

Am Puls

Wege zur Qualität im Gesundheitssektor

.....

Pflegenotstand, Krankenhauskeime, Ökonomisierung: Diese Negativschlagzeilen stehen auf den ersten Blick im Kontrast zur viel beschworenen Qualitätsoffensive im Gesundheitssektor. Doch was bedeutet Qualität speziell in diesem Sektor, und wie wird sie sichergestellt? Gesetze, Richtlinien und daraus abgeleitete Methoden bilden den formellen Rahmen. Daneben suchen verschiedene Akteure aus Forschung und Praxis sowie Vertreter von Verbänden und Krankenkassen nach neuen Wegen, die Patientenversorgung und -sicherheit zu verbessern.

.....

Johannes Kelch



Seit 2005 sind Leistungserbringer im Gesundheitswesen gemäß SGB V, § 135a zur Einführung eines internen Qualitätsmanagementsystems verpflichtet. Eine Zertifizierung fordert der Gesetzgeber nicht. Doch alle Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Ärzte, die Behandlungskosten von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet bekommen wollen, müssen einen sogenannten Versorgungsvertrag gemäß § 111 SGB V unterzeichnen. Dieser impliziert die Überprüfung ihrer QM-Systeme durch externe Zertifizierungsgesellschaften. Ohne Zertifikat erstatten die Krankenkassen den Vertragspartnern keine Kosten für erbrachte Leistungen.

Zehn Jahre später rief die Bundesregierung mit dem Krankenhausstrukturgesetz eine Qualitätsoffensive im Gesund- >>>



© stock.adobe.com/psdesign1

© 2018 Carl Hanser Verlag, München www.qz-online.de Nicht zur Verwendung in Intranet- und Internet-Angeboten sowie elektronischen Verteilern

INFORMATION & SERVICE

LITERATUR

- 1 **Scheday, S.:** Bildungswüste Beschwerdemanagement? Lehren aus dem Lob- und Tadel-Management im Krankenhaus. QZ 2/2018, S. 22–23
- 2 **Naegler, H.; Wehkamp, K.-H.:** Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018
- 3 **König, R.:** Nichts für schwache Nerven. Klinik Management aktuell 7+8/2018, S. 31–33
www.initiative-qualitaetsmedizin.de/mediapool/1891/media_file/sendfile
- 4 www.bkg-online.de/presse-oeffentlichkeitsarbeit/pressemitteilungen/sectoreuebergreifende-patientenbehandlung-als-gemeinsame-sache

AUTOR

Johannes Kelch arbeitet als freier Wissenschafts- und Technikjournalist in München.

KONTAKT

QZ-Redaktion
T 089 99830-618
qz@hanser.de

QZ-ARCHIV

Diesen Beitrag finden Sie online:
www.qz-online.de/6968780

heitswesen ins Leben. Sie umzusetzen obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). In diesem Ausschuss verständigen sich Kostenträger und Leistungserbringer des Gesundheitswesens über Leistungen, deren Finanzierung und auch über die Qualitätssicherung. In diesem Zusammenhang hat der G-BA 2015 die „Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“ erarbeitet. Zu diesen Anforderungen gehören ein Schnittstellen-, Beschwerde-, Risiko-, Fehler-, Notfall-, Hygiene-, Schmerz- und Qualitätsmanagement. Den Rahmen für die Umsetzung sollen Checklisten, Prozess- und Ablaufbeschreibungen bilden. Des Weiteren fordert die Richtlinie umfangreiche Erhebungen und Messungen der Qualität, unter anderem auch durch Patientenbefragungen. Das Personal soll regelmäßig geschult werden. Aufklärung, Information und Kommunikation sind Pflicht.

Insgesamt beschreibt die Richtlinie eine Mammutaufgabe. In einzelnen Bereichen haben die Krankenhäuser ihre Hausaufgaben bereits vor Inkrafttreten der Richtlinie gemacht. Dennoch kommen zusätzliche Anforderungen auf sie zu, beispielsweise die sektorenübergreifende Qualitätssicherung.

