

André Cools

Qualitätsindikatoren: Möglichkeiten, Grenzen, Chancen

Wie bewährt sich Qualitätsmessung aus Routinedaten im Klinikalltag? Durch das Krankenhausstrukturgesetz ist das Interesse an Qualitätsindikatoren aus Routinedaten gewachsen. Etablierte Indikatorsets bieten bereits viele Möglichkeiten der Schwachstellen-Analyse. Doch allein das Berechnen von Ergebnissen führt nicht zu Qualitätsverbesserungen. Was ist beim heutigen Entwicklungsstand im Klinikalltag bereits möglich? Wo liegen die Grenzen der Indikatoren? Was zeigt uns der Blick in die Zukunft?

Seit mehr 15 Jahren werden im deutschen Gesundheitswesen Instrumente zur Messung der medizinischen Behandlungsqualität auf der Basis von Routinedaten entwickelt und etabliert. Vor allem im akutstationären Bereich lassen sich Qualitätsindikatoren mit Erfolg einsetzen, um Schwachstellen in der Patientenversorgung zu erkennen. Als Basis zur Ergebnisberechnung wird häufig der Datensatz nach § 21 KHentG verwendet. Dieser hat sich in der Praxis bewährt, solange man eine inhaltlich hohe Datenqualität bzw. eine vollständige Kodierung gewährleisten kann. Die Vorteile bei der Nutzung des § 21-Datensatzes liegen auf der Hand: Er umfasst viele relevante Angaben, die ohne zusätzlichen Personal- und Kostenaufwand eingesetzt werden können und weitgehend resistent gegen Manipulationen sind.

Etablierte Indikatorsets

Mehrere Qualitätsindikatorsets auf der Basis des § 21-Datensatzes gelten als etabliert. Dazu gehören beispielsweise die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) mit mehr als 350 Indikatoren auf mehr als 60 Krankheitsgebieten, entwickelt von **Prof. Dr. Thomas Mansky** von der TU Berlin, die Patient Safety Indicators PSI-AHRQ mit 24 Indikatoren, angelehnt an die US-amerikanischen Indikatoren der Agency for Healthcare Research and Quality, umgesetzt durch 3M und **Prof. Dr. Saskia Drösler** von der Hochschule Niederrhein, und die Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK) unter wissenschaftlicher Begleitung von **Prof. Dr. Jürgen Stausberg**. Zudem nutzen Organisationen wie die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) diese Kennzahlen.

Interne Verwendung

Ursprünglich waren Qualitätsindikatoren in erster Linie für die interne Verwendung gedacht. Sie sollten helfen, mögliche Handlungsfelder zur Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität aufzudecken und die transparente und aktive Steuerung der Prozessoptimierung im klinischen Qualitätsmanagement zu unterstützen. Neben absoluten Mengeninformatoren, etwa der Anzahl stationärer Behandlungen pro Diagnose, lassen sich mit Hilfe der Indikatoren beispielsweise Kennzahlen wie Mortalitätsraten, Komplikationsraten und Prozesskenn-

zahlen ermitteln. Anhand auffälliger Ergebniswerte können möglichen Schwachstellen in den Behandlungsabläufen bzw. -strukturen identifiziert und durch systematische Analyse, Fallbesprechungen und Peer-Review-Verfahren beseitigt werden.

