

Christiane van Emmerich/Dr. Bernd Metzinger

# Qualitätssicherung mit Routinedaten aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft

*In der Vergangenheit hatte sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) stets gegen die Verwendung von Routinedaten zur Qualitätssicherung ausgesprochen. Angesichts neuer gesetzlicher Möglichkeiten, aber auch vor dem Hintergrund auf Routinedaten basierender Krankenhausportale und Qualitätssicherungsprojekte ist diese fundamentale Haltung einer differenzierteren Betrachtungsweise gewichen. Die DKG-Gremien haben sich nun dafür ausgesprochen, die Verwendung von Abrechnungsdaten zur Qualitätssicherung an klare Voraussetzungen zu binden, sodass eine Kombination aus Routinedaten und speziell für die Qualitätssicherung erhobenen Daten die Qualitätssicherung in den deutschen Krankenhäusern auf dem gewohnt hohen Niveau auch künftig gewährleisten soll.*

Die aktuelle Diskussion zur Qualitätssicherung im Krankenhaus ist geprägt von Schlagworten wie „Transparenz“, „Wettbewerb“ und „Dokumentationslast“. Diese Diskussion findet durch ein zunehmendes Angebot an Internetportalen und Klinikführern von methodisch unterschiedlicher Qualität ihr marktwirtschaftliches Echo. Oftmals werden dabei Indikatoren-Sets aus Abrechnungsdaten – sogenannte Routinedaten – verwendet.

Vor diesem Hintergrund hat sich eine DKG-Arbeitsgruppe mit dem Thema befasst und ein Positionspapier sowie eine Informations- und Entscheidungshilfe für Krankenhäuser erarbeitet, die vom Vorstand der DKG im Juni 2010 verabschiedet wurden ([www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)). Krankenhäuser sollten vor einer Teilnahme an solchen Projekten und Internetportalen diese kritisch hinsichtlich der verwendeten Methodik und ihrer Eignung für das interne Qualitätsmanagement einerseits und im externen Qualitätsvergleich andererseits überprüfen. Hierfür wurde eine Checkliste entwickelt.

## Projekte und Internetportale (Auswahl)

- Deutsches Krankenhausverzeichnis ([www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de](http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de))
- Qualitätsbenchmark der BWKG ([www.bwkg.de](http://www.bwkg.de))
- QR-Check ([www.kgnw.de](http://www.kgnw.de))
- 4QD – Qualitätskliniken.de ([www.qualitaetskliniken.de](http://www.qualitaetskliniken.de))
- QSR-Projekt ([www.3mdeutschland.de](http://www.3mdeutschland.de))
- Initiative Qualitätsmedizin IQ<sup>M</sup> ([www.initiative-qualitaetsmedizin.de](http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de))
- AOK Krankenhausnavigator ([www.weisse-liste.aok-gesundheitsnavi.de](http://www.weisse-liste.aok-gesundheitsnavi.de))
- Berliner Tagesspiegel ([www.tagesspiegel.de/berlin/kliniktest/Klinikvergleich](http://www.tagesspiegel.de/berlin/kliniktest/Klinikvergleich))

- Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK ([www.kath-krankenhaus.de](http://www.kath-krankenhaus.de))
- Klinikführer Rheinland ([www.klinikfuehrer-rheinland.de](http://www.klinikfuehrer-rheinland.de))
- Hamburger Krankenhausspiegel ([www.hamburger-krankenhausspiegel.de](http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de))
- Bremer Krankenhausspiegel ([www.bremer-krankenhausspiegel.de](http://www.bremer-krankenhausspiegel.de))
- Klinikführer Rhein-Ruhr ([www.kliniken-rhein-ruhr.de](http://www.kliniken-rhein-ruhr.de))

## Begriffsbestimmung und Abgrenzung

Mit „Routinedaten“ werden derzeit im Allgemeinen die Daten stationär behandelter Patienten auf der Basis von § 301 SGB V sowie die in § 21 Absatz 2 Nr. 2 a) bis f) KHEntgG (Krankenhausentgelt-Gesetz) genannten weitgehend deckungsgleichen DRG-Daten bezeichnet, die von den Krankenhäusern zu Abrechnungszwecken an die Krankenkassen bzw. zur DRG-Kalkulation an das InEK übermittelt werden.

Für die externe Datenverwendung ist zu beachten, dass das Aqua-Institut als die nach § 137 a SGB V beauftragte Institution ausgewählte Daten gemäß § 21 Absatz 3 a für Qualitätssicherungszwecke von der DRG-Datenstelle (InEK) anfordern kann. Diese Nutzungsbefugnis ist zweifach limitiert: Einerseits wird vorausgesetzt, dass die „Routinedaten“ inhaltlich für die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen *erforderlich* sind und andererseits dürfen diese Daten *ausschließlich* für Zwecke der Qualitätssicherung eingesetzt werden. Eine weitergehende Verwendung ist nicht zulässig. Ferner hat die Institution bei der Anforderung glaubhaft darzulegen, warum diese Daten für die Qualitätssicherung erforderlich sind.

