

10 Jahre externe Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen auf dem Prüfstein

Rückblick und Aussicht

Bereits zu Beginn des Jahres beschäftigte sich der Ausschuss Qualitätssicherung an der Sächsischen Landesärztekammer mit der Frage, inwieweit 10 Jahre externe Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen ein Grund zum Feiern sein könnte. Die Antworten hierzu waren vielfältig und reichten von positiven Einschätzungen bis hin zu kritischen und auch resignativen Meinungen. Im kleinen Kreis des Ausschusses herrschte Einigkeit, dass sich dieses bunte Meinungsbild auch innerhalb der Ärzteschaft wiederfindet und das 10jährige Jubiläum eine gute Gelegenheit bietet, der Vergangenheit einen Spiegel vorzuhalten. Diese Reflexion ist Teil des sogenannten PDCA-Zyklus und soll die vergangenen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung hinsichtlich des tatsächlich Erreichten, gemessen an der ursprünglichen Zielsetzung überprüfen, um konsequenterweise Empfehlungen für die zukünftige Weiterentwicklung abzuleiten.

Mit diesem Anliegen möchte der Ausschuss Qualitätssicherung in einen offenen und kritischen Dialog insbesondere mit der sächsischen Ärzteschaft treten und hat aus diesem Grund die Form des Interviews gewählt, in dem der langjährige Vorsitzende des Ausschusses, Herr Dozent Dr. med. habil. Roland Goertchen, der derzeit Vorsitzender des Lenkungsgremiums ist, Fragen der amtierenden Ausschussvorsitzenden, Frau Dr. med. Maria Eberlein-Gonska beantwortet. Im Anschluss stellen die verschiedenen Arbeitsgruppen wesentliche Ergebnisse aus den vergangenen 10 Jahren vor.

Herr Kollege Goertchen, wir blicken zurück auf 10 Jahre externe Qualitätssicherung an der Sächsischen Landesärztekammer und damit verbunden auch auf die aktive Mitarbeit in der Bundesärztekammer zum Thema Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement. Worin lag zu Beginn das Neue und Besondere für die Ärzteschaft?

Mit der konstituierenden Sitzung der Sächsischen Landesärztekammer am 12. Mai 1990 begann die berufseigene Selbstverwaltung. Darin lag und liegt im eigentlichen Sinne das Neue und Besondere. Die Tatsache an sich, dass die Ärzteschaft traditionsgemäß Qualitätssicherung auf freiwilliger Basis betreibt, war nicht neu, denkt man an die Autopsie oder an Dokumentationsprojekte in der Anästhesie, an die Kommissionen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit wie auch an die Qualitätsvergleiche in der gynäkologischen Zytologie sowie Labormedizin. Neu war neben der Gründung des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie und der notwendigen Vertragsgestaltung zur externen Qualitätssicherung zwischen Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft und der Sächsischen Landesärztekammer insbesondere die Übernahme und Einführung bewährter und zugleich gezielt ausgewählter Qualitätssicherungsprojekte wie zum Beispiel in der Perinatalogie, Neonatologie und Chirurgie.

Welche Strukturen mussten zusätzlich geschaffen werden, um eine landesweite Standortbestimmung in der externen Qualitätssicherung zu ermöglichen?

Unabhängig von der Wahl des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie an der Sächsischen Landesärztekammer erfolgte die Konstituierung des Lenkungsausschusses mit Vertretern der drei Vertragspartnern, die Einberufung von Facharbeitsgruppen und der Aufbau einer Projektgeschäftsstelle, ohne die diese umfangreiche Arbeit überhaupt nicht hätte bewältigt werden können.

Wo lagen seinerzeit die Probleme?

Zum einen, dass gar nicht so viele Projekte realisiert werden konnten, wie die Ärzteschaft anstrebte. Zum anderen, dass wir damals schon wussten, dass die generelle Methodik von Fallanalytik allein nicht ausreichen wird, wenn nicht zusätzlich problemanalytische Projekte und die Entwicklung sowie Implementierung von Qualitätsindikatoren hinzu kommen.

Können Sie nach 10 Jahren externer Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen feststellen, dass diese in der Tat Einfluss auf die Versorgungsqualität gehabt hat und damit auch Ergebnisse aufweisen kann?

Die ersten ablesbaren Ergebnisse und Erfolge zeigten sich nach etwa 3 Jahren. So wurde zum Beispiel die Säuglingssterblichkeit gesenkt und dies besonders mit Hilfe des sogenannten Regionalisierungskonzeptes in Sachsen. Mit der Ausweitung und Aktualisierung der Embolieprophylaxe kam es unter anderem auch in der Chirurgie zu einer nachweisbaren Senkung thrombembolischer Komplikationen und vieles mehr. Da der Wissensstand sich kontinuierlich ändert, kam es notwendigerweise zu Projektüberarbeitungen und

dies insbesondere in der Neonatologie. In der Perinatalogie konnten auf der Basis der langjährigen Erhebungen eine Reihe von Qualitätsindikatoren abgeleitet und eingeführt werden. Darüber hinaus wurde es mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit, operiertes Gewebe einer histologischen Untersuchung zuzuführen. Insgesamt wurde eine Basis geschaffen für die Rückwirkung auf das innere Qualitätsmanagement der einzelnen Einrichtungen.

