

SIQ! Forum 2016

Viel getan, viel zu tun

Das SIQ!-Forum Ende Mai in Berlin bot Politik, Wissenschaft und Vertretern der Krankenhäuser auch in diesem Jahr Gelegenheit, sich über Messbarkeit und Darstellung von Qualität in den Kliniken auszutauschen. Die Leiter der Arbeitsgruppen berichten in *f&w* über die wichtigsten Ergebnisse.

Workshop „Kernindikatorensetz“

Auf Basis des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) soll das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) planungsrelevante Indikatoren im Krankenhaussektor als Grundlage von Struktur-Budgetierungsmaßnahmen erarbeiten. Die SIQ!-Arbeitsgruppe Kernindikatoren hat alle in Deutschland derzeit gebräuchlichen Indikatoren in den relevantesten stationären Versorgungsgebieten durchforschet, analysiert und mit dem Qualify-Instrument auf Tauglichkeit bewertet. Aktuelle Leitlinien enttäuschen und sind bei der Suche nach Qualitätskriterien nicht hilfreich.

Die Zertifizierung der **Darmkrebszentren** beinhaltet vor allem Struktur- und Prozessqualität. Trotz der Einschränkung, dass aktuell nur 275 Darmkrebszentren zertifiziert sind, scheinen die Dimensionen der Zertifizierung am ehesten geeignet, Qualität zu beschreiben. Mangels ausreichender Diagnose-tiefe (vor allem Stadieneinteilung) kann die Ergebnisqualität derzeit nicht ausreichend beurteilt werden.

Schlaganfall ist ein relevantes Krankheitsbild für die Qualitätssicherung im stationären Sektor. Die Strukturqualität wird aktuell im Rahmen der Zertifizierung und bei der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR) erfasst. ADSR und das AQUA-Institut erfassen die Prozessqualität sehr gut. Die Ergebnisqualität wird durch ADSR, German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) und International Consortium for Health Outcomes Measure-

ment (ICHOM) erfasst. Derzeit ist noch keine Risikoadjustierung möglich. Auch ein umfassendes Set von Schlaganfall-Qualitätsindikatoren ist aktuell (noch) nicht flächendeckend umgesetzt.

Insgesamt erscheint es sehr wahrscheinlich, dass sich aus den Daten in der **Geburtshilfe** ein planungsrelevanter Qualitätsindikator zusammenstellen lässt. Die strukturellen Anforderungen an geburtshilfliche Abteilungen sind durch die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zu den Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen hinreichend beschrieben und bundesweit anerkannt. Zusätzlich wird bei AQUA die Anwesenheit eines Pädiaters erfasst, dazu diverse Prozessindikatoren wie die Gabe von Antibiotika oder die Förderung der Lungenreifung bei drohender Frühgeburt. Ferner gehen in die Erfassung eine Reihe teils risikoadjustierter Ergebnisindikatoren.

Obwohl in der **Kardiologie** eine Vielzahl relevanter Krankheitsbilder im stationären Bereich behandelt werden, ist die Zahl belastbarer Qualitätsindikatoren meist nur in hoch technisierten Prozeduren (vor allem Linksherzkatheter) zu finden. Aufgrund der gut erfassten Struktur-, Prozess- und zumindest bei selektiven Prozeduren auch sektorübergreifend erfassten Ergebnisqualität (QSR) ist der Indikator Linksherzkatheter ein sehr wahrscheinlicher Kandidat für einen planungsrelevanten Kernindikator.



Die AG Kernindikatoren wird sich zum ersten intensiv mit den zu erwartenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des IQTIG befassen und zum anderen aus den oben aufgeführten Beispielen realistische Vorschläge zusammenstellen und ausformulieren, welche zusätzlichen, bisher nicht existierenden Qualitätsdimensionen erforderlich sind, um Qualität im stationären Versorgungsbereich darzustellen.

