



ALK Berlin e.V.

1. Vorsitzende
 Rosemarie Busch
 Paulinen Krankenhaus
 Eschenallee 28
 14050 Berlin
 Tel: 030-30008-100

Pressereferentin
 H. Francois Kettner
 Univ.Klinikum
 Benjamin Franklin
 Hindenburgdamm 30
 12200 Berlin
 Tel: 030-84453465
 Fax: 030-84454542

Externe Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern – Aufgaben und Chancen für die Pflege

Hedi François-Kettner stellte der ALK-Berlin erste Planungsschritte zur Umsetzung vor

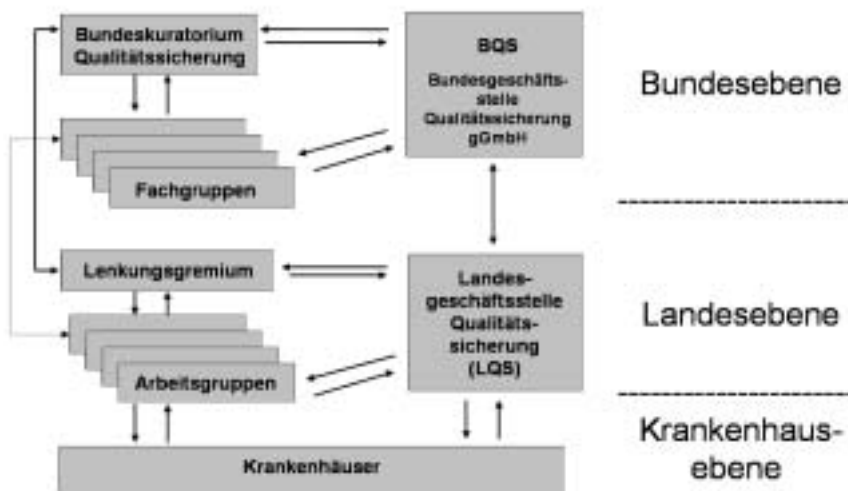
Ab 2001 ist die verbindliche Teilnahme für alle nach § 108 SGB zugelassenen Krankenhäuser beschlossene Sache. Betroffen sind bundesweit ca. 2200 Krankenhäuser mit über 5000 Krankenhausabteilungen. Klare Strukturen auf Bundes-, Land- und Krankensebene zur Verfahrensumsetzung der neuen Qualitätssicherungsmaßnahmen existieren bereits (vgl. Organigramm). Es gilt klinische Arbeitsabläufe und Dokumentationsprozesse aufeinander abzustimmen. Dazu gehört die Integration der Datenerfassung und -übermittlung in Arbeitsprozesse sowie konsequenterweise zielgerichtete Anwenderschulungen, die ab 2002 auf alle Kliniken zukommen werden. Das neue System wird den bundesweiten Vergleich aller Häuser ermöglichen, ein Vergleich, dem sich auch die Pflegequalität stellen muss.

Fachgruppen

Fachgruppen, z. B. auch die Fachgruppe Pflege, sind direkt der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS), dem kommunikativen und organisatorischen Zentrum der externen, vergleichenden Qualitätssicherung in Deutschland, und dem Bundeskuratorium Qualitätssicherung (Beratungs- und Beschlussgremium) untergeordnet. Während das Bundeskuratorium Konzepte zur Umsetzung der externen Qualitätssicherung in stationären Bereichen entwickelt und beschließt, dienen die Fachgruppen als Bindeglieder zwischen Bundes- und Landesebene. Seit 2001 gibt es insgesamt 11, vom Bundeskuratorium berufene Fachgruppen, die den Leistungsbereichen Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie, Kardiologie, Neurochirurgie, Augenheilkunde, HNO-Heilkunde, Urologie, Radiologie/PTA, Pflege, Herzchirurgie/pädiatrische Kardiologie und Transplantationsmedizin unter Definition von Qualitätsmerkmalen zuzuordnen sind.

Die Arbeit der Fachgruppe Pflege fand allerdings bis zum letzten Jahr keinerlei Niederschlag bei der Erhebung von Sonderentgelten und Fallpauschalen. Dieser Zustand erforderte das sofortige Eingreifen, weil die künftige Berechnungsgrundlage sich sonst ausschließlich auf die Leistungen der Medizin beziehen würde – und das kann nicht Ziel der Pflege sein. Deshalb wurde diese Fachgruppe im vergangenen Jahr noch einmal neu besetzt. Mit der Neubesetzung haben wir

Lenkungs-gremium



die Chance, die Pflege im neuen System abzubilden und unsere geleistete Arbeit in die Berechnungsgrundlagen der Fälle mit einfließen zu lassen. Die aus Vertretern verschiedener Gremien konstituierte Fachgruppe „Pflege“ wird nun durch folgende Mitglieder repräsentiert:

Elke Reinfeld, Ev. Diakoniewerk
 Friederikenstift Hannover (BÄK)
 Hans-Joachim Standke, Krankenhaus am Urban, Berlin-Kreuzberg (BÄK)
 Hans-Dieter Hübinger, Städt. Krankenhaus Worms (DKG)
 Elsbeth Kosthorst, Caritasverband für das Bistum Essen (DKG)
 Hedi François-Kettner, Universitätsklinikum Benjamin Franklin (DPR)
 Käte Harms, Klinikum Ludwigshafen e.V. (DPR)
 Gesine Dannenmeier, VdAK Siegburg (GKV/PKV)
 Ulrike Reus, MDK Westfalen Lippe, Münster (GKV/PKV)
 Prof. Dr. Doris Schiemann, FH Osnabrück (Wiss. FG)
 Hein Fürst, Städtische Kliniken Offenbach (Sachverst.)

