

Thema: Mitte Dezember wird der Gemeinsame Bundesausschuss voraussichtlich ein Set von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Krankenhausversorgung beschließen. Angelegt ist damit auch ein stärkerer Durchgriff des Bundes auf die Versorgung in der Region. Und es ist ein weiterer Versuch, den Pay-for-Performance-Gedanken zu etablieren. Auf einer Veranstaltung der Geschäftsstelle QS NRW sprachen Experten im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf jedenfalls von einem Paradigmenwechsel.

von Jocelyne Naujoks und Bülent Erdogan

Qualitätssicherung im Krankenhaus: Die Zeichen stehen auf Umbruch



Klare Worte findet die Vertreterin des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Dr. Regina Klakow-Franck, Unparteiisches Mitglied im G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung, spricht von „zwingend einzuhaltenden Strukturqualitätsanforderungen“, „unmittelbar und sofort verbindlichen“ Richtlinien für Krankenhäuser und „konkreten Zielvereinbarungen“. Das Normenwerk, von dem sie auf der 14. Ergebniskonferenz der Geschäftsstelle QS NRW zur externen stationären Qualitätssicherung Ende Oktober in Düsseldorf spricht, ist die Qualitätssicherungs-Richtlinie des G-BA für die Versorgung der Früh- und Reifgeborenen. Diese gibt eine Eins-zu-eins-Betreuung bei intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen vor. Mit einer Frist bis Ende dieses Jahres habe man den Kliniken „sehr, sehr lange Übergangszeiten“ zur Erfüllung der Vorgabe eingeräumt, so Klakow-Franck. Da wäre nur ein Problem: Viele Kliniken werden die Vorgabe nicht einhalten können, wenige Wochen vor dem Ablauf der Frist stehen alle Akteure unter Druck. Entsprechend nervös ist man offenbar auch beim G-BA, und dafür gibt es einen guten Grund, so Klakow-Franck: „Wenn die Richtlinie des G-BA nicht eingehalten wird, darf die Leistung nicht nur nicht vergütet, sie darf auch nicht erbracht werden.“

Die Personalvorgaben in der Neonatologie sind ein gutes Beispiel für den Stellenwert und die Dimension, die die Qualitätssicherung in der stationären Versor-

gung inzwischen einnimmt. Auch wenn Gesundheitspolitik eigentlich Ländersache ist, gelten zum Beispiel die Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA unmittelbar für alle Krankenhäuser. Anfang dieses Jahres trat zudem das *Krankenhausstrukturgesetz (KHSZ)* in Kraft. Es sieht vor, dass die Bundesländer Qualitätsindikatoren in ihre Krankenhausplanung aufnehmen können, sogenannte planungsrelevante Qualitätsindikatoren (PlanQI).

Ein Institut für „Exzellenzqualität“

Mit der Entwicklung von PlanQI hat der G-BA das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, kurz IQTIG, beauftragt. Das Institut hat in einem ersten Schritt planungsrelevante Qualitätsindikatoren auf Basis der bestehenden externen stationären Qualitätssicherungs-Indikatoren ausgewählt. Dabei hebt das IQTIG auf den Aspekt der Patientensicherheit beziehungsweise -gefährdung ab.

Inwieweit der G-BA den Empfehlungen des Instituts folgen werde, sei noch nicht beschlossene Sache, sagte Klakow-Franck auf der Konferenz in der Landeshauptstadt. Eine Entscheidung könnte Mitte Dezember fallen. In einem zweiten Schritt werde der G-BA das IQTIG beauftragen, neue planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die vor allem auf die Struktur- und Prozessqualität fokussieren, sagte Klakow-Franck. Während die bestehenden Indikatoren für den Zweck entwickelt worden seien, zwischen qualitativ auffällig und unauffällig zu unterscheiden, gehe mit der neuen Generation der Indikatoren ein Paradigmenwechsel einher: Ziel sei es, zwischen gut, durchschnittlich und unzureichend zu unterscheiden. Die externe stationäre QS folge damit einer anderen Qualitätsphilosophie als bislang.

Auch Dr. Christof Veit, Geschäftsführer des IQTIG, sieht in der Definition von „Exzellenzqualität“ ein neues Paradigma. Bisher messe Qualitätssicherung Standards, stelle aber überdurchschnittliche Leistungen nicht heraus. Das Konzept der Patientengefährdung sei indes eine Möglichkeit zu intervenieren, wenn im sogenannten Strukturierten Dialog mit dem betroffenen Krankenhaus keine Verbesserung eingetreten sei, so der gelernte Chirurg.