Autor: Prof. Dr. Josef Zacher

Workshop „Patientensicherheit und Hygiene“

Wenn es ein Thema gibt, das verlässlich zum Spielball extremer Positionen und medial attraktiver Flügelkämpfe wird, dann ist es die Patientensicherheit: Ob nun „Pfusch am Patienten“ oder „Deutsche Krankenhäuser sicher wie nie zuvor“ – kaum ein Format wird ausgelassen, die ein oder andere Seite zu unterstützen. Und doch blei-

ben am Ende oft nur Verunsicherung und Angst vor Krankenhaus auf der einen und blindes Vertrauen in den Medizinbetrieb auf der anderen Seite. Geholfen ist damit freilich niemandem.

Bislang setzen die SIQ!-Kliniken auf sehr unterschiedliche Ansätze, Maßzahlen zur Abschätzung der Patientensicherheit im Krankenhaus zu formulieren. Ziel der AG für das kommende Jahr ist es, diese regen Aktivitäten in ein überschaubares, übersichtliches Set



zu überführen. Ähnliches gilt für die Krankenhaushygiene. Hier wurde ein klarer Fokus des Hygienemanagements aller beteiligter Kliniken auf den direkten Patientennutzen, also die Vermeidung von im Krankenhaus erworbenen Infektionen, sichtbar. Ein weiterer Schwerpunkt im kommenden Jahr ist die Verankerung einer Sicherheitskultur im beruflichen Alltag. Sowohl Organisation wie auch Individuum müssen lernen, nicht nur das Ergebnis im Blick zu haben, sondern auch berücksichtigen, mit welchem Sicherheitsniveau dieses zu erreichen ist.

Autor: Prof. Dr. Ralf Kuhlen,
Geschäftsführer Medizin, Helios Kliniken

Workshop „Indikationsqualität, Zweitmeinungen und die Verdichtung von Qualitätsindikatoren zu Scores“

Die qualitativ beste Operation hat ihren Sinn verloren, wenn dazu keine ausreichende Indikation vorgelegen hat.

Immer wieder wird in der Öffentlichkeit behauptet, Krankenhäuser würden bei lukrativen Operationsverfahren die Indikation zu großzügig stellen. Die Indikationsqualität medizinisch korrekt und vergleichbar zu beurteilen, ist jedoch bisher noch nicht gelungen. Eine Arbeitsgruppe der SIQ! hat sich dieses Themas angenommen: Einerseits hat sie zunächst die S3-Leitlinien der wissenschaftlichen Gesellschaften dahin gehend analysiert, ob sich dort evidenzbasierte Anforderungen an die Indikationsstel-



lung finden, aus denen sich Indikatoren ableiten lassen. Hier wurde die Arbeitsgruppe nicht fündig. Danach hat die AG die vorhandenen Indikatoren aus den gesetzlich vorgegebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die vorliegenden G-IQI-Indikatoren dahin gehend analysiert, ob sich hier bereits geeignete Indikatoren finden. Hier wurde die Arbeitsgruppe zwar mit einigen Indikatoren fündig. Jedoch konnte aufgezeigt werden, dass der Umgang damit im strukturierten Dialog kaum zu Qualitätsverbesserung führt. Gefordert wird, dass sich die Methodik des strukturierten Dialoges hinsichtlich Spezifität und Auslösemechanismus und damit das Aufwand-Nutzen-Verhältnis, aber auch die Transparenz hinsichtlich der Bewertung weiterentwickeln muss, um mehr Akzeptanz zu finden.

Der Gesetzgeber sieht vor, dass Patienten ein Anrecht auf eine Zweitmeinung für die Indikationsstellung haben. Die SIQ!-Arbeitsgruppe hat sich auch in diese Thematik eingearbeitet, um Anforderungen an eine Zweitmeinung formulieren zu können. Zunächst wurden eine Analyse der bereits vorhande-

nen Möglichkeiten zur Einholung einer Zweitmeinung sowie eine Literaturrecherche vorgenommen, um den Ist-Zustand zu verstehen. Zweitmeinungen sollten demnach durch einen erfahrenen Facharzt im Indikationsgebiet erfolgen. Die geäußerte Zweitmeinung sollte Leitlinienbezug haben. Basis müssen die vollständige Patientenakte sowie eine persönliche Untersuchung sein, gegebenenfalls sind sogar interdisziplinäre Konsultationen notwendig. Die Zweitmeinung sollte schriftlich begründet werden, wobei auch die Erstmeinung reflektiert werden muss.

