Rheinischen Ärzteblatt*, „wir sehen es als unsere Aufgabe an, die Ärz-tinnen und Ärzte in den Kliniken bei der Erfüllung ihrer Dokumenta-tionsaufgaben und vor allem in ih-rem Bemühen um Qualität best-möglich zu unterstützen.“ *una/WZ*