Steigende Anforderungen

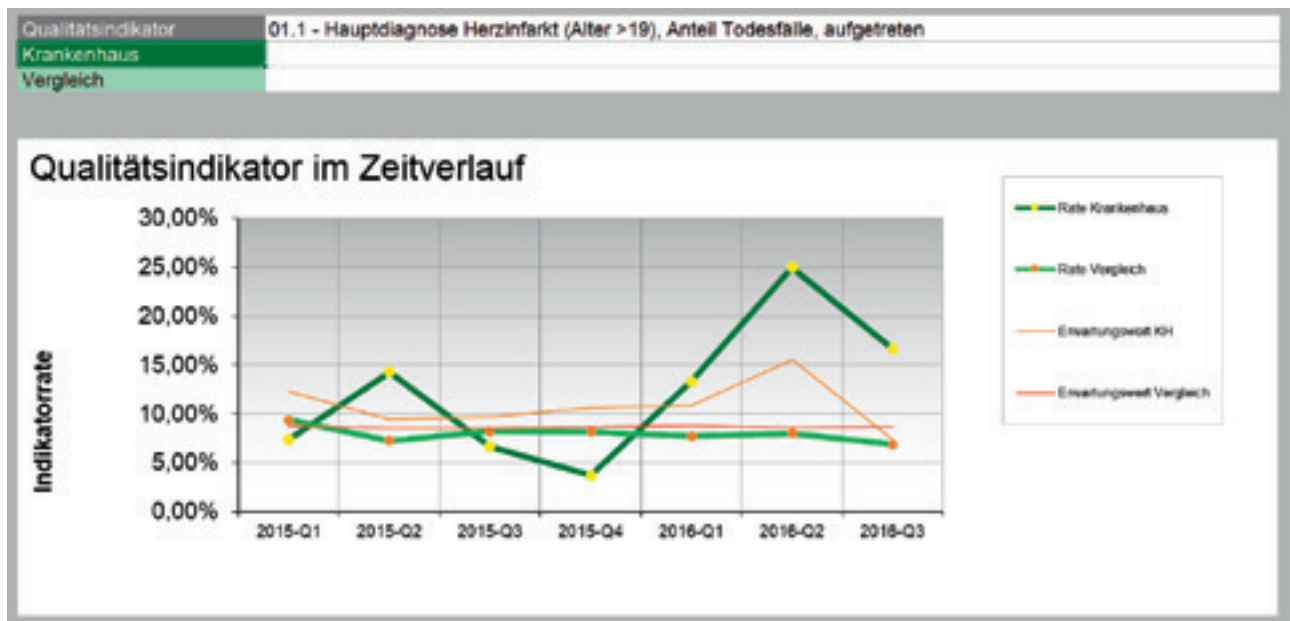
Getrieben durch das KHSG erweitern sich die Anforderungen an diese Instrumente. Unter anderem sollen die Ergebnisse der Kliniken veröffentlicht werden, Vergleiche sollen möglich, die Krankenhausplanung und -finanzierung daran gekoppelt werden. Doch noch fehlen ausreichend justiziable Spezifikationen, aber auch valide Angaben in den Routinedaten wie etwa zu den bereits bei Aufnahme bestehenden (POA)-Krankheitszuständen. Das vom G-BA beauftragte Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) hat daher eine Auswahl der Indikatoren aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung vorgeschlagen, um im ersten Schritt die Krankenhausplanung zu unterstützen. Die Akzeptanz in den Bundesländern scheint jedoch zunächst eher gering zu sein.

Relevante Gesprächsgrundlage

Aktuell nutzen rund 1 000 Kliniken in Deutschland Software zur Berechnung von Qualitätsindikatoren. Am Heilig-Geist-Krankenhaus Köln werden seit 2010 regelmäßig Qualitätsindikatoren ausgewertet. Geschäftsführer **Dr. Guido Lerzynski**: „Das ermöglicht es unserem Haus, potenzielle Defizite bei der Gestaltung der eigenen Prozesse ausfindig zu machen. Die Auffälligkeiten bei bestimmten Indikatoren dienen als Aufgreifkriterium zur vertieften Auseinandersetzung mit einzelnen Bereichen in berufsgruppenübergreifenden systematischen Fallanalysen. Gleichzeitig dienen Fälle, die ein besonderes Verbesserungspotenzial bieten, als Diskussionsgrundlage in multiprofessionell geführten Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen. Abschließend besteht durch Peer-Review-Verfahren die Möglichkeit, externen Wissens-Input zu generieren.“

Auch **Dr. Christoph Scheu**, Geschäftsführer des Klinikums St. Elisabeth Straubing, schätzt die interne Nutzbarkeit der Qualitätsindikatoren aus Routinedaten: „Um exzellente Ergebnisse zu erbringen, muss ein Krankenhaus fach- und bereichsübergreifende Hochleistungs-Teams haben. Da sind Indikato-

Indikatorrate im Zwei-Jahres-Verlauf und Darstellung des Vergleichs mit Erwartungswerten
 Zu den etablierten Indikatorensets zählen die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI)



ren, die man gemeinsam betrachten kann, extrem wichtig. Sie geben uns relevante Daten an die Hand und helfen allen Akteuren beim Verständnis dessen, was der andere meint. Was wir ihnen zurückspeiegeln, nehmen die Kliniker gern auf, um Abläufe, Methoden und Ähnliches weiter zu verfeinern. Und wir sprechen endlich über die Qualität der Versorgung – für die alle mit verantwortlich sind: die Verwaltung, die Pflege, die Ärzte.“