Über die Ergebnisse des Themas „Verdichtung von Qualitätsindikatoren zu Scores“ berichtete *f&w* bereits in Ausgabe 6.

Autorin: Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg,
Bereichsleiterin QualitätsMedizin, Sana Kliniken AG

Workshop „Patientenbefragung und Feedback“

Patientenbefragungen werden heute in Krankenhäusern als ein wichtiges Instrument der Unternehmensentwicklung angesehen und daher in zahlreichen verschiedenen Versionen und Formen eingesetzt. Das gilt auch für die Mitgliedskliniken der SIQ!. Die Kliniken setzen dieses Instrument, teilweise bereits seit vielen Jahren, in sehr unterschiedlicher Weise ein. Dabei steht zu meist die Zufriedenheitserfassung der Patienten im Mittelpunkt des Interesses.

Anders, als es der Auftrag einer externen bundeseinheitlichen Qualitätssicherung ist, interessieren sich die Führungskräfte der Krankenhäuser in erster Linie für die Ermittlung von Potenzialen zur Optimierung des Leistungsangebotes. Dazu sind Rückmeldungen von Patienten (Kunden) zur Qualitätswahrnehmung und zur Zufriedenheit bezüglich der einzelnen Bestandteile der angebotenen Leistungen der „Krankenhausbehandlung“ von besonderem Interesse.

Der Gesetzgeber setzt hier einen etwas anderen Schwerpunkt. Demnach soll beispielsweise bei der gemäß G-BA-Auftrag vom 21. April 2016 neu zu entwickelnden Patientenbefragung für das sektorenübergreifende Qualitäts-

sicherungs-Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“ (PCI) bereits Mitte 2018 ein standardisierter Fragebogen vorliegen. Dabei steht der Faktor „Zufriedenheit“ ausdrücklich nicht im Vordergrund, und somit werden eher krankheitsspezifische Fragebögen genutzt.

Patienten sollen detailliert nach Fakten befragt werden, also beispielsweise ob bestimmte Ereignisse und Behandlungsergebnisse eingetreten sind, die für die Versorgungsqualität wichtig sind.



Welche dieser Ereignisse und Ergebnisse in dem Fragebogen abgebildet werden sollen, wird nach Auskunft des IQTIG im weiteren Verlauf der Fragebogenentwicklung gemeinsam mit Patienten in Fokusgruppen festgelegt, wobei der Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den verschiedenen Einrichtungen und Versorgern hierbei besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden soll.

Bis auf den abweichenden Fokus der seitens des G-BA beim IQTIG beauftragten Patientenbefragungsverfahren unterliegen die Befragungen denselben Anforderungen und Restriktionen, die auch bei der Entwicklung der bisher in den Krankenhäusern eingesetzten Fragebögen zu beachten waren und sind. Dabei decken sich insbesondere die Anforderungen hinsichtlich Transparenz und Vergleichbarkeit mit den Grundgedanken einer Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung nach den Prinzipien der SIQ!.

Autoren: Detlef Handke,
Leiter Qualitätsmanagement AMEOS Gruppe

Dr. Dr. Jan E. Leister,
Regionalgeschäftsführer HELIOS Kliniken
Region Nord-West

Workshop „Peer Review – gemeinsam besser“

Die SIQ! AG Peer Review einigte sich auf die Grundsätze und Spiegelregeln eines Peer Review-Verfahrens: Dieses unterliegt klaren Regeln und hat zum Ziel eine kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit. Das Verbesserungspotenzial wird eruiert durch kritische Reflexion und Selbstreflexion der medizinischen Behandlung und kollegialen Fachdialog auf Augenhöhe. Peers (Fachkollegen) aus unterschiedlichen Einrichtungen identifizieren im direkten Kontakt Verbesserungspotenzial und Stärken der Patientenversorgung mit Ableitung von Lösungsansätzen. Es gelten die Grundsätze des Curriculums der Bundesärztekammer.

