

Thema: Die etablierten Instrumente der Qualitätssicherung im Krankenhaus tragen zur hohen Prozess- und Ergebnisqualität in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern bei. Davon konnten sich die Teilnehmer der sechsten Ergebniskonferenz Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen überzeugen. Das vorgestellte NRW-Pilotprojekt zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung könnte Vorbildcharakter für ganz Deutschland entwickeln.

von Jürgen Brenn

Qualitätssicherung verbessert Behandlungsniveau der Kliniken



Qualitätssicherung in der Medizin ist ein Megathema und in aller Munde. Patienten, aber auch die Kliniken selbst, achten auf gute Ergebnisse in der Qualität. Sie sehen die Qualitätssicherung (QS) als Chance, sich zu verbessern und sich positiv in der Öffentlichkeit zu präsentieren. Dies wurde auf der sechsten Ergebniskonferenz Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen deutlich, auf der kürzlich im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf rund 350 Teilnehmer über die Entwicklungen in der QS diskutierten. „Wir brauchen einen Qualitätswettbewerb und keinen ruinösen Preiswettbewerb der Krankenhäuser“, sagte der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), Richard Zimmer. Im Wettbewerb um Qualität stehen die NRW-Krankenhäuser gut da. Sie zeichnet im bundesweiten Vergleich ein hohes Qualitätsniveau aus, das über die QS-Instrumente weiter erhöht wird.

Qualitätsverbesserung über „Strukturierten Dialog“

Die Geschäftsstelle QS, deren Regionalvertretungen bei den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe angesiedelt sind, haben vergangenes Jahr von 352 Krankenhäusern in NRW über 950.000 Behandlungsfälle in 17 Leistungsbereichen, wie zum Beispiel Gynäkologie/Geburtshilfe, Chirurgie, Orthopädie, Kardiologie und Innere Medizin, mit 194 Qualitätsindikatoren nach einem bundeseinheitlichen Verfahren zusammengeführt und ausgewertet. „In NRW beteiligen sich alle Krankenhäuser an dem etablierten QS-Verfahren, was für die hohe Akzeptanz des Verfahrens spricht“, sagte

Dr. Hans-Georg Huber, Leiter der Geschäftsstelle QS-NRW, Regionalvertretung Nordrhein. Werden in der Analyse der Daten rechnerische Auffälligkeiten entdeckt, so erhalten die Krankenhäuser im „Strukturierten Dialog“ Rückmeldungen und Hinweise, wie sie ihre Arbeit verbessern könnten, erklärte Huber das Verfahren der einrichtungsübergreifenden QS. Er betonte, dass in den meisten Fällen hinter den rechnerischen Auffälligkeiten keine objektivierbaren Qualitätsmängel steckten. Von 607.000 dokumentierten Fällen im Jahr 2006 waren 5.800 (0,96 Prozent) rechnerisch auffällig. Nach dem Strukturierten Dialog mit den Kliniken blieben davon etwa 150 (2,6 Prozent von 5.800) übrig. Das entspricht einer Quote von 0,025 Prozent objektivierbarer Qualitätsprobleme bezogen auf alle dokumentierten Fälle.

Beispielhaft für eine gelungene Qualitätsverbesserung stellte Huber die Daten eines Qualitätsindikator bei Herzschrittmacher-Revisionen vor. Insgesamt werden sieben Qualitätsindikatoren zur Bewertung der Behandlungsqualität von Patienten erfasst, die sich einer Operation zur Herzschrittmacher-Revision unterziehen müssen. Qualitätsindikatoren sind beispielsweise perioperative Komplikationen, intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden, die Reizschwellen- oder Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden oder die drei Indikationen zur Revision, wie SM-Taschenprobleme, eine Infektion oder Sondenprobleme. „Im Jahr 2007 hatten in NRW 2.661 Patienten eine Indikation zur Revision ihres Herzschrittmachers. Sondenprobleme führten bei 1.308 Patienten zur erneuten Operation, was einem Anteil von 6,9 Prozent entspricht. Insgesamt haben Chirurgen in NRW im vergangenen Jahr 18.884 Herzschrittmacher implantiert.“

Auf Krankenhäuser bezogen, hatten 112 Kliniken rechnerisch auffällige Werte. Als auffälliger Wert gilt ein Revisionsanteil über sechs Prozent, erklärte Huber. Mit den betroffenen Kliniken trat die Geschäftsstelle QS-NRW in den Strukturierten Dialog ein. Im Vergleich

NRW-Verbesserung bei Qualitätsindikator „Herzschrittmacher-Revision“

	2005	2006	2007
Indikation zur Revision, gesamt	17.952	18.473	18.884
davon wegen Sondenproblem(en)	1.282	1.291	1.308
Anteil in Prozent	7,14	7,0	6,9

zu den Vorjahren konnte der Anteil der Revisionen aufgrund von Sondenproblemen kontinuierlich verbessert werden, von 7,14 Prozent im Jahr 2005 auf 6,9 Prozent im Jahr 2007 (siehe Tabelle Seite 12). Der Bundesdurchschnitt liegt bei 7 Prozent. „Rechnerisch profitierten bezogen auf die Anzahl der Revisionen wegen Sondenproblemen seit 2006 in NRW 54 Patienten“, so Huber.