Viel Aufwand für umstrittene Kennzahlen

Bereits seit 2005 müssen alle zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland gemäß einer Vorschrift des G-BA jährlich einen Qualitätsbericht im neutralen XML-Format vorlegen. Übersetzt in eine lesbare PDF-Datei, ist dieser Bericht je nach Größe des Krankenhauses 400 bis 4000 Seiten stark. Erst im dritten Teil C werden vorgegebene Qua-

litätsindikatoren in Zahlen dargestellt und um standardisierte Aussagen ergänzt. Eine solche „Diagnose“ kann lauten: „Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)“ oder „Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle (U32).“

Auch solche Standard-Aussagen erfordern viel Vorarbeit. Cornelia Diwersy, Leiterin des Geschäftsbereichs „Medizin und Qualitätsmanagement“ bei der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, stuft den Aufwand für das Erstellen eines Qualitätsberichts als sehr hoch ein: „Ein geschulter Mitarbeiter muss aus dem gesamten Klinikbereich die Daten einholen, die in den jeweiligen Abteilungen oder abteilungsübergreifend vorliegen.“

Grundsätzlich ist es umstritten, wie sinnvoll Indikatoren sind, die anhand von rechnerischen Auffälligkeiten die Qualität eines Krankenhauses quantifizieren sollen. Zudem löst die überwiegende Mehrzahl der rechnerischen Auffälligkeiten erfahrungsgemäß „blinden Alarm“ aus. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft DGK wurden 2013 bundesweit insgesamt 17 600 „rechnerische Auffälligkeiten“ in den Qualitätsberichten registriert und daher mit den Krankenhäusern 17 600 sogenannte „strukturierte Dialoge“ (Nachfragen mit Fragebögen) geführt. Nach der Auswertung der Nachfragen blieben jedoch nur zehn Prozent „tatsächliche Qualitätsmängel“ übrig.

Dass die Qualitätsberichte nicht die erhoffte Wirkung entfalten können, bestätigt auch Regina Klakow-Franck, die bis Juni 2018 unparteiisches Mitglied des GB-A war. Im Vorwort des Qualitätsreports 2016 stellt die Expertin fest: „Die externe stationäre Qualitätssicherung erlaubt es uns, Probleme in der Versorgung zu identifizieren und durch den Strukturierten Dialog mit den einzelnen Kliniken individuelle Gegenmaßnahmen einzuleiten. Doch zeigt sich (...), dass diese Instrumente seit Jahren nur unzureichend Abhilfe schaffen. Die Notwendigkeit ergänzender Qualitätssicherungsinstrumente (...) ist evident.“

Von der Fehlermeldung zum Wissensmanagement

Ein anderes Werkzeug für die Qualitätssicherung ist seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes 2013 für alle deutschen

Krankenhäuser verpflichtend: ein Risikomanagement- und Fehlermeldesystem. Dieser Forderung kommen die Einrichtungen mit Critical Incident Reporting Systems (CIRS) nach. Im Rahmen dieses internen Fehlermeldesystems können und sollen Mitarbeiter (Beinahe-)Fehler mitteilen. Die Anonymität stellt dabei sicher, dass sie keine Sanktionen fürchten müssen. Das Krankenhaus soll aus den Fehlern lernen und durch Gegenmaßnahmen die Qualität der alltäglichen Arbeit verbessern. Neben den internen Systemen haben sich regional, auf Landes- und Bundesebene sowie international übergreifende Fehlermeldesysteme etabliert – häufig mit Spezialisierung, beispielsweise auf Anästhesiologie oder Notfallmedizin. Über die Nützlichkeit von CIRS als Element einer umfassenden Fehlervermeidungsstrategie sind sich Gesundheitsexperten einig. Wenn es nach dem „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ geht, sollen auch einrichtungsübergreifende CIRS künftig verpflichtend sein.

Dennoch gibt es einen Wermutstropfen: Der Aufwand, um mit CIRS Verbesserungen zu erzielen, ist erheblich. Bei banalen Fehlern (Verwechslung von Personen oder Medikamenten) sind Gegenmaßnah-

men schnell kommuniziert. Bei komplexeren Fachfragen hingegen lässt sich ohne profunde Kenntnis der Gesamtsituation nur schwer eine sinnvolle Problemlösung finden.

Vor allem bei großen externen und auf einzelne Fachgebiete spezialisierten Fehlermeldesystemen zeichnet sich die Erweiterung von Fehlermeldesystemen zu Lernplattformen ab, deren Input nicht mehr ausschließlich fehlerbezogen erfolgt. Positive Beispiele gelungener Problembewältigung und Kommentare zahlreicher Nutzer dürften die Wirksamkeit und Akzeptanz erhöhen.

Befragungen – Sprachrohr der Patienten?

