

# „Wir stehen an der Schwelle zu einer weiteren Ökonomisierung“

Eine Bestandsaufnahme der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung der stationären Versorgung stand im Fokus der 11. Ergebniskonferenz der Qualitätssicherung NRW im September im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf.

von **Bülent Erdogan-Griese**

Die bundesweit rund 2.000 Kliniken müssen sich nach Ansicht von Gesundheitsexperten in den kommenden Jahren angesichts weiter steigender Ausgaben und der demografischen Entwicklung auf eine kritische Bestandsaufnahme von Umfang und Qualität ihrer Leistungen einstellen. Konsequenzen könnten grundlegende Veränderungen wie die Einführung von Selektivverträgen, schärfere Richtlinien zur Qualität und Stärke des in der Versorgung tätigen Personals oder die Schließung von Stationen sein. „Bei genauer Betrachtung stehen wir an der Schwelle zu einer weiteren Ökonomisierung“, sagte Dr. Regina Klakow-Franck, Frauenärztin und unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf der 11. Ergebniskonferenz der Qualitätssicherung NRW im September in Düsseldorf. Qualitätssicherung werde sich für Krankenhäuser künftig zu einem Geschäftsmodell entwickeln, sagte Klakow-Franck.

## Mindestmengen maßvoll anwenden

Thema der mit 330 Gästen sehr gut besuchten Veranstaltung im Haus der Ärzteschaft war die aktuelle Situation der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung der stationären Versorgung nach § 137 SGB V. Danach bestimmt der G-BA Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement sowie Kriterien für die Notwendigkeit und Qualität diagnostischer und therapeutischer Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen. Zu den gesetzlichen Aufgaben gehört auch, Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnis-

qualität festzulegen. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber auch für die ambulante Versorgung eine Qualitätspflicht postuliert (135a SGB V).

Eines der Instrumente zur Qualitätssicherung sind die umstrittenen und teils vor Gericht bekämpften Mindestmengenregelungen des G-BA (wir berichteten). Mindestmengen seien bei planbaren und hochkomplexen Leistungen, etwa in der Transplantationsmedizin oder der Neonatologie, weiterhin sinnvoll, auch um eine sogenannte Gelegenheitsversorgung zu vermeiden, betonte Klakow-Franck. Es gelte allerdings zu prüfen, ob angestrebte Verbesserungen der Qualität nicht auch mit anderen Methoden erreicht werden könnten. Nach den Worten von Klakow-Franck will der G-BA in Zukunft verstärkt auf Strukturvorgaben zur Personalstärke und zur fachlichen Qualifikation des Personals setzen. Unabhängig von solchen Strukturkriterien werde der gesetzliche Auftrag aber im Blick behalten, gegebenenfalls auch mit Mindestmengen zur Qualitätssicherung beizutragen.

Große Herausforderungen sieht Klakow-Franck bei der Qualitätssicherung der Indikationsstellung, ebenso bei der Bezahlung nach Qualität unter dem Schlagwort „Pay for Performance“ (P4P). So gebe es bei innovativen Verfahren über lange Zeiträume keine S3-Leitlinien, mit denen Referenzbereiche für Indikationen definiert werden können. Die für den P4P-Gedanken notwendige Risikoadjustierung wiederum mache die Erhebung zusätzlicher Daten erforderlich. Hier entstehe ein Zielkonflikt: Auf der einen Seite solle Qualitätssicherung valide Daten liefern, auf der anderen Seite aber datensparsam sein.

Eine weitere Hürde sei die völlig heterogene Dokumentationspraxis ambulanter und stationärer Einrichtungen. Um den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen, eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu etablieren, sei dringend eine Harmonisierung notwendig, sagte Klakow-Franck.

## Qualität spart Geld

„Ein Krankenhaus, in dem die Qualität nicht stimmt, kann auf Dauer nicht wirt-

schaftlich sein“, sagte NRW-Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens auf der Ergebniskonferenz. Gute Qualität rentiere sich auch volkswirtschaftlich, weil sie neben Einsparungen bei der Krankenversicherung auch zu geringeren Ausgaben der Pflegeversicherung und anderen Sozialversicherungszweigen führe.

