

10 Jahre Qualitätssicherung NRW: Ärztinnen und Ärzte ziehen positive Bilanz

Die zehnte Ergebniskonferenz zur Qualitätssicherung im stationären Bereich war geprägt vom Blick auf die erreichten Erfolge und die Herausforderungen der Zukunft.

von Jürgen Brenn

Die zehnte Ergebniskonferenz in Düsseldorf zur einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (QS) stand im Zeichen des mythologischen Gottes Janus: Die Vertragspartner blickten zurück auf die vergangene Dekade der Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen (NRW) und benannten gleichzeitig Gesichtspunkte für die zukünftige Weiterentwicklung der bewährten QS-Instrumente.

Qualitätssicherung in NRW mit langer Tradition

Dass in NRW die Qualitätssicherung eine viel längere Tradition unter Ärzten hat, als es das zehnjährige Jubiläum der Ergebniskonferenz vermuten ließ, darauf machte Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, aufmerksam. „Die medizinische Qualitätssicherung ist seit mehr als 30 Jahren ein wichtiges Anliegen der ärztlichen Selbstverwaltung“, sagte er vor den knapp 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Konferenz. Die Ärztekammern in NRW haben nach seinen Worten auf diesem Gebiet Pionierarbeit geleistet – etwa mit der Einführung der Rheinischen und Westfälischen Perinatalerhebung im Jahr 1982, die maßgeblich zur Senkung der seinerzeit im internationalen Vergleich hohen perinatalen Mortalität beigetragen habe. In den 1970er Jahren wurden in Nordrhein zudem die ersten Qualitätssicherungsinstrumente in der Chirurgie etabliert. „Die Ärzte haben die Qualitätssicherung erfunden“, so Henke. Auch fand 1988 die QS Eingang in die Landesgesetzgebung von NRW, womit auch das Land Vorreiter für die gesamte Bundesrepublik wurde.

Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens unterstrich ebenfalls die Effektivität der QS. Sie sei sehr froh, Ministerin in



Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Die generierten Daten müssen interpretiert werden.
Foto: Jochen Rolfes.de

einem Land zu sein, in dem die QS schon lange etabliert sei. Steffens interessiert sich nach eigenem Bekunden vor allem für die Ergebnisqualität aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Hier gebe es Defizite, über die „gemeinsam und ohne Schuldzuweisung“ gesprochen werden müsse. Als Beispiel einer Fehlentwicklung, die auch mit Hilfe der QS-Daten erkennbar werde, sei die auffällig hohe Zahl von Bandscheiben-Operationen in einzelnen Regionen und Krankenhäusern im Vergleich zu anderen Bundesländern oder Kliniken zu nennen. Es gebe Entwicklungen, die weder mit Demografie, mit der Regionalstruktur noch mit vielen Patienten aus dem Ausland zu erklären seien. „Hier müssen wir genau hinter die Zahlen blicken, um zu erkennen, gibt es Fehl- oder Überversorgung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich“, so Steffens.

Kammerpräsident Henke betonte, es sei sehr wichtig, keine Pauschalurteile zu fällen, bevor ein genauer Blick auf die QS-Zahlen geworfen worden sei. Nur so könnten tatsächliche Fehlentwicklungen und strukturelle Besonderheiten unterschieden und benannt werden. In diesem Punkt, sagte Henke, stimme er mit der Ministerin überein.



NRW-Gesundheitsministerin **Barbara Steffens**: Die Ergebnisqualität muss stimmen.
Foto: MGEPA

Die Methoden der QS haben sich im Laufe der Jahre kontinuierlich entwickelt, unter anderem durch den Einsatz von Computertechnik. Ziel ist, die Qualität der ärztlichen Arbeit in den NRW-Kliniken zum Wohle der Patienten zu steigern und den Krankenhäusern mit Hilfe statistischer Daten aufzuzeigen, wo sie im Vergleich zu anderen Häusern in puncto Qualität der Behandlung stehen und wo noch Verbesserungspotentiale bestehen. Dazu haben die NRW-Statistiker in einem bundeseinheitlichen Verfahren im vergangenen Jahr in 371 NRW-Krankenhäusern rund 994.000 Behandlungsfälle in 30 Leistungsbereichen wie Gynäkologie/Geburtshilfe, Chirurgie, Orthopädie, Kardiologie und Innerer Medizin mit über 430 Qualitätsindikatoren dokumentiert und ausgewertet. Etwa jeder vierte Behandlungsfall wurde damit von der QS-NRW erfasst, erläuterte Matthias Blum, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft NRW (KGNW) und Vorsitzender des Lenkungsausschusses QS-NRW. Die erhobenen Indikatoren sollen vor allem darüber Auskunft geben, ob die Indikationsstellung korrekt war, ob alle relevanten Behandlungsschritte umgesetzt wurden, ob das gewünschte Behandlungsziel erreicht wurde und wie es um die Patientensicherheit steht. „Denn Krankenhäuser existieren nicht zum Selbstzweck, sondern sind dazu da, Patienten zu helfen“, sagte Blum.