Orientierte sich die Tätigkeit des Ausschusses Qualitätssicherung ausschließlich auf die Durchsetzung und Etablierung von Projekten der externen Qualitätssicherung?

Nein, von Beginn an war und ist es Ziel, dass mit Hilfe der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung Einfluss genommen werden kann auf das interne Qualitätsmanagement der Krankenhäuser. So gab es zeitweilige Arbeitsgruppen, die eine landesweite Erhebung zur Situation der Krankenhaushygiene und der Autopsietätigkeit im Freistaat Sachsen durchführten. Parallel dazu beschäftigte sich der Ausschuss mit der Zertifizierung von Krankenhäusern und organisierte nicht zuletzt in nahezu jährlichen Abständen eine Reihe von Informationsveranstaltungen mit Themen über die Zielstellung und Methoden des externen und internen Qualitätsmanagements. Dieses Engagement war auch Teil des nunmehr zum dritten Mal stattfindenden Curriculums Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, welches sächsischen Ärzten die Möglichkeit einer Zusatzbezeichnung bietet.

Im allgemeinen ist die berufspolitische Tätigkeit der Ärzte, insbesondere auch an der Kammer eine ehrenamtliche Tätigkeit. Gibt es innerhalb der Selbstverwaltung auf dem Gebiet der externen Qualitätssicherung auch hauptamtliche Mitarbeiter?

Ja, in der Tat sind die überwiegende Mehrzahl der Ärzte, die sich für die externe Qualitätssicherung einsetzen, zum Beispiel in den Facharbeitsgruppen, ehrenamtlich tätig. Dies gilt auch für die Mitwirkung im Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie wie auch im Lenkungsgremium auf der Basis des dreiseitigen Vertrages (§ 137 i.V. mit § 112 Abs. 2 Nr. 3 SGB V) über die Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung gemeinsam mit den Vertretern der sächsischen Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V.

Anders ist es bei den Mitarbeitern der Projektgeschäftsstelle, die von Herrn Dr. Schlosser geleitet wird und ihre gesetzliche und strukturelle Grundlage in eben diesem dreiseitigen Vertrag findet. Die Projektgeschäftsstelle ist damit die einzige hauptberuflich tätige Instanz für die externe Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen. Sie hat eine Schlüsselstellung bezüglich der Koordination des Informationsflusses zwischen allen Ebenen des Landes und Bundes auf dem Gebiet der externen Qualitätssicherung, insbesondere auch zur Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) in Düsseldorf. Die Arbeit verlangt nicht nur ärztliche Profession und Kompetenz, sondern auch einen hohen interdisziplinären Sachverstand. Dies wird allein an der Vergabe von Kriterien zur Plausibilitätsprüfung statistisch-medizinischer Ergebnisse deutlich.

Die externe Qualitätssicherung wurde durch die Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte schrittweise wesentlich erweitert. Damit wurden weitere Fachdisziplinen wie die Urologie, Gynäkologie und nicht zuletzt auch die Kardiologie gegenüber den Anfängen der externen Qualitätssicherung nun auch bundesweit verstärkt mit einbezogen. Auf den ersten Blick scheint dies ein großer Schritt nach vorn zu sein. Wie ist Ihre Meinung zu dieser Entwicklung, gibt es Schattenseiten bezogen auf die jetzige Situation?

Zweifelsohne ist es ein Vorteil, wenn eine Vielzahl von medizinischen Fachdisziplinen durch Projekte in die externe Qualitätssicherung einbezogen sind bzw. werden. Dies war von Anfang an das Anliegen der Ärzteschaft wohl aber auf der Basis der traditionsgemäßen Freiwilligkeit, die gut funktionierte!

Die jetzt geltende Gesetzlichkeit hat zwar eine verstärkte Vergleichbarkeit für alle Beteiligten gebracht, wohl aber unverkennbar eine Einschränkung der Freiheit hinsichtlich der Auswahl der Projekte, der Methodik und des Umfangs. Gesetzlich geregelte Vergleichbarkeit hat immer etwas mit Freiheitsverlust bzw. Freiheitseinschränkung und damit mit Innovationsverlust zu tun. Darüber hinaus können angedrohte Sanktionen zwar Druck ausüben, sicher jedoch nicht das Verständnis und Problembewusstsein wecken.

