

# Externe vergleichende Qualitätssicherung der Krankenhäuser in NRW

## Grundlagen – Strukturen – Verfahren

### 1. Entwicklung der externen Qualitätssicherung

Die externe Qualitätssicherung basiert auf der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenhäuser, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zu beteiligen (§§ 135 und 137 SGB V, § 7 KHG NRW). Dadurch werden externe statistische Vergleiche von Qualitätsindikatoren zwischen den Krankenhäusern möglich. Diese Art der Qualitätssicherung hat ihre Wurzeln in medizinischen Qualitätssicherungsprojekten, die in NRW bereits in den 1970er Jahren in der Perinatalogie, Neonatologie und der Chirurgie durchgeführt wurden. Im Zuge der Einführung der ersten pauschalisierten Entgelte im Jahr 2001 wurde für die Krankenhäuser die Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten bundesweit verpflichtend. Auch unter dem neuen DRG-Entgeltsystem soll das bisherige Qualitätssicherungsverfahren beibehalten und weiterentwickelt werden. Hinzugekommen sind in den vergangenen Jahren u.a. die Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements (2000), Mindestmengen (ab 2004) und die Erstellung eines strukturierten Qualitätsberichtes (ab 2005).

### 2. Struktur und Institutionen der externen Qualitätssicherung

Für die externe vergleichende Qualitätssicherung ist eine umfangreiche Infrastruktur geschaffen worden, die aus verschiedenen Institutionen auf Bundesebene (Gemeinsamer Bundesausschuss, Unterausschüsse, Bundesgeschäftsstelle, medizinische und pflegerische Fachgruppen) und Landesebene (Lenkungsausschuss, Landesgeschäftsstelle, Arbeitsgruppen) besteht. Bei der externen vergleichenden Qualitätssicherung handelt es sich um ein zentralisiertes Verfahren, bei dem die Bundesebene den Rahmen und die Inhalte für die Qualitätssicherung vorgibt, während die Landesebene für die Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen zuständig ist.

#### **Bundesebene:**

- Der **Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)** in der Besetzung gem. § 91 Abs. 7 SGB V besteht aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Patientenvertretern und einem unparteiischen Vorsitzenden und ist das zentrale Beschlussgremium für die externe Qualitätssicherung. Hier werden unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie des Deutschen Pflegerates u.a. die grundsätzlichen Entscheidungen über die einbezogenen Leistungen, die Höhe der Vergütung (Bundeszuschlag) und die Sanktionierung bei fehlender Teilnahme getroffen.

- Die **Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)** ist das ausführende Organ auf Bundesebene. Sie ist mit der zentralen Entwicklung und Umsetzung der externen vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhaus beauftragt. Zusammen mit den vom GBA eingesetzten Unterausschüsse und medizinischen Fachgruppen werden Vorschläge für das Verfahren (z.B. Dokumentationsbögen), Qualitätsindikatoren zur Messung und Auswertungsmethoden entwickelt.

### Nordrhein-Westfalen:

- Der **Lenkungsausschuss QS NRW** besteht aus Vertretern der Krankenhausgesellschaft NRW (KGNW), den Landesverbänden der Kostenträger sowie den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Er sorgt für die Umsetzung der entsprechenden Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Landesebene. Den Vorsitz im Lenkungsausschuss, der alle zwei Jahre zwischen den GKV-Spitzenverbänden und der KGNW wechselt, hat zur Zeit die KGNW.
- Die organisatorische und fachliche Durchführung der Qualitätssicherung externen vergleichenden Qualitätssicherung erfolgt durch die **Geschäftsstelle QS NRW** mit je einer Einrichtung (Regionalvertretung) bei der Ärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe. Zur Zeit ist der Sitz der Geschäftsstelle, der ebenfalls alle zwei Jahre zwischen der Ärztekammer Westfalen-Lippe und Nordrhein wechselt, bei der Ärztekammer Nordrhein angesiedelt. Die Geschäftsstelle organisiert die Arbeit mit den Anwendern „vor Ort“ und ist Ansprechpartner für die Krankenhäuser und Vertragspartner. Zugleich ist sie für die Abstimmung mit der Bundesebene (BQS) und die Koordinierung der Arbeitsgruppen zuständig.
- Die vom Lenkungsausschuss eingesetzten **medizinischen Arbeitsgruppen** bewerten die Ergebnisse unter landesspezifischen Gesichtspunkten und initiieren einen „strukturierten Dialog“ mit den Kliniken bei statistischen Abweichungen von den entsprechenden Vergleichswerten auf Landes- und Bundesebene.

### **3. Verfahren, Inhalte und Ergebnisse der externen Qualitätssicherung**

Für festgelegte Leistungen sind von den medizinischen Fachgruppen auf Bundesebene Dokumentationsbögen (Module) entwickelt worden, die einen umfangreichen Datensatz von Qualitätsindikatoren enthalten. So werden u.a. Komplikationen wie Wundinfektionen oder Rahmenbedingungen der Strukturqualität (z.B. die Anwesenheit eines Pädiaters bei einer Frühgeburt) abgefragt.