Eine Verwendung der Daten gemäß § 301 SGB V für externe Qualitätssicherungszwecke ist jedoch nach derzeitiger Rechtslage nach wie vor nicht möglich. Insbesondere ist eine Verwendung der Daten nach § 301 SGB V für Zwecke der Qua-

litätssicherung bzw. eine Weiterleitung dieser Daten von den Krankenkassen an Dritte zu Zwecken der Qualitätssicherung nicht zulässig.<sup>3)</sup>

## Qualitätssicherung mit Routinedaten als Ergänzung der bestehenden Verfahren

Die bisherige externe stationäre Qualitätssicherung basiert aus historischen Gründen ausschließlich auf gesondert dokumentierten Qualitätsdaten, da die externe Verwendung von Abrechnungsdaten für die Qualitätssicherung aufgrund ihrer gesetzlich vorgegebenen Zweckbestimmung in der Vergangenheit aus rechtlichen Gründen nicht möglich war. Die Nutzung von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten wird dagegen wegen des geringen Erhebungsaufwandes vielerorts derzeit als denkbare Alternative zur bestehenden externen stationären Qualitätssicherung propagiert. Dabei wird gern der Fehler gemacht, die Qualitätssicherung unter praktischen Erwägungen an der Datenlage auszurichten. Die Fragestellung „Welche Daten haben wir denn, und was können wir daraus erkennen?“ ist aber schlicht unwissenschaftlich (wenngleich bei den Krankenkassen beliebt). Die wissenschaftliche Herangehensweise muss sein, zunächst die genaue Fragestellung für die Qualitätssicherung zu definieren und dann im nächsten Schritt nachzusehen, ob es geeignete Routinedaten zur Beantwortung dieser Frage gibt. Nur wenn dies der Fall ist, haben Routinedaten in der Qualitätssicherung ihre Berechtigung; in allen anderen Fällen wird man auch künftig nicht um eine gesonderte Datenerhebung zur Qualitätssicherung herum kommen.

Eine Qualitätsbewertung und insbesondere öffentliche Darlegung *allein* auf der Basis von Abrechnungsdaten hält die DKG daher auch künftig für unzulässig. Einerseits führt eine Qualitätsdarlegung aufgrund von Abrechnungsdaten zu Verzerrungen und damit zu Fehlinformationen der Öffentlichkeit – andererseits sind viele wichtige Bereiche der Patientenversorgung über Abrechnungsdaten nicht abbildbar. Gute Qualität medizinischer Leistungen ist stets dreidimensional geprägt, das heißt neben der Ergebnisqualität ist immer auch die Struktur- und Prozessqualität von Bedeutung.<sup>1)</sup> Sie darf weder bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren noch bei ihrer Auswertung außer Acht gelassen werden: Ohne gesteuerte, gute Prozesse sind keine dauerhaft guten Ergebnisse möglich.

Die Qualität der Leistungserbringung kann nur systematisch verbessert werden, wenn der Blickwinkel neben der Ergebnisqualität auch auf die Struktur- und Prozessqualität gerichtet werden kann. Die reine Darstellung der Ergebnisqualität reicht nicht aus, da über eine Messung der Einhaltung von Prozessstandards (zum Beispiel aus Leitlinien) eine wichtige Qualitätsförderung umgesetzt werden kann. Außerdem sind Prozessdaten unverzichtbar bei der Ursachenanalyse von auffälligen Ergebnissen. Indikatoren zur Prozess- und Strukturqualität können aus Routinedaten allerdings nur bedingt gewonnen werden. Die Qualität der Leistungserbringung zum Beispiel primär am Qualitätsindikator „Mortalität“ festzumachen ist kritisch, zumal dieser in einem Qualitätssicherungsverfahren zum Beispiel durch den Entlassungszeitpunkt manipulierbar ist.<sup>2), 3)</sup>

Zu einer qualitativ guten Leistungserbringung im Gesundheitswesen allgemein bedarf es vor allem der Kenntnis des gegenwärtigen medizinischen und pflegerischen Wissensstandes. Unter der Leitung der medizinischen Fachgesellschaften wird der aktuelle Wissensstand in Leitlinien mit möglichst hoher Evidenz festgehalten. Diese fließen auch in die Entwicklung von Qualitätsindikatoren ein. Auf der Krankenhausebene finden Leitlinien ihren Niederschlag in auf die hausindividuellen Gegebenheiten angepassten standardisierten Handlungsabläufen (Standard Operating Procedures) oder patientenorientierten Behandlungspfaden. Zur Implementierung und zum Controlling von auf Leitlinien basierenden Behandlungspfaden wird man immer auf eine separate Datenerhebung angewiesen sein. Qualitätsindikatoren aus Routinedaten reichen hierfür nicht aus und können daher die bestehende externe stationäre Qualitätssicherung allenfalls ergänzen, aber nicht ersetzen.