Die Entwicklung und Umsetzung landeseigener Projekte mit der Zielstellung von Problemanalysen unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung ist damit den Ländern fast

vollständig genommen, unabhängig von den vielschichtigen logistischen Problemen. So stehen wir aktuell vor der großen Gefahr der Produktion von Datenschnitt, der unbearbeitet bleibt und letztlich nur die Kräfte unserer ärztlichen Kollegen vor Ort im Krankenhaus aufzehrt. Meines Erachtens ist ein Teil der zur Zeit laufenden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nicht ausgereift, ebenso wie die Rahmenbedingungen unter denen diese Erhebungen stattfinden. Die externe Qualitätssicherung ist endlich vom Entgelt zu lösen und methodische Überarbeitung dringend angezeigt. Denkt man zum Beispiel an die Erfassung der Hernien unter Einbeziehung der Narbenhernie, so ist es unvermeidlich von Dummydaten zu sprechen. Gleiches gilt für das Problem der Carotis subclavia Stenose.

Die Ärzteschaft hatte im voraus in Vertretung durch die Bundes- und Landesärztekammern auf diese Gefahren schon vor Jahren hingewiesen. Voreilige gesundheitspolitische Entscheidungen und Administrationen erschweren jedoch eine sinnvolle Planung, Entwicklung und Umsetzung der externen Qualitätssicherung, was letztendlich die Gefahr des Akzeptanzverlustes bei den Krankenhäusern in sich birgt, wenn dies nicht sogar schon geschehen ist! Mehr und mehr wird dabei auch ein Ausschuss für Qualitätssicherung an der Sächsischen Landesärztekammer sowie ein Lenkungsgremium der Vertragspartner zum Fremdkörper oder zu einem segellos herumtreibenden Schiff auf offenem Meer.

Denkt man darüber hinaus an die Einführung der DRGs, so offenbart sich eine widersprüchliche bzw. nicht geklärte Entwicklung auf dem Gebiet der externen Qualitätssicherung. Auch Leitlinien können dieses Problem nicht lösen, denn allein die regelmäßige Überprüfung auf Aktualität und die Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien ist nicht nur mit hohem Aufwand verbunden, sondern bereitet auch größte Schwierigkeiten. Leitlinien sind von sich aus von statischer Natur und aus Gründen der Praktikabilität wenig geeignet, die gesamte Komplexität einer Erkrankung abzubilden. So hat sogar David Sackett vor gar nicht langer Zeit davor gewarnt, dass zum Beispiel evidenzbasierte Leitlinien die Umsetzung des medizinischen Fortschritts in der ärztlichen Praxis verhindern und damit letztendlich die ursprüngliche Intension als Hilfe für die Therapiestrategie des Einzelfalles konterkarieren können.

Herr Kollege Goertchen, ist damit die Effektivität wie auch die Effizienz der bisherigen externen Qualitätssicherung nach dem Fallpauschalengesetz zu hinterfragen?

Verehrte Kollegin, unbedingt ja, denn bedenkt man, dass mit der Einführung der DRGs zwangsweise eine weitere Senkung der Verweildauer im Krankenhaus mit sich bringen wird und eine Kontinuität der externen Qualitätssicherung über die Schnittstelle hinaus nicht in Sicht ist, wird man sich fragen, ob bei einer Verweildauer von nur wenigen Tagen die statistischen Ergebnisse der externen Qualitätssicherung überhaupt noch Qualität reflektieren können. Erneut und mit Nachdruck stellt sich hier die Forderung, dass all diese Projekte die ambulante ärztliche Versorgung miteinbeziehen müssen. Dies ist in Sachsen trotz aller Bemühungen des Ausschusses nicht gelungen

All dies bedeutet ein Überdenken der bisherigen Methodik der externen Qualitätssicherung sowie die verstärkte Orientierung auf Qualitätsindikatoren.

Welchen Stellenwert hatte die Zusammenarbeit der Sächsischen Landesärztekammer mit den Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft Sachsen?

Einen sehr hohen, die Zusammenarbeit war und ist entscheidend geprägt von viel Ver-

ständnis, aber auch von Kollegialität und dem gemeinsamen Bewusstsein um die Zielsetzung von Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement. Dabei darf nicht vergessen werden, dass natürlich auch unsere Vertragspartner gesundheitspolitischen Zwängen unterliegen, die nicht unbedingt im Freistaat Sachsen hausgemacht sind. Verglichen mit anderen Bundesländern können wir mit Recht ein wenig Stolz über eine funktionierende, vertraglich bzw. gesetzlich geregelte Landesstruktur für die externe Qualitätssicherung sein, die arbeitsfähig war und geblieben ist sowie zugleich Öffnungsmöglichkeiten gegenüber landeseigenen Fragen potentiell beinhaltet. Ein Beispiel hierfür sind die Maßnahmen und Aktivitäten der externen Qualitätssicherung in der Neonatologie. Vieles jedoch musste leider offen bleiben, wobei die Ursachen hierfür nicht an einer mangelnden Konstruktivität liegen!

Herr Kollege Goertchen, zum Abschluss eine persönliche Frage?

Mit Blick auf die vergangenen 10 Jahre und die heutige Situation der Ärzteschaft, gibt es Ihrer Meinung nach eine Zukunft für die externe Qualitätssicherung?