Zu den Vorgaben der AG Peer Review: Die wesentlichen Punkte sind Steuerung des Verfahrens mit medizinischer Kompetenz, langjährig in leitender klinischer Funktion tätige Ärzte als Peers, Peer-Schulung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer, Ergebnisdarstellung in einem kollegialen Abschlussgespräch inklusive standardisiertem Ergebnisprotokoll und Feedback durch die besuchte Klinik über das Verfahren. Das Peer Review-Verfahren ist sehr gut geeignet, auffällige Qualitätsparameter/-indikatoren, die möglichst aufwandsarm aus Sozialdaten erfasst werden, in Kliniken zu analysieren, Verbesserungspotenzial im kollegialen Dialog zu identifizieren und daraus folgernd gemeinsam abgesprochene Lösungsmöglichkeiten inklusive Fristen und Verantwortlichkeiten festzulegen.

Autor: Dr. Wolfgang Krahwinkel,
Chefarzt der Klinik für Kardiologie, Pneumologie und
Gefäßmedizin, Helios Klinik Zerbst/Anhalt GmbH

Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Die Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stellen eine etablierte Klassifikation von Qualität dar und bilden verschiedene Ebenen von Messzielen ab. Allerdings wurde bislang der Zusammenhang dieser

Qualitätsdimensionen nicht umfassend untersucht. In Zusammenarbeit mit der SIQ!-Initiative hat das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung Dresden (ZEGV) ein zweistufiges systematisches Review begonnen. Ziel ist die systematische Recherche wissenschaftlicher Belege für den Zusammenhang der drei Qualitätsdimensionen. Das Team hat in einem ersten Schritt die Definitionen von Behandlungsqualität im deutschen Gesundheitswesen analysiert. Es erfolgte eine systematische Recherche in deutschen Gesetzestexten, Richtlinien und Verlautbarungen sowie in weiteren Veröffentlichungen relevanter Interessengruppen.

Ergebnis: In deutschen Gesetzestexten existieren wenige Belege einer einheitlichen Qualitätsdefinition. In den Sozialgesetzbüchern (SGB) V und XI sowie im Arzneimittelgesetz erfolgten Qualitätsdefinitionen, die unterschiedliche Aspekte beinhalten. Auch in den analysierten Richtlinien und Verlautbarungen finden sich unterschiedliche Ansätze von Qualitätsdefinitionen. Die inhaltlichen Unterschiede in allen Quellen sind mit dem Jahr der Veröffentlichung assoziiert. Über den Analysezeitraum hat sich der Qualitätsbegriff und das Nutzungsverhalten von Qualitätsinformationen im Gesundheitswesen gewandelt. Qualitätsinformationen wurden initial für den internen Dialog der kontinuierlichen Verbesserung genutzt. Jetzt sollen sie für Public Reporting, qualitätsorientierte Vergütung und Planung eingesetzt werden. Mit dieser veränderten Nutzung sind Anforderungen an Qualitätsinformationen geknüpft, die auch definitorisch abzubilden sind, um relevante Qualitätsziele nachvollziehbar ermitteln zu können.

Im folgenden zweiten Review erfolgt die Analyse wissenschaftlicher Publikationen zum Zusammenhang von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Primären Fokus bildet das Deutsche Gesundheitssystem im stationären und sektorenübergreifenden Setting.

Autoren: Prof. Dr. Jochen Schmitt,
Leiter des Zentrums für Evidenzbasierte
Gesundheitsversorgung Dresden (ZEGV)

Dr. Thomas Petzold,
Fachbereichsleiter
Gesundheitsystemforschung ZEGV