Zeigen die Zahlen für eine Klinik in einem Bereich Auffälligkeiten, so wird zunächst geprüft, ob ein Fehler in den Zahlen steckt oder sich ein strukturelles Problem dahinter verbirgt. Dann beginnt die Phase des „strukturierten Dialogs“ mit den Klinikärzten und der Klinikleitung, um gemeinsam festzustellen, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die Abläufe in der Klinik so zu optimieren, dass die Qualitätsparameter wieder nach oben zeigen. Im Jahr 2010 wurden von der QS-Geschäftsstelle über 3.600 strukturierte Dialoge angestoßen und knapp 700 Hinweise auf Datenauffälligkeiten gegeben.

Dieses Verfahren hat sich bewährt, wie die Referenten in Düsseldorf einhellig bestätigten. Blum nannte als Beispiel eine verbesserte Indikationsstellung in der Endo-

prothetik und eine gesunkene Sterblichkeit bei ambulant erworbenen Pneumonien. Rund 45.000 Pneumonie-Patienten werden jährlich in den NRW-Krankenhäusern behandelt. Die Qualitätssicherer konnten nach Einführung einer neuen Leitlinie 2005 den Rückgang der Sterblichkeit bei diesen Patienten um 34 Prozent beobachten. Eine hohe „Leitlinien-Compliance“ in den Kliniken habe eine verbesserte Behandlung nach sich gezogen, die sich durch die QS-NRW auch in den Zahlen nachvollziehen lasse, erklärte der KGNW-Geschäftsführer. Allgemein sei zu beobachten, dass alle Prozess- und Ergebnisindikatoren sich zwischen 2004 und 2008 verbessert haben.

Vor neuen Herausforderungen

Einschränkend stellte Blum fest, dass es den Zahlen nicht zu entnehmen sei, ob die Qualitätsverbesserungen auf die QS-Maßnahmen, das DRG-Entgeltssystem, das 2003 eingeführt wurde, oder auf den allgemeinen wissenschaftlichen Fortschritt zurückzuführen seien und welches Gewicht der jeweilige Aspekt habe. Dennoch könne nach zehn Jahren ein positives Resümee im Rückblick auf die QS-NRW gezogen werden: Die Behandlungsqualität für Patienten habe sich verbessert, die Sicherheit erhöht, der Wissenstransfer in die Praxis beschleunigt. Mit Hilfe der Qualitätsberichte der Krankenhäuser konnte darüber hinaus Transparenz geschaffen werden.

Trotz der Erfolge bleiben aus Sicht des Lenkungsausschuss-Vorsitzenden Blum Aufgaben für die Zukunft. So müssen die QS-Indikatoren und -Projekte sowohl für Patienten als auch für Mediziner verständlicher formuliert werden. Zudem bestehe weiterhin das Problem, dass der ambulante und stationäre Sektor getrennt seien. Ebenfalls müsse „die Qualitätsbürokratie reduziert werden, das ist ein Herzensanliegen aller, die sich im Krankenhaus damit beschäftigen“, sagte Blum.

Dr. Andreas Sander, Medizinischer Geschäftsführer des Evangelischen Klinikums Niederrhein in Duisburg, rechnete vor, dass sich sein Haus mit etwa 40.000 Behandlungsfällen und 10.000 QS-Bögen pro Jahr diese QS rund 250.000 Euro pro Jahr kosten lasse, wobei die ärztliche Arbeitszeit und die Software-Administration nicht mit eingerechnet seien. Als QS-Zuschlag fließen an das Krankenhaus pro stationärem Fall 61 Cent zurück. „In Bezug auf die QS leisten wir viel aus dem eigenen Fleisch“,

sagte Sander. Dennoch sieht auch er die Vorteile des Verfahrens, das einen Blick über den eigenen Tellerrand hinaus zulässt und hilft, hausinterne Standards zu überprüfen und stetig an externe Leitlinien anzupassen. Dennoch kritisierte der Ärztliche Direktor beispielsweise, dass die Auswertungen oftmals sehr lange auf sich warten ließen. Auch würden die erhobenen Indikatoren und damit die QS-Fälle nicht die Versorgungsrealität in den Häusern abbilden.