Steffens zeichnete ein Bild der künftigen stationären Versorgung im Land, zu der auch der Krankenhausrahmenplan 2015 seinen Beitrag leisten soll, der den Kliniken zum ersten Mal qualitätsorientierte Strukturvorgaben macht. Steffens: „Das war kein einfacher Prozess.“ So sei angesichts des sich abzeichnenden Arbeitskräftemangels bereits heute klar, dass künftig nicht mehr jedes Krankenhaus alles machen könne. Notwendig sei daher ein höherer Grad der Kooperation, und zwar auch über Trägergrenzen hinweg. Darüber hinaus sieht sie in Zukunft zum Beispiel Bedarf für sogenannte Portalkliniken in den ländlich geprägten Gebieten von NRW. Die wohnortnahe Versorgung soll erhalten bleiben, allerdings ist damit kein Bestandsschutz für alle NRW-weit 400 Kliniken verbunden, wie die Ministerin deutlich machte.

## NRW als Labor für den Bund

Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke, lobte die mit dem NRW-Krankenhausrahmenplan angestrebte stärkere Qualitätsorientierung in der stationären Versorgung. Es sei richtig, Qualitätsmerkmale zum Gegenstand der Versorgungsplanung zu machen. Nun gelte es, am Ball zu bleiben und dabei behutsam, aber doch entschlossen vorzugehen. „Es wird von unserer Praxis in NRW abhängen, ob das auch ein Beispiel für andere ist. Andere Bundesländer schauen sehr genau auf uns“, sagte Henke.

Damit Patienten souveräne Entscheidungen treffen könnten, müssten sie einen offenen Zugang zu Qualitätsinformationen haben. Sei dies nicht der Fall, drohe die Gefahr, dass andere, die sich für schlauer hielten, die Wahlentscheidungen an Stelle der Patienten trafen, so der Ärztekammerpräsident.

Dr. Hans-Georg Huber, stellvertretender Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein, stellte das Konzept der strukturierten Dialoge bei der externen stationären Qualitätssicherung vor. Er warb dafür, dass Kolleginnen und Kollegen den bei Auffälligkeiten vorgesehenen Dialog zwischen Klinik und der Geschäftsstelle intensiv nutzen, damit miteinander Lösungen für Probleme gefunden und neue Erkenntnisse gewonnen werden können.

## Kliniken: „Brauchen faire Regeln“

„Wir brauchen faire Regeln für einen fairen Qualitätswettbewerb“, sagte Burkhard Fischer von der Krankenhausgesellschaft NRW. Fischer warnte davor, Qualitätsparameter absolut zu setzen: Qualitätsindikator

zu welcher Zeit an welcher Stelle der Versorgungskette Verantwortung getragen habe, monierte Fischer das Programm der AOK. Leider stelle die AOK den Kliniken nicht die notwendigen Informationen für interne Analysen zu den QSR-Ergebnissen zur Verfügung.

Für eine Bezahlung nach Qualität plädierte Michael Süllwold vom Verband der Ersatzkassen (vdek) in NRW: „Qualität muss stärker in die Finanzierungsüberlegungen einbezogen werden.“ Dies könne bedeuten, mehr Geld für mehr Qualität zu bezahlen – aber auch weniger, wenn eine Klinik schlechter abschneidet. „Wir wollen durch Qualität Prozesse steuern.“ Allerdings räumte Süllwold ein, dass es schwierig sei, Qualität objektiv und risikoadjustiert zu messen.

Schulduzuweisungen. Ärzte, Kliniken und Krankenkassen sollten aufeinander zugehen, sagte Litsch: „Qualitätssicherungsarbeit ist vor allem Vertrauensarbeit.“ Gebe es allerdings keine Weiterentwicklung in der Qualitätssicherung, würden sich Selektivverträge nicht mehr vermeiden lassen. Dies wäre bedauerlich, so Litsch, weil solche Verträge möglicherweise heute noch unkalkulierbare Auswirkungen auf die übrigen Leistungen von Kliniken haben könnten. Ziel dürften nicht Qualitätsleuchttürme sein, sondern eine gute und verlässliche Qualität in der Fläche.