Ein wichtiger Aspekt der Ergebnisqualität bei der Bewertung von Krankenhausbehandlungen ist die Patientenzufriedenheit. Aus Patientensicht sind unter anderem der zeitnahe Zugang zu medizinisch und pflegerisch hochwertigen Leistungen, verständliche Informationen und ein vertrauensvolles Verhältnis zum Behandelnden sowie eine reibungslose Koordination der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Behandlungsabläufe entscheidende Bewertungsmaßstäbe für die Qualität der Behandlung. Die meisten Krankenhäuser führen deshalb in regelmäßigen Abständen Patientenbefragungen durch. Die Ergebnisse von Patientenbefragungen finden vielerorts Eingang in den strukturierten Qualitätsbericht und damit auch für die öffentliche Qualitätsdarlegung Verwendung. Eine Qualitätssicherung allein mit Routinedaten vernachlässigt diese Qualitätsaspekte völlig.

Darüber hinaus kann ein Qualitätssicherungsverfahren Unterstützung bei der Auswahl des Leistungserbringers bieten, indem die erreichte Qualität öffentlich dargestellt werden kann.<sup>4)</sup> Die mit Hilfe des von der BQS entwickelten Qualify-Instruments<sup>b</sup> als geeignet für eine öffentliche Qualitätsdarlegung bewerteten Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung erfüllen diesen Anspruch. An Qualitätsindikatoren aus Routinedaten sind die gleichen Maßstäbe hinsichtlich einer validen Risikoadjustierung zu stellen. Hierzu bedarf es jedoch in vielen Bereichen zusätzlicher klinischer Daten. Die geschilderten Aspekte mit einem Verfahren abdecken zu wollen, das ausschließlich auf Qualitätsindikatoren aus Routinedaten beruht, also allein auf Daten, die nicht eigens für Qualitätssicherungszwecke erhoben werden, ist aus Sicht der DKG nicht erfüllbar. Qualitätsindikatoren aus Routinedaten können daher die bestehende Qualitätsdarlegung der Krankenhäuser nur ergänzen und in Teilen substituieren, aber nicht in Gänze ersetzen.

## Internes Qualitätsmanagement und externer Qualitätsvergleich mit Routinedaten

Derzeit werden Qualitätsindikatoren aus Routinedaten zur Nutzung für das krankenhauserne Qualitätsmanagement

und für externe einrichtungübergreifende Qualitätsvergleiche propagiert.<sup>3)</sup>

Im Rahmen des krankenhausesinteren Qualitätsmanagements kann jedes Haus die für seine Qualitätsverbesserung wichtigen Indikatoren fokussieren. Die interne Verwendung von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten erfordert im besonderen Maße die Einbettung in ein internes Qualitätsmanagement, wie es bisher bereits im Krankenhaus gelebt wird. Dazu zählen unter anderem eine differenzierte Ursachenanalyse und eine team- und verbesserungsorientierte Qualitäts- und Fehlerkultur.<sup>15)</sup> Die krankenhausesinterne Diskussion der Ergebnisse und die Ableitung kontinuierlicher Verbesserungsmaßnahmen erfolgt häufig im Rahmen abteilungsspezifischer oder interdisziplinärer Fallbesprechungen, wie zum Beispiel den klassischen Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen oder internen bzw. externen Audits.<sup>6), 7)</sup>

Auch wenn die Nutzung von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten voraussichtlich ein Bestandteil der bestehenden Externen Stationären Qualitätssicherungsverfahren wird, ist der „strukturierte Dialog“ weiterhin unverzichtbar. Dieser zeichnet sich für „auffällige“ Krankenhäuser, das heißt Krankenhäuser mit vermuteten Qualitätsproblemen, durch eine gestufte Verfahrensweise aus, und er muss von geeigneten Fachexperten durchgeführt werden.

Der Strukturierte Dialog wird auch von Befürwortern einer Qualitätsmessung mit Routinedaten zur Unterstützung eines lernenden Systems positiv bewertet.<sup>8)</sup> Denn auch bei guter Versorgungsqualität können auffällige Ergebnisse in den Indikatoren durch eine Vielzahl anderer Einflussfaktoren bedingt sein, die nicht alle dokumentierbar sind (zum Beispiel unvermeidbare Komplikationen aufgrund besonderer Erkrankungen der Patienten). Werden Leistungserbringer durch harte Sanktionen vom Markt entfernt, ohne dass bei ihnen eine mindere Qualität ihrer Leistungserbringung wissenschaftlich abgesichert belegbar ist, so ist dies nicht zielführend und gefährdet die flächendeckende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

