

Neuanfang in Sicht

Qualitätsindikatoren aus Routinedaten sinnvoll einsetzen

Qualität ist in aller Munde und alle – Patienten, Öffentlichkeit, Medien, Krankenkassen, Leistungserbringer und Gesundheitspolitik wollen Qualität. Wenn es aber konkreter werden soll, fällt auf, wie unterschiedlich Wahrnehmungen und Meinungen sind. Ebenso unterschiedlich fallen die Erwartungen aus im Hinblick auf Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsmessung mit Routi-

nedaten und dem Ruf nach einer qualitätsorientierten Vergütung.

Qualität eine Frage der Sichtweise?

Der Wunsch von Patienten, gesund zu werden, ist sehr gut in der WHO-Definition von „Gesundheit“ wiedergegeben, in der sie als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens definiert ist. Es wird also eine klare Ergebniserwartung formuliert. Die Leistungserbringer (Definition in Anlehnung an das ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin) definieren Qualität hingegen als eine ausreichende, zweckmäßige aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit eines erwünschten Behandlungsergebnisses zu erhöhen. Auch Juristen sehen die ärztliche Tätigkeit nicht als Werkvertrag, bei dem ein gewisser Erfolg geschuldet wird, sondern als Dienstvertrag, in dem Patienten eine „kunstgerechte“ (lege artis) Erbringung geschuldet wird. Von der Seite der Leistungserbringer und Juristen wird also Qualität traditionell vorwiegend als Verpflichtung zur Einhaltung bestimmter Struktur- und Prozessmerkmale definiert. Diese unterschiedlichen Sichtweisen zu überbrücken und eine zuverlässige Messung klinischer Ergebnisqualität mit dem Ziel, eine kontinuierliche Verbesserung in der Patientenversorgung von Krankenhäusern zu erreichen, haben sich in den vergangenen Jahren verschiedene bundesweite Qualitätsinitiativen – z. B. QKK e. V.

(Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser) oder IQM – gegeben.

Ergebnisqualität und DRG-System

DRG-Systeme führen durch ihre stringente Klassifikation zu einer verstärkten Produktdefinition in der Medizin (z. B. Vaginale Entbindung, Hüft-TEP bei Coxarthrose, Koronarstent bei stabiler Angina Pectoris, etc...). Produktdefinition bedeutet aber, dass eine Differenzierung der Anbieter auf der Basis klassischer Produktmerkmale erfolgt. Bei einem einheitlichen Preissystem, wie es im deutschen DRG-System der Fall ist, bedeutet es aber in einem Wettbewerbsumfeld, dass der Preis als Differenzierungsmerkmal wegfällt und die anderen Merkmale aufgewertet werden. Für Krankenhäuser hat dies zur Folge, dass bei einem „Staatseinheitspreis“ die Beherrschung der Produktkosten entscheidend fürs Überleben wird, da keine Preisanpassung möglich ist. Für Krankenkassen hingegen wird bei einem einheitlichen Preis, die reale oder vermeintliche „Produktqualität“ automatisch zum entscheidenden Differenzierungsmerkmal zwischen den Anbietern.

Erfahrungen mit verschiedenen Indikatorensets aus Routinedaten

In den vergangenen zehn Jahren hat QKK Erfahrungen mit unterschiedlichen Indikatorensets sammeln können und ergänzend dazu begonnen, eigene Indikatoren zu entwickeln. Die nachstehenden Einschätzun-

Während Fragen von Struktur- und Prozessqualität die fachlichen Diskussionen im Gesundheitswesen der letzten Jahre wesentlich geprägt haben, rücken Fragen zur Ergebnisqualität immer mehr in das Blickfeld von Patienten, Medien und Politik. Expliziter Auftrag des geplanten Qualitätsinstitutes ist es, die Qualität von Krankenhäusern auf der Basis von Routinedaten zu evaluieren und einrichtungsbezogen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Für Krankenhäuser stellt sich die Frage, welche Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren (QI) aus Routinedaten vorliegen und wie diese in die Organisationsentwicklung einzubetten sind. Nachstehend werden Schlussfolgerungen und Erfahrungen aus zehn Jahren trägerübergreifendem Benchmarking auf der Basis von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten gezogen.

gen sollen als praktische Orientierungshilfe im größer werdenden Angebot möglicher Indikatorensets verstanden werden. Zur wissenschaftlichen Evaluation der eingesetzten Indikatoren wird auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen.