Patientensicherheit mit Patientengefährdung gleichzusetzen sei reflexionsbedürftig, sagte indes Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, in seinem Grußwort vor 300 Teilnehmern. Eine Sicherheitskultur, die auf Schuld und Sanktionen setze statt auf Prävention und Qualitätsverbesserung, bedeute einen Rückschritt für den Aufbau einer Sicherheitskultur. Aus ärztlicher Sicht sei bei der Krankenhausplanung auf Strukturqualität besonderer Wert zu legen, etwa in Form von Mindestpersonalvorgaben, so Henke. „Die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die Schwestern und Pfleger, die Physiotherapeuten und viele andere sind es ja, die den Patienten behandeln und betreuen. Fehlt es ihnen an Zeit – zum Beispiel auch für Gespräche –, so leidet der Patient darunter“, sagte er. Dagegen sind nach Auffassung des Kammerpräsidenten risikoadjustierte Vergleiche und ein Instrumentarium zur Messung von Ergebnisqualität längst noch nicht bis zur Praxistauglichkeit entwickelt. Henke forderte die Akteure auf, auf die Fachkompetenz und langjährige methodische Erfahrung der Landesgeschäftsstelle QS NRW zurückzugreifen.

PlanQI: NRW wählt das Opt-out

Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die der G-BA vorgebe, seien zunächst Bestandteil des Krankenhausplanes der Länder, auch wenn sie durch Landesrecht ausgeschlossen oder eingeschränkt werden können, sagte Gerhard Herrmann, Abteilungsleiter im NRW-Gesundheitsministerium. „Wir müssen erst in unser Gesetz gehen, um diesen Automatismus auszuschalten.“ Ein Grund hierfür: „Die regionalen Erfordernisse werden unseres Erachtens nur unzureichend akzeptiert und berücksichtigt.“ Die Landesregierung werde den Passus im Gesetz daher so ändern, dass die Indikatoren nicht automatisch übernommen werden. Die Rechtssicherheit der Qualitätskriterien sei ein entscheidender Faktor, sagte Herrmann. So müsse auch der Entscheidungsspielraum, den der G-BA den Bundesländern lasse, rechtssicher sein.

Den Ländern blieben ihre planerischen Gestaltungsmöglichkeiten; wie groß die Entscheidungsspielräume der Länder sein werden, müsse noch diskutiert werden, sagte Klakow-Franck. Seitens der Länder werde gewünscht, die Entscheidungskriterien soweit zu konkretisieren, dass Krankenhäuser dann nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn – dem Indikator folgend – nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität erreicht wird. Klakow-Franck spricht sich gegen eine solche „gebundene Entscheidung“, die kein Ermessen zulässt, aus. Der G-BA werde im Dezember zunächst im Beschluss verankern, wann unzureichende Qualität in einem für Planungszwecke ausgewählten Qualitätsindikator bestehe, so die Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Der G-BA könne zudem nur insofern zur Rechtssicherheit beitragen, als er auf Basis wissenschaftlich abgeleiteter Kriterien begründe, dass ein wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen dem Erreichen eines Qualitätsindikators und einer höheren Qualität bestehe. „Selbst wenn wir Ihnen, Herr Herrmann, rechtssichere Qualitätsindikatoren geben, bleibt Ihre Planungsentscheidung rechtlich anfechtbar“, entgegnete Klakow-Franck dem Vertreter des Ministeriums. Durch die Gestaltungsspielräume hätten die Länder selber eine Begründungsnotwendigkeit.

Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordwest, sparte nicht mit Kritik am Krankenhausstrukturgesetz. Statt auf Zu- und Abschläge für „gute“ oder „schlechte“ Qualität setzen er und andere Kassenbosse auf die Herausnahme von Klinikabteilungen aus dem Krankenhausplan. Bund und Länder gehen für 2017 im Saldo von Mehrausgaben von 60 Millionen Euro für Boni und Malusse aus. Hintergrund der Ablehnung von Abschlägen ist offenbar auch die Sorge vor immer neuen Rechtsstreitigkeiten. Außerdem fürchtet Ackermann, dass Kliniken versucht sein könnten, Abschläge durch eine höhere Leistungsmenge auszugleichen.