In der aktuellen Diskussion über die Nutzung von Routinedaten zur Qualitätssicherung lassen sich sowohl Argumente für als auch gegen ihre Verwendung finden (► **Abbildung 1**).<sup>9)</sup>

### Methodische Anforderungen

Unabhängig von ihrer Verwendung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements oder eines externen Qualitätsvergleichs müssen Qualitätsindikatoren aus Routinedaten die folgenden

| <b>Abbildung 1: Pro und Contra zur Verwendung von Routinedaten für die Qualitätssicherung</b>  |   |
|--|---|
| <b>Pro</b>   | <b>Contra</b>   |
| Geringer zusätzlicher Erhebungs- und Entwicklungsaufwand, da für Abrechnungszwecke bereits geleistet.  | Es kann nur untersucht werden, was auch in administrativen Daten abgebildet ist. Bestimmte Fragestellungen sind nicht zu beantworten zum Beispiel:<br>Umsetzung medizinischer Leitlinien<br>Berücksichtigung der Indikationsstellung<br>Einhaltung von Prozessstandards<br>Tumorstadium   |
| Hohe Vollständigkeit, da ein gesetzlich vorgeschriebener und standardisierter Datensatz für Abrechnungszwecke vorgegeben ist.                        | Begrenzter Informationsgehalt, da qualitätsrelevante klinische Details fehlen, die für Abrechnungszwecke nicht abgebildet werden.   |
| Möglichkeit von Längsschnittanalysen durch die personenbezogene Verknüpfung von sektorenübergreifenden Leistungsdaten im Rahmen von Einzelprojekten. | Abklärung datenschutzrechtlicher Aspekte erforderlich<br>echte Längsschnittbetrachtung nur über ein lebenslanges Pseudonym möglich<br>auswertende Stelle muss interessensfrei und neutral sein<br>Implementierung langfristiger Endpunkte steht noch aus<br>sektorale Trennung verhindert eine echte Langzeitbetrachtung<br>Tracer für Langzeitbetrachtung wie zum Beispiel beim QSR-Projekt <sup>10)</sup> zum jetzigen Zeitpunkt nicht nutzbar, da noch keine standardisierte Erfassung im ambulanten Bereich vorliegt<br>Daten der Meldeämter (Sterbedaten) bisher nicht nutzbar |
| Geringe Manipulationsanfälligkeit durch automatisierte Abrechnungsroutinen.  | Gegebenenfalls eingeschränkte Validität, da von der Güte und Systematik des Kodiervorgangs abhängig.<br>Angemessene Risikoadjustierung derzeit nicht möglich, da Routinedaten nicht alle relevanten Einflussfaktoren erfassen.  |

methodischen Grundanforderungen erfüllen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden:

#### 1. Transparente und nachvollziehbare Entwicklung

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten muss auf einer wissenschaftlichen – möglichst evidenzbasier- ten – und methodisch transparenten Grundlage beruhen. Hierzu gehört auch, dass insbesondere die Rechenregeln zur Ermittlung des Indikators für die Einrichtung nachvollziehbar sein müssen. Daher sind die Definitionen von Qualitätsindikatoren offen zu legen und die Qualität der Indikatoren zu bewerten. Alle Informationen sollten in einer öffentlichen

— Anzeige —

**Dometic**

- 4% der Privatpatienten geben sich **mit allem** zufrieden.
- 9% geben sich **mit nichts** zufrieden.
- 87% wollen **Hotelkomfort** auf ihrem Krankenzimmer!

**100% Dometic**

[www.100-prozent-dometic.de](http://www.100-prozent-dometic.de)

Qualitätsindikatordatenbank verfügbar gemacht werden. Diese Forderung muss insbesondere für Qualitätsindikatoren gelten, die für eine öffentliche Berichterstattung genutzt werden sollen.

Qualitätsindikatoren müssen geeignet sein, Unterschiede in der Versorgungsqualität zuverlässig darzustellen. Externe Qualitätsvergleiche auf dieser Basis sind nur möglich, wenn eine sorgfältige Definition der zu vergleichenden Grundgesamtheit erfolgt und unterschiedliche Patientenstrukturen, zum Beispiel durch eine differenzierte Risikoadjustierung, vergleichbar gemacht werden.<sup>11)</sup>

**2. Relevanz und Validität**

Qualitätsindikatoren fokussieren den Blick auf bestimmte Sachverhalte und lenken den Blick damit automatisch von anderen, nicht gemessenen Sachverhalten ab. Daher müssen Qualitätsindikatoren für die Bewertung einer medizinischen Behandlung relevant sein, also aussagekräftige Qualitätsaspekte darstellen, um auf damit verbundene Qualitätsprobleme aufmerksam zu machen. Nicht alles, was theoretisch mit Routinedaten gemessen werden kann, ist ein klinisch relevanter Qualitätsindikator, weil teilweise ein klinischer Zusammenhang fehlt. Die Angabe von Letalitätsraten als Qualitätsindikator einer Einrichtung ist zum Beispiel nur bei einem Kausalzusammenhang zwischen medizinischer Leistung und Versterben des Patienten sinnvoll. Wenig hilfreich sind zum Beispiel Letalitätsraten bei Augenoperationen.