Projekte laufen bereits

In einigen Krankenhäusern laufen zur Zeit bereits Projekte, wie z. B. die Qualitätssicherungsprojekte „Herz“ oder „Transplantation“. Seit Beginn 2000 haben sie mit der Dokumentation begonnen und verfügen über erste Erfassungsbögen zur Qualitätsermittlung bestimmter Therapien. Das neue Verfahren muss klar definierte Anforderungen erfüllen. Es soll Transparenz schaffen, eindeutig definierte Aussagen treffen können, d. h. eindeutige Raster müssen festgelegt werden, mit denen eine schlüssige Dokumentation möglich wird. Des Weiteren muss eine Rückkopplung erfolgen, die den Krankenhäusern hilft, ihre Qualitätsleistungen objektiver einschätzen zu können.

Grundsätzliche Ziele:

- informierte Anwender
- hohe Datenqualität mit validen Primärdaten

- prozessorientierte und zeitnahe Datenerfassung
 - kurzfristige Datenbankstatistik
 - halbjährliche Bundesauswertung
 - Vermittlung an die Anwender
- Vorgesehen sind festgelegte Qualitätszyklen oder -prozesse, wobei die Fachgruppen BQS die Aufgabe haben, Messinstrumente zu entwickeln, ergänzend dazu den Routinebetrieb zu beobachten und auf die Weiterentwicklung zu achten – kurz die Verfahrensentwicklung zu begleiten. Außerdem prüfen sie die Auswertung (dazu gehören Qualitätsmerkmale, Kennzahlen bzw. Indikatoren und Einflussfaktoren), sorgen für die Bewertung, übernehmen die Berichterstattung und sprechen Empfehlungen aus. An dieser Stelle kommen die Arbeitsgruppen auf Landesebene ins Spiel, mit denen die Fachgruppen eng kooperieren sollten, um den Qualitätszyklus weiter zu steuern.

Die momentane Schwierigkeit besteht darin, dass die Bundesländer sehr unterschiedlich weit in der Vorbereitung dieser Gruppen sind. Besonders in Berlin haben Ärztekammer, Berliner Krankenhausgesellschaft und kassenärztliche Vereinigung noch kein Interesse bekundet, den Landespflegerat (LPR) einzubeziehen. Die Gremien haben auch ohne den LPR noch keine Vertragsgestaltung vorgenommen. Bundesweit ist dieses Prozedere aber schon lange nicht mehr gebräuchlich. Üblich ist die paritätische Besetzung der Fachgruppen, die auch das Ziel für Berlin ist. Da die Bemühungen bislang zu schleppend voran gingen, wird ab 2002 das Bundeskuratorium die „Zügel in die Hand nehmen“ und aus übergeordneter Position Entscheidungen fällen.

Die konkrete inhaltliche Anforderung für die Pflege besteht darin, sich in der Verfahrensweiterentwicklung mit der Qualitätssicherung zu

befassen und pflegebezogene Handlungsfelder in die medizinischen Fachgruppen einzubringen.

Grundsätzliche Aufgaben der Fachgruppe Pflege sind:

- Definition der Kriterien bzw. Ziele für gute Pflege im Allgemeinen und
- Definition der Kriterien bzw. Ziele der Qualität für gute Pflege bei operativen Eingriffen.

Beispiele:

1. Um gute Pflegequalität im Allgemeinen handelt es sich wenn:

- immer eine Pflegeanamnese erhoben wird,
- ein Pflegeproblem immer schriftlich erfasst wird
- immer eine abschließende Bewertung der Pflegeergebnisse erfolgt
- selten eine Erhöhung des Pflegebedarfs des Patienten (Fall) gemäß Einstufung nach PPR-Systematik im Vergleich von Aufnahme und Entlassung eintritt u.a.m.

2. Um gute Pflegequalität bei operierten Patienten handelt es sich wenn:

- immer alle Prohylaxen (Obstipation, Pneumonie, Thrombose...) durchgeführt werden
- immer eine Beratung in bezug auf das postoperative Verhalten für den Patienten/Angehörige erfolgt.

Als Auswertungsparameter bzw. -instrument für die Pflege gilt auch weiterhin die Einstufung des Patienten nach PPR prä- und postoperativ, da augenblicklich kein anderes Instrument als Alternative zur Verfügung steht. Alle Pflegedienstleitungen sind deshalb aufgerufen die PPR zu nutzen und vor allem

auf die Plausibilität der Ergebnisse zu achten.

