

**Gemeinsame  
Pressekonferenz  
zur Ergebniskonferenz**

**„Qualitätssicherung in den Krankenhäusern in NRW“**

Statement

**Prof. Dr. Heinz-Peter Groneck**

Klinikum Leverkusen

Haus der Ärzteschaft, Düsseldorf

30. September 2004

## Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung in NRW 2004

### Qualitätssicherung in der Neonatologie Nordrhein-Westfalen, Erfahrungen und Ergebnisse seit 1987

Wenn wir heute an einem Symposium mit Ergebniskonferenz zur Qualitätssicherung in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern teilnehmen, so liegen zwischen der Geburtsstunde der „modernen“ einrichtungsübergreifenden und vergleichenden QS-Verfahren und dem Jahr 2004 bereits mehr als 30 Jahre. Hieran wurde bereits in den Beiträgen meiner Vorredner erinnert.

Nachzutragen wäre, **warum** QS-Verfahren von Ärztinnen und Ärzten im Zusammenhang mit ihrer täglichen Berufsausübung entwickelt wurden - und dass der Anstoß hierzu nicht etwa von der Gesundheitspolitik, der Gesundheitsökonomie oder den Krankenkassen kam.

Bei der Suche nach den Gründen muss an die Münchener Perinatalstudie von 1972 erinnert werden. Hintergrund hierfür war, dass über verschiedene Krankenhäuser betrachtet bei einigen medizinischen Vorgehensweisen in der Geburtshilfe deutliche Unterschiede festzustellen waren. Mit ausschlaggebend für die Überlegungen zur Einführung von QS-Maßnahmen war auch, dass Deutschland eine im internationalen Vergleich beträchtliche Sterblichkeit von Kindern während der Geburt bzw. im Zeitraum von bis zu 7 Tagen nach Entbindung aufwies.

Es gibt zahlreiche Gründe für unterschiedliche Vorgehensweisen in der Vorbereitung, Einleitung und Durchführung einer Geburt, es gab aber Hinweise dafür, dass bestimmte unterschiedliche, vielleicht vermeidbare Vorgehensweisen in direktem Zusammenhang mit Ergebnissen wie der Sterblichkeit von Neugeborenen stehen könnten.

Aus den Daten des für die Münchener Kliniken entwickelten Verfahren konkretisierten sich die Vermutungen von Zusammenhängen, beispielsweise zwischen durchgeführten oder nicht durchgeführten medizinischen Untersuchungen und Effekten im Hinblick auf die Sterblichkeit der Neugeborenen. Grund genug also, das QS-Verfahren rasch in Bayern auf sämtlichen Geburtskliniken auszuweiten, Grund genug auch allgemein über die gemessenen Ergebnisse wie auch die Bewertungen die medizinische Fachöffentlichkeit und später auch die Öffentlichkeit zu informieren und ebenso die Gesundheitspolitiker einzubeziehen. Es zeigte sich nämlich, dass einige Probleme für die Versorgung von Mutter und Kind damit zusammenhingen, dass in ganz kleinen Entbindungskliniken die Erfahrung von z. B. nachts Dienst tuenden Ärztinnen und Ärzten mit plötzlich auftretenden komplizierten Geburtslagen mitunter nicht ausreichte. Seltene Lagen der Kinder traten bei den insgesamt kleinen Ge-

burtszahlen so selten auf, dass ein einzelner Arzt - ohne eine entsprechende Erfahrung - nachts mitunter im Handling einer komplizierten Geburt überfordert war.

Es waren also die Erkenntnisse der Ärzte selbst, die die Entwicklung und Umsetzung von Qualitätssicherungsverfahren forcierten. Der Erkenntnisgewinn aus Daten des QS-Verfahrens vergrößerte ihren „Erfahrungsanteil“ in der Medizin - gerade auch die Erkenntnisse aus der Analyse fehlgeschlagener Behandlungen. „Jeder Fehler ist ein Schatz“, das wissen alle diejenigen, die sich mit Qualitätssicherung und den systematischen Ansätzen zur Verbesserung ihrer beruflichen Arbeitsergebnisse beschäftigen.

Ein weiteres, wichtiges Motiv für die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Geburtshilfe war aber auch, um mit den Problemen in der Versorgung von z. T. kaum lebensfähigen Kindern und den in der Neonatologie eingeführten systematischen Verbesserungsansätzen und als Resultat den verringerten Sterblichkeiten der Neugeborenen in der Öffentlichkeit besser verstanden werden zu können.