Für Indikatoren aus Routinedaten sollten evidenzbasierte Referenzbereiche und Schwellenwerte festgelegt werden. Insbesondere bei einer Verwendung von Qualitätsindikatoren für die öffentliche Berichterstattung sollten keine relativen Referenzbereiche (zum Beispiel Quartile) für die Trennung von guter und schlechter Qualität genutzt werden. Vor der Etablierung eines Qualitätsindikators ist zu prüfen, ob er das misst, was er messen soll (Validität des Indikators). Hier müssen insbesondere Qualitätsindikatoren, die Komplikationshäufigkeiten aus Routinedaten ermitteln sollen, genau untersucht und definiert werden.

**3. Erfassung aller relevanten Informationen**

Die Validität von Routinedaten für Qualitätssicherungszwecke kann angezweifelt werden, da diese Daten primär für Abrechnungszwecke und nicht für die Qualitätssicherung erhoben werden. So geben die Kodieranweisungen für Abrechnungszwecke (Deutsche Kodierrichtlinien) vor, dass Komplikationen und Komorbiditäten, die im Rahmen des Krankenhausaufenthalts aufwandsneutral und daher nicht erlösrelevant sind, nicht kodiert werden dürfen. Gleichwohl können derartige Komplikationen und Komorbiditäten die Ergebnisqualität erheblich beeinflussen. Dieser Verlust von Detailinformation birgt das Risiko von Fehlinterpretationen hinsichtlich der Ergebnisqualität.<sup>12)</sup>

Die Klassifikationen von Diagnosen und Prozeduren erfolgen im Rahmen des G-DRG-Systems derzeit insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Kostendifferenzierung. Sollen künftig Routinedaten für Qualitätssicherungszwecke verstärkt genutzt werden, muss bei der Weiterentwicklung der OPS- und ICD-Kataloge auch auf die Darstellbarkeit von wichtigen Qualitätsinformationen, wie zum Beispiel das Tumorstadium sowie bei der stationären Aufnahme bereits vorhandene Diagnosen und Komplikationen, geachtet werden.<sup>8), 11)</sup> Ferner wäre eine Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien erforderlich, die sicherstellt, dass die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen auch mit Blick auf Qualitätsaspekte in einheitlicher Weise angewendet werden.

**4. Risikoadjustierung**

Ein fairer Vergleich der Leistungserbringung ist besonders bei der Veröffentlichung von Ergebnisindikatoren unerlässlich und nur durch die Berücksichtigung möglichst vieler Einflussfaktoren auf die Ergebnisqualität zu gewährleisten. Mit einer geeigneten Ri-

**Abbildung 2: Gesetzliche und formale Kriterien zur Beurteilung von Internetportalen auf der Basis von Routinedaten<sup>14)</sup>**

| Gesetzliche und formale Anforderungen   | Internetportal | Projekt |
|---|----------------|---------|
| Es gibt ein Impressum.  | ✓              |         |
| Es gibt eine Kontaktadresse.  | ✓              | ✓       |
| Die allgemeinen Geschäftsbedingungen sind hinterlegt.   | ✓              | (✓)     |
| Der Verweis auf das Telemediengesetz ist vorhanden (Impressum, Datenschutz, Haftung).   | ✓              |         |
| Es gibt eine Datenschutzerklärung.  |                | ✓       |
| Adressaten und Zweck des Projektes sind klar benannt.   | ✓              | ✓       |
| Der geographische Einzugsbereich ist klar erkennbar (regional, überregional, deutschlandweit, international).   | ✓              | ✓       |
| Die teilnehmenden Einrichtungen sind klar erkennbar.  | ✓              |         |
| Navigation und Seitenaufbau sind verständlich.  | ✓              |         |
| barrierefreier Zugang   | ✓              |         |
| Identität des Betreibers ist offengelegt und leicht zu finden.  | ✓              | ✓       |
| Finanzierung des Portals ist offengelegt.   | ✓              |         |
| Werbung und Inhalte sind klar voneinander abgegrenzt.   | ✓              |         |
| Es kann gezielt nach Krankenhäusern gesucht werden.   | ✓              |         |
| Die Darstellung der Treffer bei Suchanfragen ist transparent hinsichtlich der Reihenfolge der Darstellung (zum Beispiel Beste zuerst oder alphabetisch) und der Kriterien für die Sortierung. | ✓              |         |
| Angaben zur Aktualität der verwendeten Daten sind vorhanden (Auswertungszeitraum der Daten).  | ✓              | ✓       |
| ✓wünschenswert, sollte erfüllt sein; (✓) sinnvoll, könnte erfüllt sein.   |                |         |