Zu den festgelegten Leistungsbereichen, die in die Qualitätssicherung Pflege integriert werden, gehören ab 2002:

- ï die Prostataresektion
- ï die Schenkelhalsfraktur
- ï die TEP bei Coxarthrose

Lenkungsgremien der Länder

Sie sorgen in den Bundesländern für die Umsetzung der externen Qualitätssicherung und werden gewöhnlich aus Vertretern der Landeskrankenhausgesellschaften, der Landesverbände der Krankenkassen, der Landesärztekammer und Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe gebildet. Diesen Gremien obliegt die Berufung unabhängiger fachlicher Arbeitsgruppen. Für Berlin besteht, wie oben schon dargestellt, bislang noch keine vertragliche Grundlage für die Einrichtung eines Lenkungsgremiums.

Arbeitsgruppen

Sie unterstehen der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) und wirken mit an einzelnen Stufen des Qualitätszyklus. Diese Arbeitsgruppen sorgen dafür, dass die gewonnenen Ergebnisse einer zunächst regionalen, also landesspezifischen, Bewertung unterzogen werden und führen den aktiven Dialog mit den Kliniken. Besonders diese Auswertung kann landesspezifisch auf starke Unterschiede aufmerksam machen, die auf den verschiedensten Ursachen basieren können. Möglicherweise haben andere Länder andere Klinikstrukturen oder eine andere Stellenausstattung etc. Deshalb ergeben sich aus der Bewertung anschließend

Konsequenzen in Form von Zielvereinbarungen und Fortbildungen für das einzelne Haus. Von den Pflegenden und Ärzten wird die Nutzung der Ergebnisse erwartet. Prinzipiell beinhaltet dies die fortlaufende Kommunikation und Vermittlung der Ergebnisse an die Mitarbeiter, die Verwendung der Daten im internen Qualitätsmanagement und schließlich die Umsetzung in die tägliche Arbeitsroutine, ohne dass sich die Berufsgruppen gegenseitig behindern.

Zu einem späteren Zeitpunkt kann dann für die betreffende Klinik erneut eine Untersuchung in Form einer Begehung durch Externe erfolgen. Auf Bundesebene werden in einem nächsten Schritt alle Daten zusammengeführt und verglichen. Im Moment sind bundesweit mit pflegerischen Arbeitsgruppen auf Landesebene nur Hamburg, Hessen und Rheinland-Pfalz besetzt. Zu allen übrigen Bundesländern existieren entweder keine Angaben oder es gibt zur Zeit, wie auch in Berlin keine Arbeitsgruppe, da eine vertragliche Grundlage noch fehlt.

Perspektiven externer Qualitätssicherung

Ziel ist langfristig eine externe vergleichende Qualitätssicherung unter DRGs. Außerdem steht die erbrachte medizinisch-pflegerische Leistung und die Diagnose im Mittelpunkt der Qualitätssicherung und als zusätzlicher Punkt wird die vollständige Integration der Qualitätssicherung in die IT-Infrastruktur angestrebt. Als Vorbereitung auf das neue Qualitätssicherungssystem kommt auf die Pflegenden in den Kliniken im Jahr 2002 nun

zunächst eine intensive Mitarbeiterschulung mit anschließender Prozessintegration zu. Die Software muss den neuen Erfordernissen angepasst werden. Einerseits muss sie auf die individuellen Bedürfnisse eines Krankenhauses zugeschnitten sein, andererseits ist eine übergeordnete Erfassungsstruktur zwingend. Dabei gilt es eine möglichst anwenderfreundliche Erfassungsstruktur herzustellen. Zwischen den Berufsgruppen sind Abstimmungsprozesse nötig, damit es zu einer sinnvollen gemeinsamen Dokumentation kommt. Jede Klinik steht nun selbst in der Pflicht ihre eigene Versorgung bis spätestens 1.1.2003 mit den erforderlichen Produkten sicherzustellen. Ab 2002 sind die Häuser verpflichtet Erhebungen im Bereich der Fachgruppe Urologie durchzuführen, bei Versäumnissen können Abschlüsse erhoben werden. Bei Missachtung der Vorschriften müssen die einzelnen Häuser dann mit empfindlichen Sanktionen rechnen. Eine ganz vordringliche Aufgabe wird der Aufbau von Pflegearbeitsgruppen in den Ländern sein, die die Kliniken bei der Umsetzung unterstützen. Und das gilt in ganz besonderem Maße für Berlin, wo ein Fortschreiten der Entwicklung durch streitbare Blockaden noch sehr auf sich warten lässt.

Heidrun Bessert

Weitere Informationen:

Bundesgeschäftsstelle
 Qualitätssicherung gGmbH
 Tersteegenstraße 12,
 40474 Düsseldorf
 E-Mail: info@bqs-online.de
 www.bqs-online.de
 Tel.: 0211/280729-0, Fax: 0211/
 280729-99