Berechnung und Interpretation

Eine wichtige Einflussgröße ist die eigentliche Definition der Qualitätsindikatoren und deren Umsetzung innerhalb einer Software zur Berechnung der Ergebnisse. Software-Produkte bieten inzwischen eine Vielzahl an technischen Möglichkeiten zur Ergebnisanalyse. Angeboten werden etwa grafische Darstellungen, Selektionen bestimmter Patientengruppen und die Markierung von Auffälligkeiten. **Dr. Guido Lerzynski:** „Ein negativer Indikatorwert bedeutet nicht zwingend schlechte Qualität. Indikatorergebnisse werden maßgeblich von der zugrunde liegenden Qualität der Dokumentation und Kodierung beeinflusst.“

Um keine falschen Schlüsse aus den Qualitätsindikatoren zu ziehen, sollten bei der Interpretation der Ergebnisse die relevanten Einflussgrößen berücksichtigt werden, bei einer spezifischen Diagnose etwa die Fallzahl und die Prognosen der einzelnen Fälle. Dr. Christoph Scheu sieht die Indikatoren als ein Radarsystem: „Die meisten zeigen mit sehr wenig Aufwand, ob alles im Lot ist oder ein großes Problem vorliegt. Die Zahlen erlauben kein Urteil, sondern sie sind ein Aufhänger für einen notwendigen Dialog. Auch lassen die Qualitätsindikatoren aus Routinedaten relativ gut die Abteilungen am unteren und oberen Ende der Skala erkennen, also die Extreme. Ein Ranking erlauben sie aber definitiv nicht.“

Unterschiedliche Verwertbarkeit

Die Frage, welche der Indikatoren sich in der Praxis bewährt haben und worauf es bei der Analyse von Auffälligkeiten besonders ankommt, wird durchaus kontrovers diskutiert. **Dr. Nicolas Krämer,** kaufmännischer Geschäftsführer des Lukas-Krankenhauses Neuss: „Natürlich wird sich kein Krankenhausvertreter gegen gute Qualität aussprechen. Allerdings muss sie richtig, fair und unzweifelhaft gemessen werden. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien wäre der G-BA gut beraten, eine Vorabklassifikation von Patienten und die Definition eigenständiger Faktoren vorzunehmen.“

Differenziert beurteilt auch Dr. Christoph Scheu die Verwertbarkeit der Indikatoren aus Routinedaten: „Es gibt Indikatoren, die sehr homogene Patientengruppen abbilden und kaum anfällig für Manipulationen sind. Diese sollte man sehr ernst nehmen. Andere müssten präzisiert bzw. angepasst werden, um homogenere Patientengruppen abzubilden. Zum anderen spielt die Fallzahl im jeweiligen Krankenhaus eine Rolle: Wenn nur hundert Patienten pro Jahr in die Berechnung eingehen, kann der Zufall die Zahl erheblich verändern.“

Notwendiges Umdenken

„Qualitätsindikatoren aus Routinedaten bleiben wirkungslos, wenn die Kultur des Krankenhauses und der Abteilung nicht entsprechend ausgerichtet ist, wenn es an Offenheit und ständigem Verbesserungswillen fehlt. Auch müssen wir angesichts der alternden Bevölkerung und der Multimorbidität unsere Krankenhäuser um die Patienten herum organisieren, statt sie diagnosebezogen mehreren Abteilungen nacheinander zuzuweisen. Das ist ein großer Paradigmenwechsel gegenüber der Spezialisierung. Wir brauchen jetzt eine ganz andere Architektur als im 20. Jahrhundert“, fordert Scheu. ▶

Entwicklungen

Inhaltliche und technische Weiterentwicklungen werden die aktuell verfügbaren Möglichkeiten erweitern. So ist zu erwarten, dass eine inhaltliche Ergänzung der Qualitätsindikatoren künftig Fachgebiete einschließt, in denen heute kaum Messungen möglich sind, etwa in der Psychiatrie. Doch „durch die Beschäftigung mit Qualitätsindikatoren kann sich das einzelne Krankenhaus schon heute auf eine sich anbahnende Outcome-gesteuerte Finanzierung seitens des Gesetzgebers vorbereiten“, so Lorzynski. „Die große Menge an unterschiedlichen Qualitätsindikatoren am Markt sollte auf ein überschaubares und damit ‚bearbeitbares‘ Maß reduziert werden, sodass die einzelnen Häuser valide Werkzeuge für die Bewertung ihrer Arbeit nutzen können.“