sikoadjustierung sind patientenindividuelle Risiken (das heißt Unterschiede im Risikoprofil der behandelten Patienten, wie zum Beispiel Schwere der Erkrankung, Komorbiditäten, Alter, Geschlecht, OP-Methode) auszugleichen, um die unterschiedliche Verteilung dieser Risiken zwischen den Leistungserbringern (Patientenmix) bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Im Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung beispielsweise erfolgt die Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren auf der Basis von bekannten, in der Literatur beschriebenen oder in Vorjahres- und Sonderauswertungen identifizierten Einflussfaktoren mit entsprechenden Adjustierungsmethoden (risikostandardisierte Fallkonstellationen, Stratifizierung, additive Scores, logistische Regression).<sup>13)</sup>

Eine Risikoadjustierung lediglich nach Alter und Geschlecht der Patienten greift hierbei eindeutig zu kurz.

### 5. Eignung für „Public Reporting“

Vor ihrer verbindlichen Verwendung im Rahmen der öffentlichen Berichterstattung („Public Reporting“) sind Qualitätsindikatoren zunächst auf ihre diesbezügliche Eignung zu überprüfen. Es muss vermieden werden, falsche Anreize für Risikoselektion zu setzen.

Soll ein Qualitätsindikator für die öffentliche Berichterstattung eingesetzt werden, ist insbesondere die Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für die Patienten und die interessierte Öffentlichkeit ein wichtiges Kriterium. In die Bewertung sind daher Vertreter aus Patientengruppen oder der Öffentlichkeit maßgeblich einzubeziehen. Bei der Bewertung spielen neben der laienverständlichen Bezeichnung der Qualitätsindikatoren auch weitere öffentlich verfügbare Informationen, die das Verständnis erleichtern, eine wesentliche Rolle.<sup>5)</sup>

Unterstützung zur Beurteilung von Projekten und Internetportalen, die Qualitätsindikatoren aus Routinedaten verwenden, liefern die Checklisten in ► **Abbildung 2 und 3**.

### Fazit und Ausblick

Eingebettet in ein internes Qualitätsmanagement können Routinedaten wichtige Informationen für gezielte krankenhausspezifische Qualitätsverbesserungsmaßnahmen sein. Jedes

**Abbildung 3: Inhaltliche Kriterien zur Beurteilung von Internetportalen auf der Basis von Routinedaten**

| Inhaltliche Beurteilungskriterien   | Internetportal | Projekt |
|---|----------------|---------|
| Neben den Indikatoren sind Basisinformationen zu den Einrichtungen abrufbar (zum Beispiel Kontext zur Größe, Schwerpunkt, Art des Hauses, Teilnahme an der Notfallversorgung).  | ✓              |         |
| Neben Indikatoren aus Routinedaten werden auch andere Qualitätsaspekte erhoben und dargestellt.   | ✓              |         |
| Wissenschaftliche Begleitung ist gegeben.   | ✓              | ✓       |
| Datenhoheit der teilnehmenden Einrichtungen ist gegeben, das heißt Nutzung und Verwendungszweck der gelieferten Daten und daraus abgeleiteter Ergebnisse sind abschließend bekannt, darüber hinausgehende Nutzungen sind ausgeschlossen oder bedürfen der Zustimmung. | ✓              | ✓       |
| Es erfolgt eine angemessene Darstellung der Leistungsmengen (das heißt die Grundgesamtheit ist erkennbar, zum Beispiel Fallzahlen pro Indikator).   | ✓              | (✓)     |
| Es gibt die Möglichkeit der internen (das heißt zwischen Portalbetreiber und Einrichtung) Kommentierung der Ergebnisse für die teilnehmenden Einrichtungen.   | ✓              |         |
| Die Beteiligung von Patientenvertretern ist gewährleistet.  | ✓              | ✓       |
| Die methodischen Anforderungen der einbezogenen Indikatoren aus Routinedaten werden erfüllt.  | ✓              | ✓       |
| Das Internetportal ist geeignet für die Positionierung und das Marketing des Krankenhauses.   | ✓              |         |
| Aus der Projektbeschreibung geht hervor, wie mit den Ergebnissen der QI-Analyse – ggf. anhand festgelegter Verfahren (interne Analysen, Peer Review) – gearbeitet wird, also Verbesserungsmaßnahmen in den beteiligten Einrichtungen in Gang gesetzt werden           | (✓)            | ✓       |
| Möglichkeit zu „echtem“ Benchmark ist gegeben, das heißt Lernen von den Besten im Sinne von gegenseitigem Erfahrungsaustausch innerhalb des Projektes (zum Beispiel im Rahmen von Benchmark-Gruppen).   | (✓)            | ✓       |
| Die Kosten für die teilnehmenden Einrichtungen sind transparent dargelegt (zum Beispiel Aufwand für die Bereitstellung von Daten, Kosten für Hardware/Software, für Dokumentationsaufwand und zu initiierte Projekte).  | ✓              | ✓       |
| Daten und Ergebnisse können für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden, (zum Beispiel interne Prozessverbesserungen bzgl. Patientenversorgung).   | ✓              | ✓       |
| Es besteht Transparenz bzgl. der verwendeten Indikatorendefinitionen bzw. der zugrunde liegenden Rechenregeln.  | ✓              | ✓       |
| Es besteht Mitsprachemöglichkeit bei der Bewertung und Darstellung der Indikatoren.   | ✓              | ✓       |
| Es besteht Mitsprachemöglichkeit bei der Weiterentwicklung von Indikatoren.   | ✓              | ✓       |
| Die Angaben der Kliniken und die eingereichten Daten werden durch die Portalbetreiber vor ihrer Veröffentlichung auf Plausibilität und Richtigkeit überprüft.   | ✓              |         |
| Bei Verwendung von Befragungen sind das Verfahren (Befragungsinstrument) und die Bewertungskriterien transparent:<br>– für die teilnehmenden Krankenhäuser<br>– für die Adressaten des Portals.   | ✓<br>✓         |         |