Auch das Thema Mindestmengen müsse zumindest für einige Bereiche wieder diskutiert werden, so der Krankenkassenchef. Damit würde auch ein Instrument geschaffen, um die Transparenz zu steigern. Ohne Transparenz könne es keine Qualität geben, so Ackermann. Das betrifft ihm zufolge auch den Heilungsverlauf nach Entlassung aus dem Krankenhaus: „Mein Gefühl ist, dass wir ein riesenproblem mit der Latenz haben werden.“

Matthias Blum, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), bezeichnete das *KHSG* in seiner Wirkung als „revolutionär“. Man werde es so schnell nicht vergessen. Klar sei, dass Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser „eine neue, andere Bedeutung bekommen werden“. Versorgungsauftrag und die Vergütung würden künftig abhängig werden von den Qualitätsergebnissen. Blum: „Wer etwas dauerhaft nicht kann, der soll es bleiben lassen.“

„Ich gehe nicht ins Krankenhaus, um bei einer Knie-TEP nicht zu sterben. Ich gehe ins Krankenhaus, um nach einer Knie-TEP vielleicht schmerzfrei zu sein und mich besser bewegen können“, sagte Dr. Ilona Köster-Steinebach vom Bundesverband der Verbraucherzentralen auf der Veranstaltung. Als zentrales Ziel nannte sie die „Vermeidung vermeidbarer Gefährdung“ als Folge unzureichender Ausbildung und Kenntnisse, sachlicher oder personeller Ausstattung oder unzureichender Sorgfalt und falscher Anreize. Die bisherige QS-Berichterstattung habe viele Defizite, zum Beispiel die Datenbasis, verzögerte Dokumentation oder die Dokumentation durch den entlassenden Standort und nicht den, der die Behandlung erbracht hat. Außerdem machten die QS-Berichte bislang keine Angaben zu besonders guter Qualität.

Mit Fonds gegen Über-, Unter-, Fehlversorgung

Hoffnungen setzt die Landesregierung NRW in den Krankenhausstrukturfonds. Dieser sei ein Instrument, um Überkapazitäten im Krankenhaus im planerisch vertretbaren Umfang abzubauen und die Konzentration der Leistungserbringung zu fördern, sagte Gerhard Herrmann, Abteilungsleiter im NRW-Gesundheitsministerium. In einigen Teilen des Landes gebe es eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung. Eine Auflösung dieser Ineffizienzen wird seines Erachtens einen Beitrag zu einem Mehr an Qualität in der Versorgung leisten. Dazu gehöre auch die Umwandlung von stationären in bedarfsnotwendige Versorgungsangebote, sagte Herrmann.

Von einer Frist zur nächsten?

Zurück zu den Frühchen: Sie sei nicht bereit, von dem geforderten Personalschlüssel abzuweichen, setzte Klakow-Franck die Vertreter der Klinikseite unter Druck. Mit einer weiteren Übergangsregelung sei sie nur dann „schweren Herzens“ einverstanden, wenn diese an eine Zielvereinbarung geknüpft sei und gemeinsam mit den Perinatalzentren und den Krankenhausträgern konkrete Maßnahmen vereinbart würden, wie der Personalschlüssel in den kommenden drei bis fünf Jahren erfüllt werden könne.

KGW-Vertreter Blum erwiderte, die Richtlinie mit Gewalt durchzudrücken, werde nicht funktionieren. Eine Eins-zu-eins-Betreuung 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr sicherzustellen, sei nicht zu leisten.

Wenn die Kliniken die Frühchen nicht mehr versorgen dürften, müssten Perinatalzentren geschlossen werden. Ob dann eine flächendeckende Versorgung noch sichergestellt werden könne, das könne er nicht sagen, so der Vorsitzende des Lenkungsausschusses QS NRW.

Schon bei der Debatte um die Leitlinie habe die Deutsche Krankenhausgesellschaft im G-BA verdeutlicht, dass die Anforderungen nicht erfüllt werden könnten, auch nicht in der Übergangsfrist – und das werde auch „in zehn Jahren“ nicht möglich sein, sagte Blum. Doch man habe sich dem „politischen Druck“ beugen müssen, schließlich sei es ja um die „Kleinsten der Kleinen“ gegangen. Bis heute hätten die Perinatalzentren die Anzahl ihrer Mitarbeiter um acht Prozent erhöht, sagte Blum. Man schaue sich sogar in Ungarn und auf den Philippinen nach Krankenschwestern um.

CIRS-NRW arbeitet an Umsetzung von G-BA-Richtlinien



Burkhard Fischer von der KGNW stellte neueste Entwicklungen bei CIRS-NRW vor.
Foto: bre