German Inpatient Quality Indicators (G-IQI): Viele der G-IQI Indikatoren sind bereits vor über zehn Jahren von einer großen bundesdeutschen Klinikette entwickelt worden und sind mittlerweile im Einsatz in vielen Krankenhäusern im In- und Ausland. Seit 2008 wird dieses Indikatorenset unter der Leitung von Prof. Mansky und der Initiative Qualitätsmedizin weiterentwickelt. Viele der G-IQI Indikatoren sind mortalitätsbezogen. Eine Adjustierung erfolgt im Hinblick auf Alter und Geschlecht. Auf eine weitere Risikoadjustierung wird verzichtet, da eine risikobewusste Indikationsstellung als Teil der medizinischen Qualität gesehen wird. Im deutschen DRG-System hat sich dieses Indikatorenset in der zehn jährigen Erfahrung von QKK e. V. als relativ manipulationsresistent und wenig kodieranfällig erwiesen (zumindest solange die wichtigsten Diagnose- und Prozedurencodes stimmen). Es ist in der Lage, wichtige Hinweise für eine gezielte Qualitätsweiterentwicklung der Einrichtung zu liefern.

Die Patient Safety Indicators (PSI) sind von der Agency for Healthcare Research and Quality in den USA entwickelt worden mit dem Ziel, Hinweise zu liefern zu den Themen Patientensicherheit und negative Vorkommnisse (adverse events). Bei den knapp 30 Indikatoren zeigt sich aber – zumindest im deutschen DRG-Kontext – dass viele PSI eine sehr große Kodierabhängigkeit haben und nur bedingt in der Lage sind, konkrete Aussage zur Ergebnisqualität zu liefern. Einige wenige PSI jedoch stellen nach unserer Erfahrung in der praktischen Nutzung eine sehr sinnvolle Ergänzung der G-IQI dar und sollten einer breiteren Nutzung zugeführt werden.

QKK Indikatoren:

Trotz der gewachsenen Zahl an frei verfügbaren Indikatoren und Indikatorensets erfassen diese immer noch nur einen Bruchteil der stationär behandelten Patienten und widmen sich in der Regel häufigen und leicht quantifizierbaren Erkrankungen. Aus diesen Gründen hat QKK ergänzend zu den zuvor genannten Indikatorensets knapp 20 Indikatoren entwickelt, um einerseits bisher nicht erfasste häufigere Krankheiten und Prozeduren einzuschließen, andererseits auch besonders vulnerable Patientengruppen (z. B. Demenzgefährdete Patienten, palliativ versorgte Patienten) in den Fokus zu nehmen.

Bei der zunehmenden Anzahl an Indikatoren zeigt sich aber immer mehr auch die Notwendigkeit, Globalindikatoren (composite measures) zu entwickeln. Dies stellt derzeit einen Schwerpunkt der Entwicklungsarbeit im QKK e. V. dar.

Was leisten Indikatoren aus Routinedaten?

Um falschen Erwartungen direkt zu begegnen – Qualitätsindikatoren

- sind keine perfekte Abbildung der klinischen Realität
- sind keine wissenschaftliche Aussage im Sinne medizinischer Studien
- sind zu ungenau, um ein Ranking von Abteilungen oder Einrichtungen zu ermöglichen

Qualitätsindikatoren sind trotz o. g. Einschränkungen sehr hilfreich, weil

- sie zuerst einmal nur eine neutrale statistische Auffälligkeit darstellen, die näher untersucht werden soll
- sie es dank der Nutzung von Routinedaten ermöglichen, mit sehr geringem Aufwand Verbesserungspotentiale systematisch zu entdecken
- sie für die klinisch tätigen Mitarbeiter ein unverzichtbares Feedback über ihr Tun darstellen
- sie es ermöglichen, mit sehr geringem Aufwand die Auswirkungen von Maßnahmen zu monitoren.