„Die unmittelbaren Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten sind unübersehbar“, sagte Kammerpräsident Henke. Dennoch seien die Zahlen der Qualitätsberichte nicht immer einfach zu interpretieren. So habe sich der ehemalige US-Präsident Bill Clinton bei seinen Herzoperationen bewusst für ein New Yorker Krankenhaus entschieden, dessen veröffentlichte Qualitätsergebnisse auf den ersten Blick nur mittelmäßig gewesen seien. Allerdings seien in dieses Krankenhaus viele Patienten in teils instabilem Gesundheitszustand für komplizierte Eingriffe eingeliefert worden, da die

einweisenden Ärzte gewusst hätten, dass dort hervorragende Herzspezialisten arbeiteten, führte Henke aus. „Das zeigt, dass QS-Daten interpretiert werden müssen“, mahnte er. Daten und QS-Berichte stellten den Ausgangspunkt für weitere Bewertungen dar. Diese Interpretationsarbeit könne wiederum nur von Patienten und Ärzten gemeinsam geleistet werden, so Henke.

QS-Initiative NRW: Über das Soll hinaus

Dass sich die Qualitätssicherer in NRW nicht mit den guten Ergebnissen ihrer Arbeit zufriedengeben, sondern mit der 2008 gestarteten QS-Initiative NRW zusätzliche positive Effekte für die Patientenversorgung erreicht haben, zeigte Dr. Hans-Georg Huber auf, Leiter der QS-Geschäftsstelle in Düsseldorf. Ausgangspunkt der QS-Initiative war die Beobachtung, dass einige Indikatoren auf hohem Niveau stagnierten und keine weitere Verbesserung der Ergebnisse möglich schien. Damit habe die Frage im Raum gestanden, wie bei geringem Mehraufwand für die Kliniken eine weitere Verbesserung der Versorgung erreicht werden könne. Als Lösung habe man sich darauf verständigt, sich auf einige wenige neue Indikatoren zu konzentrieren, etwa die Verkürzung der präoperativen Zeit nach einer Oberschenkelhalsfraktur, die nicht länger als 48 Stunden betragen soll, führte Huber aus. Dafür musste die Problematik der Wochenendversorgung dieser Patienten auf der Krankenhausebene diskutiert und nach Lösungen gesucht werden. Ein weiteres Beispiel sei die Anwesenheit eines Pädiaters, wenn eine Frühgeburt wahrscheinlich ist, sagte Huber. Dabei gehe es um die Verbesserung des Prozessablaufes in Geburtskliniken, die in diesen Fällen die Schwangere in Geburtzentren verlegen sollten, wo ein Pädiker obligat anwesend ist. Auch hier gingen die Qualitätssicherer direkt auf die Krankenhäuser zu, um sich vor Ort um Verbesserungen gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu bemühen. „Wir gehen dicht an die Situation heran, um Dokumentations-, Prozess- oder Strukturprobleme oder auch Personalengpässe zu erkennen und zu benennen.“ Da diese erste QS-Initiative gute Ergebnisse vorweisen kann, haben die Qualitätssicherer 2011 die QS-Initiative NRW 2.0 gestartet, um dieses niedrigschwellige Instrument weiter auszubauen.

Organisation der Qualitätssicherung

Die Gesundheitsstrukturreform des Jahres 2000 etablierte im § 135a SGB V (Sozialgesetzbuch V) die Verpflichtung, sich an einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen, „die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern“. Auf dieser Grundlage wurde 2002 in Nordrhein-Westfalen der Vertrag zwischen Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), den Landesverbänden der Kostenträger sowie den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe geschlossen. Er ist Grundlage für die Arbeit des Lenkungsausschusses auf Landesebene sowie für die bei den Ärztekammern angesiedelte Geschäftsstelle.

Der Lenkungsausschuss QS NRW besteht aus Vertretern der KGNW, den Landesverbänden der Kostenträger, den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie Patientenvertretern und sorgt für die Umsetzung der bundesweiten Vorgaben in NRW. Den Vorsitz im Lenkungsausschuss, der alle zwei Jahre zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft NRW wechselt, hat derzeit die KGNW inne. Die organisatorische und fachliche Durchführung der QS erfolgt durch die Landesgeschäftsstelle QS NRW mit je einer Regionalvertretung bei den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Sie hat ihren Sitz derzeit bei der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf. Die Geschäftsstelle organisiert die Arbeit vor Ort und ist Ansprechpartner für die Krankenhäuser und Vertragspartner.