Was berichten Patienten und ihre Angehörigen über ein Krankenhaus – während und nach der Behandlung? Fühlen sie sich gut beraten? Was gefällt ihnen, was nicht? Ihre Eindrücke ermöglichen Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität in einem Krankenhaus. Von aktuellen Beschwerden erfährt das Personal über das sogenannte Lob- und Beschwerdemanagement [1]. Eine weitere Möglichkeit, die Meinung der Patienten systematisch zu erfassen, sind Befra-

gungen nach Methoden der empirischen Sozialforschung (zum Beispiel ausführliche mündliche Interviews mit Aufzeichnung, kurze schriftliche Umfragen mit Antwortkategorien, computergestützte Telefoninterviews).

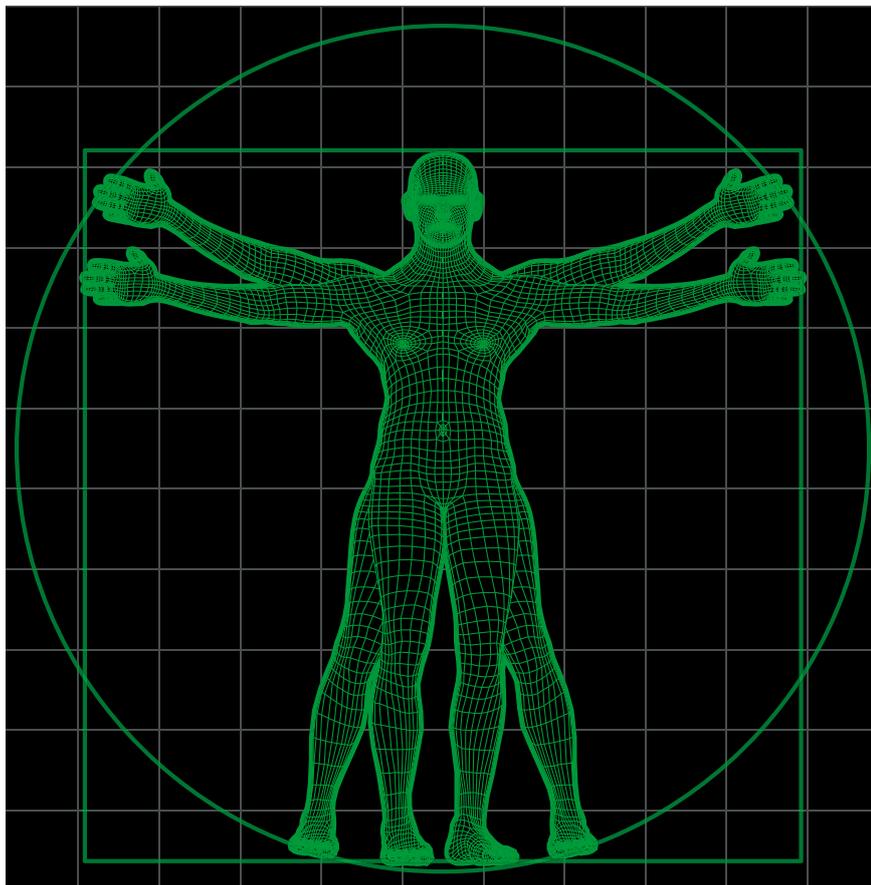
So sammelt beispielsweise das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf seit 2012 Erfahrungen mit einer kontinuierlichen Patientenbefragung. Auf mehr als 50 Stationen können Patienten Feedback abgeben zu den Themengebieten „Pflegedienst“, „ärztlicher Dienst“, „Informationen“, „Wartezeiten“, „Sauberkeit und Hygiene“ sowie „Verpflegung und Gesamtzufriedenheit.“ Dazu tippen die Patienten auf einem Touchscreen-Terminal am Krankentbett Antworten entlang einer Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ an. Dabei sind negative Bewertungen an eine Frage nach erforderlichen Verbesserungen gekoppelt.

Ökonomisierung versus Patientenorientierung

Das kontinuierliche Erfassen von Patientenmeinungen dient nicht nur der Qualitätssicherung, sondern soll auch den Weg zu mehr Patientenorientierung ebnen, wie sie zahlreiche Experten, Praktiker und Organisationen fordern. Der Ruf nach mehr Patientenorientierung wird immer lauter, je stärker wirtschaftliche Gesichtspunkte die Behandlung in den Krankenhäusern beeinflussen.