Ergebnisse sichtbar machen

Eine Klinik konnte innerhalb eines Jahres den Revisionsanteil von 18,1 Prozent im Jahr 2006 auf 6,0 Prozent im Jahr 2007 drücken, indem die Operateure die Anregung der Geschäftsstelle QS-NRW aufgriffen und nur noch Schraubsonden bei dem Eingriff verwendeten, um die gehäuft auftretenden Dislokationen von Ventrikel- und Vorhofsonden zu vermeiden. „Die NRW-Krankenhäuser verbessern sich bei diesem Qualitätsindikator kontinuierlich“, sagte Huber.

Insgesamt hat sich der Wert der rechnerischen Auffälligkeiten bei den NRW-Krankenhäusern von 10,7 Prozent in 2006 auf 9,7 Prozent im vergangenen Jahr reduziert. „Es gibt in NRW eine messbare Qualitätsverbesserung, da die Kliniken die im Strukturierten Dialog gegebenen Anregungen aufnehmen“, so Huber.

In den Medien wird häufig ein verkürztes Bild der Behandlungsqualität der Krankenhäuser gemalt und der Qualitätsreport der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) wird oftmals als „Mängelliste der deutschen Kliniken“ aufgefasst. Dies weise daraufhin, dass die komplexe Thematik klarer in die Öffentlichkeit getragen werden müsse. Der Leiter der Geschäftsstelle QS-NRW, Regionalvertretung Westfalen-Lippe, Dr. Jochen Bredehöft, forderte auf der Ergebniskonferenz in Düsseldorf: „Wir müssen unsere Arbeit besser vermarkten“. Sowohl die Methodik als auch die Daten seien valide und Verbesserungen messbar.

Auch Gregor Bornes von der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen warnte vor einer „Skandalisierung“ der veröffentlichten QS-Ergebnisse. Er begrüßte, dass Patienten am QS-Verfahren über den Gemeinsamen Bundesausschuss beteiligt würden. Über diesen Weg könnten gute Impulse gegeben werden, sagte der Mitarbeiter des Gesundheitsladers Köln. Bornes betonte, Vertrauen in ärztliches Handeln könne nur erhalten werden, wenn Qualitätssiche-



Dr. Hans-Georg Huber, Leiter der Geschäftsstelle QS-NRW, Regionalvertretung Nordrhein: „Es gibt in NRW eine messbare Qualitätsverbesserung, da die Kliniken die im Strukturierten Dialog gegebenen Anregungen aufnehmen“. Foto: br

rung stattfinde, wobei aus seiner Sicht die „Qualitätskultur“ in Deutschland nach wie vor zu wenig entwickelt sei. Sowohl die Qualitätsberichte der Kliniken als auch die zahlreichen Klinikführer würden nur bedingt einen individuellen Nutzen für die Patienten darstellen. Bornes sagte, dass sich Patienten bei der Entscheidung, an welcher Klinik sie eine Behandlung vornehmen lassen, nicht allein von Klinikrankings leiten ließen. In die Entscheidungsfindung flössen viel mehr Beweggründe ein, so der Patientenvertreter.

Richard Zimmer von der KGNW und Vorsitzender des Lenkungsausschusses QS-NRW bemängelte das unkoordinierte Nebeneinander verschiedener Klinikführer, die sich zum Teil auf unterschiedliche Datenquellen stützen und voneinander abweichende Bewertungsverfahren zugrunde legten. Dies führe zu Widersprüchlichkeiten und Inkonsistenzen in den Auswertungen, so Zimmer. Vor diesem Hintergrund forderte er, die Bewertungskriterien für Krankenhausvergleiche offen zu legen. Solche Vergleiche benötigten valide, risikoadjustierte Qualitätsindikatoren, damit die dadurch geschaffene Transparenz den potentiellen Nutzern einen Mehrwert biete. Hierfür seien auch die Verständlichkeit und Lesbarkeit wichtige Kriterien, sagte Zimmer.

Vorreiter in Sachen sektorübergreifender QS

Bereits Anfang der 80er Jahre schritten die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte in Sachen QS mit der Rheinischen Perinatalerhebung voran. Wichtige Impulse, die die Akteure in Nordrhein gegeben hatten, finden sich heute in den anerkannten QS-Verfahren auf Bundesebene wieder.