✓ wünschenswert, sollte erfüllt sein; (✓) sinnvoll, könnte erfüllt sein.

Anzeige



**RECHTSANWÄLTE WIGGE**  
BERATUNG IM MEDIZINRECHT

**Innovative Strategien und Konzepte für Krankenhäuser**

- Krankenhausplanung
- Integrierte, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte
- Ambulante Behandlung im Krankenhaus
- Arbeitsrecht im Krankenhaus
- Kooperationen/Outsourcing
- Chefarzt- und Institutsermächtigungen
- Gründung und Betrieb von MVZ

Münster: Scharnhorststraße 40 T 02 51 / 53 59 5 - 0  
Hamburg: Neuer Wall 44 T 0 40 / 82 22 61 - 430

**MÜNSTER . HAMBURG . WWW.RA-WIGGE.DE**

Krankenhaus kann dabei die für seine Qualitätsverbesserung wichtigen Indikatoren fokussieren.

Eine Qualitätsbewertung und insbesondere öffentliche Darlegung *allein* aufgrund von Abrechnungsdaten hält die DKG allerdings für unzulässig, da hiermit eine adäquate Risikoadjustierung nicht möglich ist und wichtige Bereiche der Patientenversorgung nicht abgebildet werden. Hierzu zählt die Fokussierung auf die reine Ergebnisqualität und die Vernachlässigung von Strukturqualität und Prozessstandards (zum Beispiel Leitlinien) ebenso wie das Außer-Acht-Lassen der Patientenzufriedenheit. Der unzweifelhafte Vorteil der Verwendung von bereits für andere Zwecke dokumentierten Daten darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass beispielsweise zur Risikoadjustierung oder zur Evaluierung einer leitlinienkonformen Behandlung weiterhin eine zusätzliche Datenerhebung notwendig sein wird. Sofern Indikatoren aus Routinedaten die genannten methodischen Anforderungen jedoch erfüllen, sind sie für die Verwendung zu Qualitätssicherungszwecken sinnvoll und können zusammen mit weiteren Elementen wertvolle Informationen zur Qualitätsverbesserung im Krankenhaus liefern. Wenn zur Beantwortung von Fragestellungen der Qualitätssicherung *geeignete* Routinedaten vorliegen, sollten diese gegenüber zusätzlich zu dokumentierenden Daten künftig bevorzugt werden.

Die Entwicklung, die Nutzung und die möglichen Auswirkungen der Nutzung von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten sollten durch eine fundierte Begleitforschung evaluiert werden. Ergebnisse dieser Begleitforschung sollten zeitnah bei der Weiterentwicklung der Indikatoren berücksichtigt werden, einschließlich der Auswirkungen auf die Versorgungssituation.