Die Professoren Heinz Naegler (Ökonom) und Karl-Heinz Wehkamp (Arzt und Soziologe) haben in Interviews mit 60 Ärzten und Klinikgeschäftsführern herausgefunden, welche Qualitätsprobleme sich aufgrund ökonomischer Zwänge in Krankenhäusern ausbreiten [2]. Die Befragten berichten anonym über massiven Druck, möglichst viele Fallpauschalen (Vergütung von Krankenhausleistungen) zu erwirtschaften und die Kosten der Behandlung gering zu halten. Dazu werden ambulant behandelbare Patienten unnötigerweise auf der Station untergebracht und lukrative, aber nicht zwingend erforderliche Operationen durchgeführt. Weniger profitable Abteilungen werden geschlossen, Personal vorzeitig entlassen.

Phänomene dieser Art fassen Naegler und Wehkamp unter dem Begriff „Ökonomisierung der Medizin“ zusammen. Der Erhalt des Krankenhauses, die Vermeidung





© stock.adobe.com/Stockwerk-ForDesign

derung von Insolvenz, die preisgünstige Behandlung, auch die Rendite eines Klinik Konzerns rücken in den Vordergrund. Ins Abseits gerät dabei die optimale Behandlung des Patienten – ohne teure Operation, ohne unnötige stationäre Aufnahme, mit zeitintensiven Gesprächen und konservativen Heilverfahren.

Vor diesem Hintergrund hat sich das Schlagwort „Patientenorientierung“ zu einer Art Chiffre entwickelt: gegen die Ökonomisierung der Medizin und die Fremdbestimmung der Ärzte und Pflegekräfte. Wer mehr Patientenorientierung fordert, opponiert nicht offen gegen die Missstände in den Kliniken, sondern spricht sich verdeckt für eine Abschaffung von Mängeln aus. Patientenorientierung bedeutet die Rückkehr zur medizinischen Qualitätssicherung durch qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte.

Mit Untergrenzen gegen Pflegenotstand?

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens spiegelt sich auch im eklatanten Pflegekräftemangel wider. Der Marburger Bund der Klinikärzte warnt in einer Stellungnahme aus dem Jahr 2017: „Schon heute hält die Personalausstattung im Krankenhaus mit der Leistungsverdichtung nicht Schritt.“ Mit „über Gebühr belasteten“

Pflegekräften und Ärzten sei „eine sichere Arbeit im Krankenhaus unmöglich“.

Im Sommer 2018 hat die Bundesregierung beschlossen, 4000 zusätzliche Stellen für Pflegekräfte in den Krankenhäusern zu finanzieren – nicht aus Fallpauschalen, wohlgerneht. Laut Verdi ist dies allerdings erst die Spitze des Eisbergs: Im Rahmen ihrer Soll-ist-voll-Aktion kommt die Gewerkschaft auf 80 000 zu besetzende Stellen.

Eine Reihe von Organisationen, vom Aktionsbündnis Patientensicherheit über DGB und Verdi bis zum Deutschen Pflegeverband, laufen in einer gemeinsamen Erklärung vom Juni 2018 Sturm gegen die vom Gesetzgeber geplanten Pflegepersonaluntergrenzen. In der Theorie sollen diese verhindern, dass Kliniken zu wenige Fachkräfte beschäftigen. In der Praxis könnten die Untergrenzen allerdings genau das Gegenteil erzielen. Die Kritiker befürchten, dass dann 75 bis 90 Prozent der Krankenhäuser bescheinigt bekommen, „dass sie mehr Personal beschäftigen als unbedingt erforderlich sei“, und ihr Personal weiter reduzieren.

Kampf gegen Keime

Eine der größten Herausforderungen für das Qualitätsmanagement aller Krankenhäuser ist die Hygiene. Große Probleme bereiten sogenannte nosokomiale Keime, be-

kannt als Krankenhauskeime, sowie multiresistente Erreger (MRE), die überwiegend von Patienten eingeschleppt werden. Das hessische MRE-Projekt hat ermittelt, dass der Anteil der vollstationär behandelten Patienten mit MRE-Problematik in hessischen Krankenhäusern von 1,2 Prozent im Jahr 2010 auf 2 Prozent im Jahr 2016 gestiegen ist. Neben Dekolonisierung und Isolierung der Patienten sollen Qualitätsindikatoren und strukturierte Dialoge in Hessen helfen, die Keimbelastung in den Griff zu bekommen.