Bei der sektorübergreifenden Qualitätssicherung könnte NRW mit dem angestoßenen Pilotprojekt erneut eine Vorreiterrolle in Deutschland spielen. Diese Hoffnung äußerte Dr. Klaus Enderer. Der Stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KV Nordrhein) erläuterte auf der Ergebniskonferenz die bereits eingeleiteten Schritte der sektorübergreifenden QS in ausgewählten Versorgungsektoren. Die Vertragsärzte seien nach § 135a SGB V dazu verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der QS zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Dabei solle das Patientenwohl im Mittelpunkt stehen,



Dr. Klaus Enderer, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein: „Unsere Erfahrungen im Pilotprojekt der sektorübergreifenden QS lassen sich möglicherweise für ganz Deutschland nutzen“. Foto: KV Nordrhein

§ 135a Abs. 2 SGB V Verpflichtung zur Qualitätssicherung (Auszug)

Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen (...) sind (...) verpflichtet,
1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern (...)

so Enderer. Er begrüßte ausdrücklich die im Gesetz geforderte Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der QS-Maßnahmen in einer „für die Allgemeinheit verständlichen Form“ und das Gebot der Datensparsamkeit bei der Datenerhebung (§ 137a SGB V). Mit Blick auf die zunehmende Bürokratie in den Praxen müsse darauf geachtet werden, dass die „notwendige Dokumentation nicht ausufere“, sagte Enderer.

In NRW haben sich bereits die Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbände der Landesteile Nordrhein und Westfalen-Lippe mit der KGNW für die Entwicklung einer sektorübergreifenden QS zusammengefunden. Die Beteiligten haben die Invasive Kardiologie als einen für das Pilotprojekt geeigneten Versorgungsbereich identifiziert, da hier Niedergelassene und Klinikärzten vergleichbare Versorgungsleistungen erbringen, erläuterte der stellvertretende Vorsitzende der KV Nordrhein. Daneben können vorhandene Kommunikationswege und Daten genutzt werden, was den Bürokratieaufwand minimiere. Von insgesamt 65 Werten des Datensatzes der BQS sind 42 direkt vergleichbar mit Angaben, die bei niedergelassenen Kardiologen vorhanden seien. Weitere 15 könnten aus der QS Kardiologie abgeleitet werden; lediglich acht seien nicht vergleichbar. „Es sieht erfreulicherweise gut aus“, fasste Enderer die ersten Ergebnisse zusammen und hofft, dass diese eventuell für ganz Deutschland genutzt werden könnten.

Zukünftige Ausrichtung der QS

Parallel dazu erarbeitet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Rahmenrichtlinie für die sektorübergreifende QS, wie Karen Pottkämper in Düsseldorf sagte. Denn nach dem Willen des Gesetzgebers solle sich die gesamte QS sektorübergreifend ausrichten (§ 137a SGB V). Das bedeute, dass die bisherigen Verfahren ergänzt werden müssen, so die stellvertretende Leiterin der Abteilung QS-Verfahren im G-BA. Bezüglich des Gebotes der Datensparsamkeit würden in Zukunft verstärkt Routinedaten zur QS herangezogen.

Eine wichtige Rolle in der Qualitätssicherung wird auf Bundesebene zukünftig ein Qualitätsinstitut spielen, das für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und die Veröffentlichung der Ergebnisqualität zuständig sein wird, erklärte Pottkämper. Anfang 2010 solle das neue QS-Institut die Aufgaben der BQS übernehmen. Derzeit liefen Vertragsverhandlungen mit Bewer-

bern, sodass ein Vertrag voraussichtlich Anfang 2009 unterzeichnet werde, so Pottkämper. Grundsätzlich sei nicht geplant, die bisher bewährten einrichtungsübergreifenden QS-Verfahren zu ändern. „Wir werden den Ländern viel Freiraum lassen“, sagte die G-BA-Vertreterin in Düsseldorf. Dr. Jochen Bredehöft betonte in diesem Zusammenhang, dass die Verantwortung für die Umsetzung des § 137a SGB V beim G-BA liege. Er kritisierte, dass derzeit ein großer Zeit- und Handlungsdruck bestehe, da die Landesebene bis Ende 2009 arbeitsfähige Strukturen bereithalten solle, wobei nicht klar sei, für welches Aufgabenfeld. Er forderte, diese Zeit zu nutzen, um auf Bundes- und Länderebene Freiräume wahrzunehmen und die vorhandenen Kompetenzen der Beteiligten an der QS in enger Abstimmung untereinander mit dem Ziel auszuschöpfen, die QS zum Nutzen der Patienten weiterzuentwickeln.

§ 137a SGB V Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität (Auszug)

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss (...) beauftragt im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (...) zu entwickeln, die möglichst sektorenübergreifend anzulegen sind. Dieser Institution soll auch die Aufgabe übertragen werden, sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Bereits existierende Einrichtungen sollen genutzt und, soweit erforderlich, in ihrer Organisationsform den in den Sätzen 1 und 2 genannten Aufgaben angepasst werden.

- (2) Die Institution ist insbesondere zu beauftragen,
1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,
 2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
 3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 2 einzubeziehen, sowie
 4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Institution in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen.

In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 mitwirken, haben diese der Institution nach Absatz 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. Die Institution nach Absatz 1 hat die im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 erhobenen und gemäß Satz 2 übermittelten Daten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der sektoren- und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in einem transparenten Verfahren und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften vorzuhalten und auszuwerten. Die Institution hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Anforderung Datenauswertungen zur Verfügung zu stellen, sofern er diese zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben benötigt. (...)

Weitere Informationen

im Internet unter
www.qs-no.org und
www.bqs-online.com