Unter bestimmten Konditionen ja, denn die externe Qualitätssicherung bleibt für die Standortbestimmung und den Lernprozess als akti-

ver Beitrag für das innere Qualitätsmanagement eine der wichtigsten Säulen der Qualitätssicherung. Hierzu braucht es **die Ablösung von alleinigen zentralistischen Verfahrensweisen** und hin zur Methodik von Pilotstudien, die hinsichtlich Repräsentativität, Validität und Praxisrelevanz überarbeitet werden, damit in der Folge Datenschrott vermieden wird. Standortbestimmung mittels externer Qualitätssicherung muss gleichzeitig mit der **Entwicklung von Qualitätsindikatoren** einhergehen, da diese letztendlich die Chance bieten, die Datenerfassung auf wesentliche Parameter zu reduzieren und überschaubar zu gestalten. Dies alles hat aber zukünftig nur Sinn, wenn bei den Maßnahmen der externen Qualitätssicherung im stationären Sektor die **Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der niedergelassene Bereich die Kontinuität im Sinne der Weiterführung der Datenerfassung und -bewertung an der Schnittstelle und darüber hinaus garantiert**. Dies ist eine unabdingbar notwendige Voraussetzung, um letztendlich patientenorientierte Ergebnisse zu erhalten.

Frau Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung
in Diagnostik und Therapie der SLÄK

Dozent Dr. med. habil. Roland Goertchen
Vorsitzender des Lenkungsorgans der SLÄK

Neonatologie

10 Jahre externe Qualitätssicherung

Im Osten Deutschlands sind mit der Wiedervereinigung die Säuglingssterblichkeitskommissionen auf den verschiedenen staatlichen Ebenen weggefallen. Um in der Qualitätssicherung der Reproduktionsmedizin kein Vakuum entstehen zu lassen, ergriffen die Geburtshelfer und Neonatologen Sachsens bereits 1991 die Initiative und schlossen sich den Perinatal- und Neonatalerhebungen in den westlichen Bundesländern an – nicht zuletzt um sich mit diesen vergleichen zu können. So begann 1992 „die externe Qualitätssicherung Perinatalogie und Neonatologie in Sachsen“, geleitet von der gleichnamigen Arbeitsgruppe (AG) der Sächsischen Landesärztekammer. Die AG setzt sich aus vier Geburtshelfern, vier Neonatologen und einem Informatiker zusammen. Sie erhält in allen

organisatorischen Belangen tatkräftige Unterstützung durch Mitarbeiter der Landesärztekammer.

Es wird noch auf die Frage einzugehen sein, inwieweit sich die an die neue Form der Qualitätssicherung gestellten Erwartungen erfüllt haben, insbesondere ob diese die durchaus bewährte Praxis der Einzelfallanalysen ersetzen konnte.

Tätigkeit der Arbeitsgruppe

In ihren regelmäßigen Beratungen, 6 bis 7 mal pro Jahr, richtet die AG ihr Augenmerk neben der Organisation besonders auf ergebnisorientierte Auswertungen. Sie hat dafür einige relevante **Qualitätsindikatoren** definiert, die helfen, das Betreuungsniveau einer Klinik ein-

zuschätzen. Jährlich erhält jeder Klinikchef ein Schreiben mit der Einschätzung der Ergebnisse seiner Einrichtung. In diesem wird er sowohl auf positive als auch auf negative Auffälligkeiten hingewiesen und gebeten, diese aus seiner Sicht einzuschätzen und entsprechende Schlussfolgerungen zu ziehen. Außerdem werden alle geburtshilflichen und pädiatrischen Chefs einmal im Jahr zur sogenannten Klinikärztetagung eingeladen, wo die Gesamtergebnisse diskutiert und allgemeine Konsequenzen abgeleitet werden.

Strategische Schwerpunkte der AG stellen seit Jahren die Betreuungsoptimierung der sehr kleinen Frühgeborenen (< 1500 g), deren Regionalisierung sowie die weitere Verbesserung der Zusammenarbeit von Geburtshelfer und Neonatologen dar.

Ergebnisse

Einige Zahlen sollen zeigen, was in 10 Jahren – auch mit Unterstützung der sächsischen Peri- und Neonatalerhebung – erreicht wurde beziehungsweise wo zukünftig gezielte Anstrengungen erforderlich sind. Gegenübergestellt sind jeweils die Jahre 1992 und 2001 [Daten des Statistischen Landesamtes Sachsen (1), Daten der sächsischen Peri-/Neonatalerhebung (2)]:

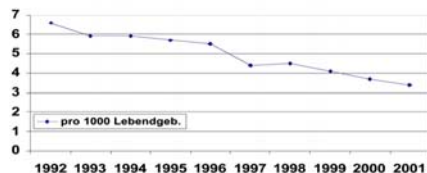
■ Die Totgeborenenrate konnte nicht gesenkt werden, sondern ist sogar leicht angestiegen (1992 2,9 ‰, 2001 3,2 ‰) (1).

■ Die Frühsterblichkeit (1.-7. LT) konnte halbiert werden (von 2,8 auf 1,4 ‰) (1).