Um Keime effektiver zu bekämpfen, schlägt der Versorgungsforscher von der Universität Köln, Professor Matthias Schrappe, komplexe Mehrfachinterventionen vor (engl. Complex Multicomponent Interventions, CMCI). Damit hätten Krankenhäuser in den USA nach Aussage des Arztes „durchschlagende Erfolge“ erzielt. CMCI basiert auf mehreren Maßnahmen, die einzeln für sich genommen keine oder nur eine geringe Wirkung erzielen, sich jedoch ergänzen und dadurch eine deutlich bessere Wirkung erzielen als Einzelmaßnahmen. Professor Schrappe zitiert in diesem Zusammenhang die sogenannte Michigan-Keystone-Studie zur Verhinderung von Katheter-assoziiertes Sepsis. Krankenhäuser konnten das Auftreten von

Blutvergiftung bei katheterisierten Patienten durch sechs sich ergänzende Maßnahmen vermeiden.

Peer Reviews: Kollegen lernen von Kollegen

Die zehn Jahre alte Initiative Qualitätsmedizin IQM, der 370 Krankenhäuser in Deutschland, Österreich und der Schweiz angehören, setzt auf die Peer-Review-Methode. Im Mittelpunkt stehen das Lernen mit Peers (erfahrenen und für die Tätigkeit als Peer ausgebildeten Kollegen) sowie Reviews (Gutachten). Über 580 ärztliche Peers (Chefärzte oder leitende Ärzte mit Abteilungs- und Personalverantwortung) und 150 Pflege-Peers (Fachkräfte mit personeller und/oder fachlicher Leitungsverantwortung) engagieren sich derzeit in der Initiative.

Am Anfang des Verfahrens steht die Identifikation von Auffälligkeiten in einer Klinik, die sich anhand von Routinedaten oder Qualitätsindikatoren manifestieren. Im nächsten Schritt führen die Chefärzte mit ihren Teams intern eine retrospektive Behandlungsaktenanalyse mit Selbstbewertung durch. Erst dann kommt es zum wesentlichen Bestandteil des Verfahrens, der Falldiskussion zwischen den Fachkräften vor Ort sowie Ärzte- und Pflege-Peers. In einer solchen Diskussion auf Augenhöhe werden Probleme zutage gefördert und quantifiziert. Darüber hinaus gelangen die Beteiligten zu Lösungsvorschlägen, die sich auf interdisziplinäre Schnittstellen, Standards, Leitlinien, Dokumentation und Abläufe beziehen.

Die Besuchstätigkeit zwischen den Mitgliedskrankenhäusern hat Licht- und Schattenseiten. Jochen Strauß, Chefarzt am Helios Klinikum Berlin-Buch, ist seit vielen Jahren überzeugter und engagierter Peer.

Nichtsdestotrotz berichtet er in einem Interview der Fachzeitschrift „Klinik Management aktuell“ [3] über hohe Arbeitsbelastung durch das zusätzliche Engagement. Wichtig ist für ihn die Frage, wie sich die Ergebnisse der Peer Reviews verbindlicher gestalten lassen. Seit Jahren beobachtet Strauß wiederkehrende Probleme, zum Beispiel Defizite beim Antibiotikamanagement und bei der ärztlichen Dokumentation.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Eine erst in Ansätzen umgesetzte Vorgabe aus der Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA ist die ambulant-stationäre oder sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Laut der Bayerischen Krankenhausgesellschaft wird die Qualität von Behandlungen erstmals in einem einheitlichen, gemeinsamen Verfahren dokumentiert und ausgewertet [4]. Im Bundesland Bayern hat sich eine Landesarbeitsgemeinschaft gebildet, um ebendiese Aufgabe in Angriff zu nehmen. Oberstes Ziel der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist es, dem Patienten überall eine durchgehend hohe Behandlungsqualität zu garantieren – ob beim Hausarzt oder beim Facharzt, ob in der Klinik oder in der Reha.

Die Digitalisierung stellt Werkzeuge zur Verfügung, die beim Umsetzen dieser komplexen Aufgabe unterstützen könnten. Denkbar ist beispielsweise, dass die elektronische Patientenakte zur zentralen Sammelstelle für alle Dokumente, Arztbriefe und Behandlungshinweise zu einem Patienten wird. Dass es schon bald zu einer über die Sektoren hinweg harmonisierten Qualitätssicherung mit elektronischer Unterstützung kommen wird, ist aus heutiger Sicht allerdings unwahrscheinlich. ■