Arbeit mit Qualitätsindikatoren in die Organisation einbetten

Die Analyse von Qualitätsindikatoren ist komplex, weil die Interpretation der Zahlen eine Auseinandersetzung mit der zugrunde liegenden Patientenpopulation voraussetzt und ein rein zahlenbasierter Vergleich mit Referenzwerten leicht zu Fehlschlüssen führen kann. Ebenso schwierig ist es, Qualitätsindikatoren aus Routinedaten in die tägliche Arbeit von Krankenhäusern zu verankern, weil Chancen aber auch Grenzen der Methodik oft wenig bekannt sind und leicht Widerstände und Ängste auslösen. Folgende Schritte haben sich zur Einführung der Arbeit mit Qualitätsindikatoren bewährt:

- Schritt 1: Geschäftsführung und Direktorium sowie QM oder Medizincontrolling befassen sich mit Methodik, Chancen und Grenzen der Arbeit mit QI.
- Schritt 2: Interne Diskussion und Beschluss nach Diskussion in einer Sitzung mit den leitenden Ärzten des Hauses.
- Schritt 3: Benennung einer verantwortlichen Person für das Thema QI, die Ansehen in der Einrichtung und volle Rücken- deckung der Geschäftsführung genießt.

- Schritt 4: Analyse der Ergebnisse der eigenen Einrichtung unter Einbeziehung der Erfahrungen anderer Einrichtungen, die sich mit dem Thema bereits befasst haben.
- Schritt 5: Kommunikation und Diskussion der Ergebnisse im Direktorium und später in der Konferenz der leitenden Ärzte des Hauses.
- Schritt 6: Beginn der regelhaften internen Analyse und Kommunikation der Ergebnisse quartalsweise, jeweils kumulativ für das Berichtsjahr.
- Schritt 7: Bei auffälligen Indikatoren Akteneinsicht durch QM/Medizincontrolling und der betroffenen Abteilung mit Rückmeldung an das Direktorium.

Wesentlich für die Arbeit mit QI ist eine lösungsorientierte Unternehmenskultur. Ja, Fehler passieren – gemeinsame Aufgabe ist es aber, daraus zu lernen und konsequent entsprechende Schlussfolgerungen umzusetzen. Die Bedeutung, im regelhaften Austausch und im Benchmarking mit anderen Einrichtungen zu sein, darf nicht unterschätzt werden und die Methode des Peer-Review Verfahrens ist nahezu unverzichtbar. Aktenüberprüfung bei auffälligen Indikatoren und Peer-Reviews stellten sicher, dass das entsprechende Wissen um Bedeutung und Fallstricke einzelner Indikatoren rasch den Akteuren vermittelt werde. Auf diese Weise entsteht ein gesunder Ansporn, kontinuierliche Verbesserungen der klinischen Ergebnisse anzustreben. Die Arbeit mit QI aus Routinedaten stellt neben regelmäßiger Patientenbefragung ein wesentliches Instrument zur Qualitätsentwicklung eines Krankenhauses dar. Die Komplexität der Materie macht einen kontinuierlichen Austausch mit anderen Einrichtungen unverzichtbar. Der im Koalitionsvertrag vortragene Wille, die Qualität von Krankenhäusern auf der Basis von Routinedaten zu evaluieren, macht es für jedes Krankenhaus notwendig, sich intensiv mit den damit verbundenen Themen zu beschäftigen.

Dr. Christoph Scheu, MBA

Vorsitzender des Vereins für Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser QKK e. V. und Geschäftsführer Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH, St.-Elisabeth-Str. 23, 94315 Straubing

Thomas Jungen

QKK stellvertretender Vorsitzender und Geschäftsführer Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland Caritasverband für die Diözese Trier e.V., Krankenhausreferat Postfach 12 50, 54202 Trier

Prof. Dr.med. Jürgen Stausberg

Arzt für Medizinische Informatik und Ärztliches Qualitätsmanagement Kordulastr. 13, 45131 Essen