Die aus diesen beiden Größen resultierende Perinatalsterblichkeit ist etwas gesunken (von 5,8 auf 4,7 ‰) (1).

■ Die Säuglingssterblichkeit konnte etwa halbiert werden (von 6,6 auf 3,4 ‰) (1):

Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Sachsen 1992 - 2001



■ Die Klinikmortalität der sehr kleinen Frühgeborenen (< 1500 g) konnte von 15,9 % auf 9,2 % gesenkt werden (2).

■ Schwere Hirnblutungen (Grad III und IV) bei sehr unreifen Frühgeborenen (< 32 Schwangerschaftswochen), die als Indiz für eine dauerhafte ZNS-Schädigung gelten, konnten ebenfalls reduziert werden (von 15,7 auf 10,4 %) (2).

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Während die Neugeborenenfrühsterblichkeit und die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr erfreulicher Weise deutlich gesenkt werden konnte, ist die Reduktion von Mortalität und Morbidität bei den sehr kleinen Frühgeborenen < 1500 g geringer ausgefallen. (Dieser Gewichtsgruppe kommt besondere Bedeutung zu: Obwohl sie nur einen verschwindend geringen Anteil aller Neugeborenen darstellt, nämlich unter 1 %, ist sie doch zu über 50 % an der neonatalen Kliniksterblichkeit beteiligt.) Sehr unbefriedigend ist die stagnierende Totgeborenenrate.

Daraus folgt, dass vordringlich das System der pränatalen Betreuung verbessert werden muss, damit Risikoschwangerschaften rechtzeitig der adäquaten Spezialbetreuung zugeführt werden. Um die sehr kleinen Frühgeborenen noch erfolgreicher zu behandeln, sollten deren Regionalisierung, das Hand-in-Hand-Arbeiten zwischen Geburtshelfer und Neonatologen sowie die personelle Ausstattung auf den Neugeborenenintensivtherapiestationen (als Voraussetzung für einen Schichtdienst rund um die Uhr) verbessert werden.

Anzustreben ist außerdem, dass die externe Qualitätssicherung überall im Lande durch Einzelfallanalysen im Rahmen von Qualitätszirkeln ergänzt wird. Während jene den wichtigen Vergleich mit anderen Einrichtungen

ermöglicht, hat diese ihre Stärke im Lern- und Erziehungseffekt. Denn individuelle unglücklich ausgegangene Verläufe von Patienten, die der Kollege selbst betreut hat und die ihm am Herzen liegen, werden hier zusammen mit ihm ausgewertet. Diese beiden Verfahren der Qualitätskontrolle ergänzen deshalb einander. Der Kreis in diesen Zirkeln sollte nicht zu groß sein. Sehr wertvoll ist die Hinzuziehung des Geburtshelfers. Die Frage, ob diese Einzelfallauswertungen innerhalb des Hauses oder zusammen mit anderen Kliniken der Region erfolgen, erscheint dagegen zweitrangig.

Prof. Dr. med. habil. Dieter Gmyrek
Vorsitzender der Arbeitsgruppe
Perinatalogie/Neonatalogie der SLAK

Geburtshilfe und Perinatalogie

10 Jahre
externe Qualitätssicherung

Seit jeher war die Überprüfung ärztlicher Leistungen wesentlicher Bestandteil geburtshilflichen Engagements.

Mitte der siebziger Jahre entstand unter epidemiologischer Sicht die Münchener Perinatalstudie, die von Geburtshelfern und Kinderärzten als freiwillige Maßnahme ins Leben gerufen wurde. Seither hat die Studie als „Perinatalerhebung“ ihren Weg in die Bundesländer genommen als älteste flächendeckend durchgeführte externe Qualitätssicherungsmaßnahme in Deutschland.

Diese Perinatalerhebung wurde bereits 1992 sehr früh in Sachsen eingeführt und konsequent durch die Landesärztekammer und deren neugebildeter Arbeitsgemeinschaft Perinatalogie/Neonatalogie (AG) betreut. Die traditionell enge Verbindung der Geburtshelfer und Neonatologen in einer AG und die intensive Zusammenarbeit mit der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (PGS QS) sicherten seitdem die Kontinuität der Arbeit.

Mit der Bundespflegegesetzverordnung und der Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte wurde die Verpflichtung verbunden, das geänderte Entgeltsystem qualitätssichernd zu begleiten. Es gelang intensiven Bemühungen, die in wesentlichen Teilen unveränderte Übernahme des weltweit einzigartigen Instruments „Perinatalerhebung“ zu erreichen und das Fehlen, dass Qualitätssicherung etwas mit dem Entgeltsystem zu tun hätte, zu korrigieren. Nach wie vor ist die Unterstützung der internen Selbstkontrolle und die Schaffung differenzierter Vergleichsmöglichkeiten zur externen Qualitätskontrolle konsequent verfolgte Zielstellung.

Seit dem Jahr 2001 sind weitere Neuerungen der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe zu berücksichtigen (siehe N. Lack: Vor welchen Neuerungen steht die Qualitätssicherung in

der Geburtshilfe? Frauenarzt 42/2001/826-831), die einen weiteren Schritt zur Eingliederung der bisherigen Perinatalerhebung in das Gesamtkonzept der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten bedeuten.