Scheu erwartet als Entwicklung in den nächsten Jahren etwa Indikatoren zu speziellen Krankheiten oder Patientengruppen wie vulnerablen Patienten. Gleichzeitig würden technische Weiterentwicklungen die bisher retrospektive Analyse bereits abgeschlossener Fälle ergänzen: um Informationen, die bereits während der stationären Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Der Geschäftsführer skizziert: „Ich bin sicher, dass wir noch viel zuverlässiger als bisher Patienten ‚at risk‘ identifizie-

ren können, wenn Routinedaten in Echtzeit mit Labordaten und beispielsweise auch mit Daten von Wearables kombiniert werden. So könnte man bei Hochrisiko-Patienten außerhalb der Intensivstation mit konzentrierter Expertise bei Bedarf gezielt intervenieren. Das ist heute noch Zukunftsmusik, doch ich bin zuversichtlich, dass es in diese Richtung geht.“

Fazit

Qualitätsindikatoren aus Routinedaten eignen sich hervorragend als Radarsystem zum Erkennen von Optimierungspotenzial und als Grundlage für interne Diskussionen. Eine „externe Verwendung“, zum Beispiel als einheitliche Kriterien bei der Krankenhausplanung und -finanzierung, erlauben diese Qualitätsindikatoren heute noch nicht. Große Chancen liegen allerdings in künftigen Entwicklungen, etwa in der Kombination von Routinedaten in Echtzeit mit diagnostischen Daten aus weiteren Quellen.

Anschrift des Verfassers

André Cools, 3M Deutschland GmbH, Carl-Schurz-Straße 1, 41453 Neuss, ACools@mmm.com

Einrichtungen gesucht: Praxisprojekt „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

Das wissenschaftliche Team des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sucht für dieses Praxisprojekt Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen, die ihr aktuelles Qualitätsniveau zur Dekubitusprophylaxe auf den Prüfstand stellen und weiterentwickeln wollen. Zudem sollen die beteiligten Einrichtungen ein Indikatoren-Set auf seine Praxistauglichkeit testen, insbesondere in Hinblick auf den Aufwand der Datenerhebung und den sich daraus ergebenden Erkenntnisgewinn für die Einrichtung. Mit dem Praxisprojekt will das DNQP Erkenntnisse zur Arbeit mit dem Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ gewinnen. In dem Projekt geht es darum, Hinweise zum Umgang mit dem aktualisierten Erkenntnisstand zur Dekubitusprophylaxe und der Integration in den Praxisalltag zu erhalten sowie die Nutzung von Qualitätsindikatoren zur Dekubitusprophylaxe auf der Grundlage des Expertenstandards zu erproben.

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe wird derzeit von einer 14-köpfigen Expertenarbeitsgruppe unter der Leitung von Priv.-Dozent **Dr. Jan Kottner** zum zweiten Mal aktualisiert. Seine Veröffentlichung ist für Mai 2017 geplant. Neben der Anpassung der Inhalte an den aktuellen Stand

des Wissens widmeten sich Expertenarbeitsgruppe und wissenschaftliches Team des DNQP erstmalig der Entwicklung eines Indikatorensets.

Interessierte Einrichtungen sollten folgende Merkmale erfüllen:

- Unterstützung des Projekts durch das leitende Management
- Motivation zur internen Qualitätsverbesserung auf Basis von Expertenstandards
- Ressourcen zur möglichst EDV-gestützten Datenerhebung von Dekubitus bezogenen Daten
- Benennung einer projektverantwortlichen Person, die an drei Treffen in Osnabrück teilnehmen kann (19. Juni 2017, 4. September 2017, 4. Dezember 2017).

Für Rückfragen zum Projekt steht Petra Blumenberg (p.blumenberg@hs-osnabrueck.de oder 0541-969 3147) zur Verfügung. Bewerbungen – per E-Mail oder auf dem Postweg – bis zum 28. April 2017 bei der Hochschule Osnabrück, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Prof. Dr. Andreas Büscher, Postfach 19 40, 49009 Osnabrück, E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de, Internet: <http://www.dnqp.de>