Im Krankenhaus werden für jeden einzelnen Behandlungsfall, der zu den festgelegten Leistungsbereichen gehört, die entsprechenden Daten mit Hilfe einer speziellen Software erfasst. Die Datensätze werden von den Krankenhäusern an eine zentrale Datenannahmestelle gesandt, die die Daten in aufbereiteter Form an die Geschäftsstelle QS NRW (sowie nachgehend an die BQS) weiterleitet. Diese wertet die Daten sowohl auf Landes- und Landesteilebene als auch für das einzelne Krankenhaus aus. Jedes Krankenhaus erhält eine Auswertung seiner Daten und kann anhand der Vergleichszahlen (z.B. Landesdurchschnitt) erkennen, welchen Qualitätsstand es erreicht hat. Die beteiligten Vertragspartner erhalten die Auswertungen auf Landes- und Landesteilebene.

### **Katalog der einbezogenen Leistungen für das Verfahrensjahr 2003:**

#### **Stufe 1** (eingeführt in 2001)

Modul 12/1	Cholezystektomie
Modul 12/2	Appendektomie
Modul 16/1	Geburtshilfe
Modul 17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Modul 17/2	TEP bei Coxarthrose
Modul 17/3	Hüft-TEP-Wechsel
Modul 21/3	Koronarangiographie ggf. mit PTCA

#### **Stufe 2** (eingeführt in 2002)

Modul 01/1 Modul 01/2	Dekompression bei Carpaltunnel- bzw. Ulnarisrinnensyndrom
Modul 03/1	Kataraktoperation
Modul 05/1	Nasenscheidewandkorrektur
Modul 07/1	Tonsillektomie
Modul 09/1 Modul 09/2 Modul 09/3	Herzschrittmacher-Erstimplantation bzw. Herzschrittmacher-Aggregatwechsel Herzschrittmacher-Revision/-Explantation
Modul 10/2	Carotis-Rekonstruktion
Modul 12/3	Leistenhernie
Modul 14/1	Prostataresektion
Modul 15/1	Gynäkologische Operationen
Modul 17/5	Kniegelenks-Totalendoprothese (TEP)
Modul 17/6	Kniegelenks-Schlittenprothese
Modul 17/7	Knie-TEP-Wechsel
Modul 18/1	Mamma-Chirurgie
Modul 20/1	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)

Zusätzlich wird in den Krankenhäusern in NRW ein Qualitätssicherungsverfahren für sämtliche Behandlungen von Kindern in der Neonatologie durchgeführt.

Auf Landesebene begutachten und bewerten die medizinischen Arbeitsgruppen die Ergebnisse der Auswertungen. Bei Abweichungen von den in den Arbeitsgruppen festgelegten Referenzwerten werden dem Krankenhaus durch die Arbeitsgruppe Hinweise gegeben und ggf. Stellungnahmen zum Grund der Abweichungen angefordert („Strukturierter Dialog“). In einem vom Lenkungsausschuss verabschiedeten Stufenkonzept ist das Vorgehen bei statistischen Auffälligkeiten und Qualitätsdefiziten genau festgelegt. Durch diese Vorgehensweise ist für alle Beteiligte ein sicheres und nachvollziehbares Verfahren in diesem sensiblen Bereich gewährleistet.

Insgesamt sind in NRW sieben medizinische Arbeitsgruppen in den Fachdisziplinen Augenheilkunde, HNO, Urologie, Kardiologie, Chirurgie / Orthopädie, Gynäkologie / Geburtshilfe, Neonatologie eingerichtet worden. Auf der Ergebniskonferenz werden die Sprecher der Arbeitsgruppen über die Ergebnisse und Erfahrungen aus ihren Leistungsbereichen berichten. So werden u.a. die einzelnen Teilnahmequoten der Kliniken und die Häufigkeit von Interventionen (Hinweise, Bitte um Stellungnahme) vorgestellt. Exemplarisch werden einzelne repräsentative Qualitätsmerkmale und das erreichte Ergebnis in NRW näher erläutert.

#### **4. Finanzierung und Sanktionen der externen Qualitätssicherung**

Die Krankenkassen finanzieren das Verfahren der externen Qualitätssicherung über einen Zuschlag, der für jeden zu dokumentierenden Krankenhausfall gezahlt wird. Der Zuschlag besteht aus drei Teilen:

- Zuschlagsanteil für die Dokumentation des Krankenhauses  
(in 2003: 3,10 €)
- Zuschlagsanteil Land für die Aufwendungen der Landesgeschäftsstelle  
(in 2003: 2,05 €)
- Zuschlagsanteil Bund für Aufwendungen der BQS  
(in 2003: 1,60 €)

Der Zuschlagsanteil des Krankenhauses kann von den Kostenträgern dann zurückverlangt werden, wenn die Klinik der Dokumentationspflicht nicht nachgekommen ist. Darüber hinaus kann für die Leistungen der Stufe 1 das 50-fache (= 155,00 €), für Leistungen der Stufe 2 das 20-fache (= 62,00 €) und für Leistungen der Herzchirurgie das 120-fache (= 924,00 €) des Krankenhaus-Zuschlagsbetrages als Sanktion für jeden nicht dokumentierten Fall geltend gemacht werden. Aufgrund kurzfristiger Beschlüsse zur Änderung der Diagnosen- und

Operationsschlüssel sowie der Fallpauschalen-/Sonderentgelt-Kataloge zum Jahreswechsel 2002/2003 sind die o.a. Sanktionen bis max. 30.06.2003 ausgesetzt worden, sofern das Krankenhaus nachweist, dass die entsprechenden Software-Umstellungen nicht zeitgerecht erfolgen konnten.