In Sachsen erfolgt die Datenverarbeitung nach wie vor auf Länderebene mit dem Vorteil qualitativ fundierter Beratung und Anleitung der teilnehmenden Einrichtungen in Nähe zu den Rohdaten. Qualifizierung statistischer Erhebungen ist durch Plausibilitätskontrollen und Korrektur erfasster Daten, in enger Verzahnung von PGS QS und Klinik, und zeitnahe Auswertung auf Landesebene möglich. Leider wurden Forderungen zur inhaltlichen Revision des Datensatzes, die deutliche Mängel offen legten, zu Gunsten formaler Revision des Datensatzes zurückgestellt. Wir vermisen zum Beispiel die Berücksichtigung hochaktueller Fragestellungen, wie „Wunschsectio“ und „Autopsie“ und beklagen die Aufnahme wenig praxisrelevanter Qualitätsindikatoren. In kollegialer Hilfestellung durch Dr. Lack (Geschäftsstelle Bayrische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung) wurde die revidierte Auswertung der Perinatalerhebung in Sachsen installiert und somit gewährleistet, dass die Arbeit mit den Daten des Vorjahres bereits zu Beginn des laufenden Halbjahres möglich wurde.

Zwei Arbeitskomplexe stehen im Zentrum unserer Bemühungen und haben alle anderen Themen konzeptionell beeinflusst:

- zum einen die Regionalisierungskonzeption des Landes Sachsen (seit 1994), die eine differenzierte Struktur der geburtshilflichen Einrichtungen zur geburtshilflichen und neonatologischen Betreuung untergewichtiger Kinder berücksichtigt und zum Ziel hat, das gesunde Überleben stark unreifer Frühgeborener zu gewährleisten,

- zum anderen die Einführung sinnvoller Qualitätsindikatoren (im Jahre 1998) zur För-

derung der internen Qualitätskontrolle über Einzelfallanalysen.

Beide Komplexe sind Grundlage eines jährlichen Dialogs zwischen den Klinikern und der AG, an dem sich alle geburtshilflichen Einrichtungen unter Wahrung der Anonymität beteiligen. Sowohl „gute“ als auch „unzureichende“ Qualität der Betreuung und derer Ergebnisse wird angesprochen; Kliniker mit deutlichen Abweichungen von Qualitätskriterien erhalten die Möglichkeit, ihre besondere Situation anlässlich einer AG-Sitzung zu diskutieren und zu begründen.

Kontakt zu den Klinikern wird auch durch die, nunmehr zum zehnten Male stattfindenden, jährlichen „Klinikärzttreffen“ gewährleistet. Ein jährlicher Bericht der AG, editiert in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer, wird in diesem Jahr zum zehnten Male vorliegen, wobei nicht nur die Daten der Perinatalerhebung dargestellt und interpretiert, sondern aktuelle Themen aufgegriffen und in Form von Publikationen durch die Mitglieder der AG abgehandelt werden.

Eine Form der Öffentlichkeitsarbeit der AG ist die regelmäßige Präsentation ihrer Tätigkeit in Wort und Schrift anlässlich der „Münchener Konferenz für Qualitätssicherung“. Analysen auf der Grundlage des umfangreichen Datenmaterials sind Themen von Vorträgen auf regionalen und überregionalen Fachtagungen.

In der Gewissheit der Möglichkeit weiterer Einflussnahme auf Ergebnisse der Prozessqualität und der Stabilisierung geburtshilflicher Leistungen im Freistaat kann die AG Perinatalogie/Neonatalogie guten Mutes in das zweite Jahrzehnt ihres Bestehens eintreten.

Dr. med. habil. Heiner Bellée
Stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgruppe
Perinatalogie/Neonatalogie der SLÄK

Chirurgie

10 Jahre
externe Qualitätssicherung

In der Chirurgie wurde 1992 die externe Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen in allen Kliniken und Abteilungen etabliert. Als Träger waren beteiligt die Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Sächsische Landesärztekammer.

Zum damaligen Zeitpunkt konnte die Datenerhebung nur über Bögen bei den drei Tracerdiagnosen Leistenhernie, Cholelithiasis/-zystitis und Oberschenkelhalsfraktur erfolgen. Für alle beteiligten Ärzte bedeutete dies einen erhöhten zeitlichen Aufwand im täglichen

Arbeitsablauf. Die Auswertungen der Ergebnisse, die jede Klinik erhielt, versetzten die Klinikleiter in die Lage, die eigene Klinik mit dem Landesergebnis zu vergleichen und Schlussfolgerungen für die innere Qualitätssicherung abzuleiten. Die Arbeitsgruppenmit-

glieder bewerteten die Ergebnisse aller Kliniken. Bei der Masse der Daten wurden die wichtigsten Items beurteilt. Grobe Auffälligkeiten konnten nie festgestellt werden. Hervorheben möchten wir, dass es uns in Rücksprache mit den Kliniken gelungen ist, die Durchführung der Thromboseprophylaxe und die histologische Untersuchung der Gallenblase auf nahezu 100 % zu erreichen.