CIRS NRW
www.cirs-nrw.de

Burkhard Fischer, Leiter des Referats Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), freute sich auf dem diesjährigen CIRS NRW-Gipfel in Düsseldorf über die hohe Beteiligung an dem landesweiten Lern- und Berichtssystem zur Vermeidung von kritischen Ereignissen in der Patientenversorgung. Derzeit stünden über 620 Berichte im Archiv der „Berichte des Quartals“. Es sei erfreulich zu beobachten, dass immer mehr Meldungen aus dem ambulanten Bereich kommen, sagte der Diplommedizininformatiker Fischer: „Das funktioniert schon richtig gut.“ Wenn die Nutzer von CIRS-NRW noch mehr Gebrauch von der Kommentar-Funktion auf der Lern- und Berichtsplattform machten, könnte CIRS-NRW noch lebendiger werden. Diese Funktion werde „noch zu selten genutzt“, sagte Fischer auf der Veranstaltung, die in diesem Jahr unter dem Motto „Alles gesagt – alles verstanden?“ stand. CIRS-NRW steht für Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen. Es ist ein seit Jahren von den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes sowie der KGNW und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin getragenes online-gestütztes Meldesystem. Dort berichten ambulant oder stationär tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinische Fachangestellte (MFA) oder Krankenpfleger im stationären Sektor über eingetretene oder beinahe geschehene Fehler und erläutern zum Teil, welche Maßnahmen dagegen ergriffen werden können. Mit Hilfe der Berichte können ähnliche Pannen in anderen Kliniken oder Praxen vermieden werden, so die Grundidee.

CIRS sei ein innovatives und unbürokratisches Instrument von Ärzten, mit Ärzten, für Ärzte, MFA und Krankenpfleger und sei im Laufe der Jahre auch eine Sache der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte geworden, sagte der scheidende stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassen-

ärztlichen Vereinigung Nordrhein, Bernhard Brautmeier, auf dem CIRS-Gipfel im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat kürzlich eine Richtlinie zu „Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (üFMS-B)“ veröffentlicht (*Internet: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/85*). Zugelassene Krankenhäuser erhalten einen Zuschlag nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), wenn sie nachweisen können, dass sie an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem teilnehmen, das den G-BA-Anforderungen entspricht. Der G-BA fordert unter anderem: das System muss allen Einrichtungen offenstehen und frei zugänglich sein. Es dürfen keine personenbezogenen Daten verarbeitet werden und die Rückverfolgung der Meldenden muss ausgeschlossen sein. Gleichzeitig sollen die Betreiber der Systeme den Kliniken jährlich die Teilnahme an dem System bescheinigen, damit der Zuschlag fließen könne. Burkhard Fischer sagte, CIRS-NRW erfülle bereits viele der Anforderungen des G-BA. Der vordergründige Widerspruch zwischen der Forderung nach verbotener Rückverfolgbarkeit der Melder und der Erbringung des Nachweises eines Krankenhauses, dass es sich an CIRS-NRW beteiligt habe, müsse technisch noch aufgelöst werden. „Ich bin zuversichtlich, dass wir dafür bis Ende 2016 eine Lösung gefunden haben und dann alle Anforderungen der G-BA-Richtlinie erfüllen können“, sagte Fischer. Wenn dies der Fall ist, wären die Voraussetzungen erfüllt, damit die sich beteiligenden Kliniken einen Zuschlag gemäß der Richtlinie erhalten zu können.

Kommunikationswissenschaftler Professor Dr. Achim Baum von der Hochschule Osnabrück rief den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Grundlagen des klassischen Kommunikationsmodells ins Gedächtnis: Auch wenn zwei Personen die gleiche Sprache sprechen, versteht der Informationsempfänger meist etwas anderes, als der Sender gemeint hat. Kurz: A sagt X und B versteht Y. Mit Blick auf das Risikomanagement-Instrument CIRS sagte Baum: Es ist gut, dass über Fehler oder Beinahe-Fehler gesprochen wird. Allerdings könnten sich aus dieser Kommunikation wiederum Risiken ergeben. Darüber müsse man sich bewusst sein, so Baum und zitierte den Soziologen Niklas Luhmann: „Kommunikation ist unwahrscheinlich. Sie ist unwahrscheinlich, obwohl wir sie jeden Tag erleben, praktizieren und ohne sie nicht leben würden.“
www.cirs-nrw.de

bre

Qualitätssicherung: Genuin ärztlich

Zu den Pionieren der Qualitätssicherung gehörten auch rheinische Ärztinnen und Ärzte: Im Jahr 1982 startete die nordrheinische Ärztekammer die sogenannte Rheinische Perinatalerhebung und reagierte damit auf eine im internationalen Vergleich hohe Mortalität bei Früh- und Neugeborenen. In den vergangenen drei Jahrzehnten konnte in der Geburtshilfe und Neonatologie die Mortalität von Frühgeborenen mit extrem niedrigem Geburtsgewicht unter (1.250 Gramm) beziehungsweise mit extremer Unreife unter 28 Schwangerschaftswochen (SSW) kontinuierlich verringert werden. Ende der 1970er-Jahre lag die Überlebensrate unter 30 Prozent, stieg dann in den Neunzigern auf mehr als 70 Prozent - und liegt heute bei über 80 Prozent.