Als Ergebnis aus der konsequenten Umsetzung der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe konnte für den wichtigsten Prüfparameter, die Säuglingssterblichkeit, ein deutlicher Rückgang erreicht werden: Deutschland liegt 2003 mit etwa 0,5% auf einem der Plätze der führenden Länder mit der geringsten Säuglingssterblichkeit!

### **Die Qualitätssicherung Neonatologie: Ein Instrument zur Verbesserung und Erhaltung der Versorgungsqualität!**

Die Erkenntnisse aus der Geburtshilfe waren natürlich von besonderer Bedeutung für die Neonatologie, also derjenigen medizinischen Fachdisziplin, die sich in besonderer Weise um unreife oder auch kranke Kinder unmittelbar im Anschluss an die Geburt kümmert. Hier gab es eigene, besondere Problemfelder, die mit der spezifischen Qualitätssicherung in der Neonatologie aufgedeckt und abgestellt werden konnten. So wurde unter Nutzung der QS-Erkenntnisse über die besonderen Anforderungen für den sicheren Transport von Neonaten in die nächste Neonatologische Klinik mit freien Versorgungsplätzen erreicht, dass der früher durchaus risikoreiche Transport dieser Kinder heute in NRW nahezu ohne Probleme für die kleinen Patienten routiniert stattfindet.

Ein weiterer Punkt, an dem die Verbesserung der Versorgung von Neonaten wie auch die Beziehung zwischen der Qualitätssicherung Neonatologie und den verbesserten Versorgungsergebnissen gezeigt werden kann, ist mit der deutlichen Zunahme der zur Versorgung gelangenden unreifen Kinder gegeben. Es kann aus den Daten der Qualitätssicherung NRW für diese Kinder mit einem Geburtsgewicht von we-

niger als 1.500 Gramm belegt werden, dass für sie zwischenzeitlich erheblich verbesserte Überlebenschancen erreicht werden konnten. Neben der Entwicklung der neonatologischen Versorgung waren hier die QS-Erkenntnisse über die Versorgungswirklichkeit in Nordrhein-Westfalen, die Umsetzung von Verbesserungen in den Kliniken sowie die anschließende Beobachtungsmöglichkeit der in der flächendeckenden Versorgung erreichten Verbesserungen und ihre Feststellung von ausschlaggebender Bedeutung!

Nicht erst seit der gesetzlichen Verpflichtung zur Qualitätssicherung betreiben die Neonatologen ihre Qualitätssicherung. Im Zusammenhang mit den vom Gesetzgeber formulierten Forderungen stabilisierten sich jedoch die zunächst von den gemeinschaftlich mit den Ärztekammern in NRW getragenen Strukturen, das „Back-Bone“, z. B. eine Geschäftsstelle wie auch die spezifische neonatologische Arbeitsgruppe QS NRW, mit Hilfe derer sich die großflächigen QS-Datenerhebungen, Analysen und Bewertungen stabil und kontinuierlich seit langer Zeit in NRW erfolgreich durchführen lassen.

Die Qualitätssicherung Neonatologie wird in Nordrhein-Westfalen eigenverantwortlich und bislang ohne Vorgabe von der Bundesebene (Gemeinsamer Bundesausschuss oder BQS) zwischen den Selbstverwaltungspartnern im Gesundheitswesen NRW und den beteiligten Kliniken und Ärztinnen/Ärzten seit 1987 erfolgreich durchgeführt. Es konnte gezeigt werden, dass das klassische Modell des sog. PDCA-Qualitätszyklusses (**P**lan, **D**o, **C**heck, **A**ct) im intensiven Dialog mit den Kliniken insbesondere zu einer risikoadaptierten, pränatalen Verlegung von Frühgeborenen in Kliniken mit entsprechender Ausstattung führte. Der gleichzeitige Vergleich der Einhaltung qualitativer Standards in der Versorgung konnte in den zurückliegenden Jahren lokale Schwachstellen aufdecken und Hinweise und Unterstützung zur Verbesserung der Versorgung liefern - mit erzielten klaren Verbesserungen insbesondere der Überlebenschancen der in die nordrhein-westfälischen neonatologischen Kliniken eingelieferten Neugeborenen. Verbesserungen, die bei weiter rückläufigen Geburtenzahlen auch gesellschaftlich von zunehmender Bedeutung sein dürften!