### Anmerkungen

- a) Das BSG hat mit Urteil vom 10. Dezember 2008 (AZ: B 6 KA 37/07 R) deutlich gemacht, dass die §§ 284 ff. SGB V einen abschließenden Katalog für die Zulässigkeit der Datenübermittlung darstellen. Finden sich dort keine Regelungen zur Datenübermittlung, muss diese unterbleiben.
- b) Das BQS-Institut hat mit QUALIFY ein Instrument entwickelt, das auch zur Unterstützung bei der Neu- und Weiterentwicklung von Indikatoren eingesetzt werden kann. Qualitätsindikatoren müssen demnach relevant, wissenschaftlich und praktikabel sein. In der Kategorie Relevanz wird untersucht, ob ein Indikator relevante Qualitätsaspekte der im Fokus der Betrachtung stehenden Versorgung misst. In der Kategorie Wissenschaftlichkeit werden unmittelbare methodische Eigenschaften eines Qualitätsindikators geprüft. In der Kategorie Praktikabilität wird die praktische Anwendbarkeit oder Umsetzbarkeit des Qualitätsindikators in einem konkreten Umfeld untersucht.<sup>5)</sup>

### Literatur

- 1) Donabedian, A.: Evaluating the quality of medical care, *Milbank Mem Fund Quart.* 44:166-206, 1966
- 2) Schrappe, M.; Haeske-Seeberg, H.: Woran zeigt sich gute Qualität im Krankenhaus?, *Ärzte Zeitung*, 14. Januar 2009
- 3) Initiative Qualitätsmedizin (Hrsg.): „Initiative Qualitätsmedizin (IQM) steht für Transparenz und offene Fehlerkultur in der Medizin“, Pressemitteilung vom 3. September 2008, Internet: [www.initiative-qualitaetsmedizin.de](http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de)
- 4) Gemeinsamer Bundesausschuss: Verfahren zur Auswahl von qualitätssicherungsrelevanten Versorgungsaspekten und Methoden der Qualitätssicherung im Unterausschuss Qualitätsbeurteilung und -sicherung des G-BA, unveröffentlichtes Methodenpapier, 2008

- 5) Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS): QUALIFY. Internet: <http://www.bqs-qualify.com/online/public/leistungen/qualify> (letzter Zugriff: 11. November 2011)
- 6) Charité: Qualitätsmanagement: Zentrale Projekte: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Internet: [http://qualitaetsmanagement.charite.de/projekte/zentrale\\_projekte/die\\_einzelnen\\_projekte/morbidaets\\_und\\_mortalitaetskonferenzen/](http://qualitaetsmanagement.charite.de/projekte/zentrale_projekte/die_einzelnen_projekte/morbidaets_und_mortalitaetskonferenzen/) (Zugriff: 11. November 2010)
- 7) Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ): Kompendium q-m-a. 2005, Internet: [www.aeqz.de/aezq/kompendium\\_q-m-a/kapitel-8](http://www.aeqz.de/aezq/kompendium_q-m-a/kapitel-8) (letzter Zugriff: 11. November 2010)
- 8) AOK-Bundesverband, FEISA, Helios Kliniken, WIdO (Hrsg.): Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) – Abschlussbericht 2007
- 9) in Anlehnung an: Zorn, U.: Qualitätssicherung: Routinedaten noch keine Alternative zum BQS-Verfahren, *Dtsch Arztebl* 2007
- 10) AOK-Bundesverband (Hrsg.): Behandlungsqualität im Krankenhaus online, *prodialog* Nr. 4, April 2010
- 11) Siebers, L.; Roeder, N.; Heumann, M.: Möglichkeiten und Chancen der Analyse von Qualitätskriterien auf der Basis von DRG-Routinedaten, *das Krankenhaus* 2007
- 12) 112. Deutscher Ärztetag: Beschlussprotokoll. Internet: [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) (Zugriff: 10. September 2009)
- 13) Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS): Risikoadjustierung von BQS-Qualitätsindikatoren. Internet: [www.bqs-qualitaetsreport.de/2008/grundlagen/risikoadj](http://www.bqs-qualitaetsreport.de/2008/grundlagen/risikoadj) (letzter Zugriff: 11. November 2010)
- 14) Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Qualitätsanforderungen für Arzt- und Klinikbewertungsportale, Berlin Dezember 2009, Internet: [www.arztbewertungsportale.de](http://www.arztbewertungsportale.de) (Zugriff: 19. März 2010)
- 15) Deutsches Krankenhausinstitut (DKI): Krankenhausbarometer 2008. Internet: [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de) (Zugriff: 20. November 2009)

### Anschrift der Verfasser

Dr. Bernd Metzinger, Geschäftsführer/Christiane van Emmerich, Referentin, Dezernat für Personalwesen und Krankenhausorganisation der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Wegelystraße 3, 10623 Berlin

#### Mitglieder der DKG-Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung mit Abrechnungsdaten (Routinedaten)“:

- Dr. Karl Blum, Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf
- Robert Färber, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- Burkhard Fischer, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- Ralf-Matthias Heyder, Verband der Universitätsklinika Deutschlands, Berlin
- Dr. Frank Jagdfeld, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, Stuttgart
- Ilona Michels, Verband der Privatkrankenanstalten Berlin-Brandenburg, Berlin
- Annabelle Neudam, Bundesverband Deutscher Privatkliniken, Berlin
- Christiane van Emmerich, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin
- Dr. Christof Veit, BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit, Düsseldorf