## Qualitäts-App für die Station

„Qualitätssicherung ist ein Qualitäts- und Sicherheitskorridor für Innovationen, die sich durchsetzen, wie für Therapien, die sich nicht durchsetzen können und keinen Vorteil für die Patienten haben“, sagte Professor Dr. Ernst Eypasch, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie am Heilig-Geist-Krankenhaus in Köln-Longerich. Als Hinweisgeber für Qualitätsprobleme beschrieb er für seinen Tätigkeitsbereich Gallengangsverletzungen, die Verlegung von Patienten in eine Klinik der Maximalversorgung, die erneute Operation, Implantatfehlagen und die Mortalität. Den unmittelbarsten und besten Überblick über die Qualität einer Klinik hätten die Chefarzte, so Eypasch: „Jeder Chefarzt kennt sein abteilungsspezifisches Muster der Qualität.“ Probleme in der Qualität könnten zum Beispiel aus zu niedrigen Operationszahlen der Klinik resultieren, aus Defiziten von Operateuren bei einzelnen Techniken, aus fehlenden personellen Ressourcen am Wochenende oder aus der Schwere von Nebendiagnosen von zu operierenden, oft älteren Patienten in schlechtem Allgemeinzustand, sagte der Mediziner, der auch Vorsitzender der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen ist.

Eypasch hofft, dass Ärztinnen und Ärzte künftig benutzerfreundlicher und aktueller auf Qualitätsdaten zugreifen können, zum Beispiel per Smartphone-App für die eigene Station. Qualität sei heute nicht mehr Chefsache, sondern Angelegenheit aller Behandelnden.

## Internethinweis:

[www.aekno.de/Qualitaetssicherung](http://www.aekno.de/Qualitaetssicherung)  
Präsentationen und Vorträge der Veranstaltung finden Sie unter [www.qs-nrw.org](http://www.qs-nrw.org)



*Sie bereiteten der Qualitätssicherung in Deutschland in den 1980er-Jahren den Weg: Dr. Hannes Wolf (2.v.l.), Professor Dr. Joachim Kort (2.v.r.) und Professor Dr. Klaus Hupe (r.). Über den Besuch der ärztlichen Pioniere freuten sich Gesundheitsministerin Barbara Steffens, der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke (3.v.l.), und Dr. Hans-Georg Huber (l.), Leiter der Geschäftsstelle qs-nrw. Foto: Wilfried Meyer*

ren seien eben „kein direktes Maß für Qualität, sondern ein Anlass dafür, in eine Analyse einzusteigen“. Worauf es bei einer guten Behandlung ankomme, sei natürlich das gute Ergebnis, sagte Fischer. Häufig könne man aber schon mit der Etablierung qualitativ hochwertiger Prozesse schneller bessere Ergebnisse erzielen, als wenn der Fokus nur auf der Ergebnisqualität selbst liege.

Qualitätsindikatoren müssten relevant, verständlich und messbar sein und sensibel auf qualitätsunterstützende Verhaltensänderungen der Akteure reagieren, forderte Fischer. Kritik übte er am QSR-Konzept der AOK, das mit Routinedaten eine Langzeitbeobachtung über den Krankenhausaufenthalt eines Patienten hinaus zum Ziel hat und dabei auch Revisionen und die Letalität über ein Jahr misst. Indikatoren müssten deutlich zuordnen, wer

Kritisch äußerte er sich zur Spezifität des Verfahrens der stationären Qualitätssicherung mit derzeit jährlich mehr als vier Millionen Datensätzen und knapp 20.000 rechnerischen Auffälligkeiten. Trotz der Datenmengen, gab Süllwold zudem zu bedenken, werde bislang lediglich ein kleiner Teil stationärer Leistungen in das Monitoring einbezogen. „Das reicht nicht aus.“ Die Qualität in deutschen Kliniken, insbesondere in der Spitzenversorgung, sei zwar generell hoch. „Wir stellen aber immer wieder gravierende Versorgungsdefizite fest.“

Die Steuerung von Prozessen und deren Qualität sei Aufgabe der Krankenhäuser und der Ärzte selbst, entgegnete Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordwest. Litsch warb für einen transparenten und auch gelasseneren Umgang mit QS-Daten. Ihm gehe es nicht um