Entgegen den sonst aus der Literatur bekannten Zahlen (etwa 5 %) stellten wir bei den Leistenhernien eine Rezidivquote von ungefähr 10 bis 14 % fest. Deshalb erfolgte für diese Feststellung eine gesonderte Auswertung im Land Sachsen. Die externe Qualitätssicherung dieser Jahre bis zur Änderung der Qualitätskontrolle bei Einführung der Fallpauschalen/Sonderentgelte wurde durchgeführt auf der Basis der damaligen wissenschaftlichen Erkenntnisse in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung im Lande Sachsen wurden auf Kongressen mitgeteilt, in Publikationen dargestellt und in jährlichen Veröffentlichungen allen Ärzten Sachsens zur Verfügung gestellt.

Kritisch muss angemerkt werden, dass in der BRD sich leider nur wenige Länder freiwillig der Qualitätssicherung unterzogen haben. So folgte seitens des Gesetzgebers mit Einführung der Fallpauschalen/Sonderentgelte die bindende Verpflichtung zur Qualitätskontrolle mit Androhung von materiellen Sanktionen bei Unvollständigkeit der Erhebung.

Mit der Einführung der Fallpauschalen/Sonderentgelte wurde die Datenerfassung stark reduziert. Dafür wurden wesentlich mehr Module für die Erfassung vorgesehen. Ein nahtloser Übergang zur neuen Qualitätskontrolle war nicht gewährleistet, weil die Software zum Starttermin 1. 1. 2001 nicht zur Verfügung stand. So gibt es eine unvollständige Erhebung für das Jahr 2001.

Nachdem die Erhebung nun eingeführt wurde, wurden erst die Bewertungskriterien seitens der Arbeitsgruppen bei der BQS festgelegt.

Seit der Einführung der Fallpauschalen/Sonderentgelte hat sich die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus deutlich verkürzt und mit dem neuen Entgeltsystem DRG wird sie noch weiter sinken. Daraus ergibt sich, dass wichtige chirurgische Qualitätsparameter bei einigen Modulen nicht mehr erfasst werden, zum Beispiel Wundheilungsstörungen, Thrombosen und deren Komplikationen. Es steht die Kontrolle der von den Krankenkassen in den Fallpauschalen/Sonderentgelten und später bei den DRGs beinhalteten materiellen Leistungen am Patienten im Vordergrund. Wir müssen darauf achten, dass seitens der Ärzteschaft weiterhin auch der medizinisch chirurgische Sachverstand eingebracht wird. Neue Verbindungen zu den weiterbehandelnden Ärzten müssten zur Auswertung der Qualitätssicherung unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung entstehen.

Dr. med. Egbert Perßen
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Chirurgie der SLÄK

Orthopädie

Externe Qualitätssicherung

Nach Abklärung des in Betracht kommenden Personenkreises durch die Sächsische Landesärztekammer über die Berufsverbände und Institutionen etablierte sich im Juli 1997 die Arbeitsgruppe „Orthopädie“. Von vornherein waren die Paritäten berücksichtigt: Orthopäde und Traumatologe aus dem universitären Bereich, Traumatologe auf Ebene des regionalen Krankenhauses, Belegarzt waren ebenso vertreten wie MDK und Projektgeschäftsstelle. Dies ermöglichte einen schnellen Start ohne Grabenkämpfe um Kompetenzen und Zuständigkeiten. Seit dem Jahr 2000 ist der Autor dieses kurzen Erfahrungsberichtes außerdem Mitglied einer sogenannte Expertengruppe „Orthopädie/Unfallchirurgie“, welche die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH in Düsseldorf regelmäßig berät. Über die in diesen Gremien bei der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V aufgetauchten Probleme und deren Bewältigung wird im folgenden stichwortartig Stellung bezogen, wobei kritische Anmerkungen ausschließlich im Dienste des Projektes erfolgen:

- Der ärztliche Aufwand (sprich: Arbeitszeit) für die Dokumentation wurde von allen Beteiligten gewaltig unterschätzt
- Eine dem Informationszeitalter angemessene Dokumentationsform wurde nicht erarbeitet, man überließ dies dem Markt (den Software-Produzenten) und bürdete Organisation und Finanzierung den Kliniken auf. Die ein-

zig akzeptable Lösung einer therapiebegleitenden Dokumentation auf elektronischen Medien, wobei die Items aus den ohnehin erhobenen Daten exportiert werden, erwies sich aber für die meisten Kliniken als unbezahlbar. Die Software-Hersteller trieben Wucher mit den durch Ausweitung der Module fälligen Updates.

- Dennoch war die Akzeptanz des Grundanliegens bei den Chefarzten und ihren Mitarbeitern erstaunlich groß. Die Botschaft, dass eine Leistung, wenn für sie eine Pauschale vereinbart ist, überprüfungsbedürftig ist, wurde verstanden. Auch der eingeschlagene Weg zur Bewältigung der enormen Aufgabe im Sinne der Selbstverwaltung mit Einrichtung von Geschäftsstellen in den Ärztekammern erwies sich als folgerichtig. Allein das föderalistische Prinzip führte in manchen Bundesländern (nicht in Sachsen) stand.
- Während sich die Datenströme über die mit der Auswertung betrauten Ärzte ergossen, wurde allmählich klar, dass Qualität mit einigen wenigen Items realistischer bestimmt werden kann als durch irrealer Vernetzungen von Items wie zum Beispiel Beweglichkeit, Status des zweiten Assistenten oder die Operationszeit. Gegenwärtig werden als Qualitätsindikatoren für Modul 17/1 (Schenkelhalsfraktur/ pertrochantäre Fraktur) die Items Implantatfehlheile/Prothesenluxation, präoperative Verweildauer > 2 Tage und Dekubitus sowie Letalität favorisiert;

für Modul 17/2 (Hüft-TEP bei Coxarthrose) Wundinfektion, Blutbedarf und Luxation; für Modul 17/3 (Hüft-TEP-Wechsel) perioperative Antibiotikaphylaxe und Luxationen. Im wesentlichen bestätigt sich Qualität also durch Abwendung oder Ausbleiben der typischen mehr oder minder zu erwartenden Komplikationen.

- Während in Sachsen bezüglich der Hüft-TEP bei Coxarthrose für das fällige Jahr 2001 per 16. 8. 2002 etwa 65% der zu erwartenden Datensätze ausgewertet werden konnten, waren es bundesweit nur 27%! Für den Hüft-TEP-Wechsel 2001 waren am 16. 8. 2002 sogar nur 19% der zu erwartenden Bundesdaten zentral dokumentiert. Bisher haben die Kostenträger Geduld bewiesen ...
- Orthopäden, Traumatologen und Chirurgen (34% der Hüft-TEP werden in der BRD in Chirurgischen Kliniken implantiert) haben gegenwärtig auf dem Sektor des künstlichen Gelenkersatzes bereits die Module 17/1 - 17/7 zu dokumentieren. Hier sollte zunächst erst einmal Vollständigkeit der Daten erreicht werden, bevor weitere Standardeingriffe zu dokumentationspflichtigen Modulen erklärt werden. Das eigentliche Problem der Endoprothetik – die Kostenfrage – ist nur politisch zu lösen.

Prof. Dr. med. habil. Rüdiger Franz
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Orthopädie
der SLÄK

Operative Gynäkologie

Externe Qualitätssicherung

Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in der Geburtshilfe sind nunmehr seit 25 Jahren in Form der Perinatalerhebung etabliert. Seit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 besteht die gesetzliche Pflicht zur Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur stationären Versorgung für alle nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser. Im Jahre 1998 erfolgte durch das Lenkungsgremium des Freistaates Sachsen die erste qualitative Erfassung im Bereich der operativen Gynäkologie. Es wird seit diesem Zeitpunkt das Organ Uterus einschließlich der uterinen Malignome erfasst und ausgewertet. Auf Grund der vorliegenden Ergebnisse zeigen sich Auffälligkeiten bezüglich Antibiotikaphylaxe, Histologie, Hamwegsinfekte, Bluttransfusionen sowie postoperativer Überwachung von Patienten.

Die aktuelle Datenlage erlaubt jedoch für die Jahre 1999 und 2000 noch keine Klinikvergleiche bezüglich der oben aufgeführten Parameter. Die bereits begonnene Erfassung im operativen Bereich der Adnexe liegen zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor, versprechen jedoch bessere qualitative Kriterien zu liefern, als dies am Organ Uterus der Fall zu sein scheint. Auf Beschluss des Bundeskuratoriums vom 1. 1. 2001 ist beabsichtigt, zu den bereits in Sachsen durchgeführten Erfassungen der Organe Uterus und Adnexe das Gebiet der Mammachirurgie zu ergänzen. Eine Expertengruppe aus Vertretern der Fachdisziplinen Gynäkologie, Chirurgie, plastische Chirurgie, Pathologie sowie Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Senologie und der Deutschen Krebsgesellschaft hat das Modul

18/1 Mammachirurgie neu überarbeitet. Qualitätskriterien entsprechend den Leitlinien zur operativen Therapie des Mammakarzinoms flossen in den neu erstellten Fragebogen ein und sollen ab 2003 flächendeckend erfasst werden.

Zusammenfassung

Bisherige Auswertungen haben gezeigt, dass das Organ Uterus nur bedingt zur operativen Qualitätssicherung herangezogen werden kann. Bessere Ergebnisse verspricht eine Erweiterung der operativen Erfassung bezüglich der Adnexe und der Mamma. Mit diesen drei Organen wird der größte Teil der operativen Tätigkeit gynäkologischer Abteilungen erfasst.

PD Dr. med. habil. Karl-Werner Degen
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gynäkologie
der SLÄK