

Im vorliegenden BQS-Qualitätsreport werden die Auswertungsergebnisse von Qualitätsindikatoren bewertet, um Aussagen zur Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern zu machen. Die Bewertungen erfolgen auf der Basis international üblicher Methoden. Im Folgenden werden die Grundlagen und die Vorgehensweisen für diese Bewertungen dargestellt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet in ihren Definitionen zur Qualität der Krankenhausversorgung zwischen den Dimensionen Versorgungsleistung (performance) und Versorgungsqualität (quality) (WHO 2003).

Qualitätsindikatoren: Beobachtung

Die Beobachtung der Versorgungsleistung ist ohne den Einsatz von Qualitätsindikatoren nicht möglich (Mainz 2003a). Die Ergebnisse der BQS-Bundesauswertungen (www.bqs-outcome.de) stellen ausgewählte Aspekte der Versorgungsleistung für alle deutschen Krankenhäuser dar.

Referenzbereiche: Bewertung

Für die Bewertung der Versorgungsqualität erfolgt ein Vergleich mit Vorgaben oder Erwartungswerten. Diese normativen oder empirischen Vorgaben sind von den Fachgruppen bei der BQS für die meisten Qualitätsindikatoren als Referenzbereiche festgelegt worden. Ergebnisse innerhalb der Referenzbereiche sind als unauffällige Versorgungsqualität zu werten, während Ergebnisse außerhalb der Referenzbereiche Auffälligkeiten kennzeichnen.

Auffälligkeit: Analyse

Die Analyse dieser Auffälligkeiten erfolgt gemeinsam mit den betreffenden Krankenhäusern. Im Rahmen der externen Qualitätsdarstellung wird dieser Kommunikationsprozess als „Strukturierter Dialog“ bezeichnet (nähere Informationen unter: „Was geschieht mit auffälligen Ergebnissen?“). Die im BQS-Qualitätsreport dargestellten Bewertungen sind insofern vorläufig, da die Kenntnis der Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog mit den auffälligen Krankenhäusern erst eine definitive Bewertung ermöglicht. Diese Vorgehensweise folgt internationalen Empfehlungen, wie beispielsweise der US-amerikanischen Joint Commission für die Entwicklung und Anwendung von Evaluationsinstrumenten der medizinisch-pflegerischen Versorgung (JCAHO 1990), die auch in Europa angewendet werden (Mainz 2003a, GMDS 2003).

Wer legt die Referenzbereiche fest und bewertet die Auswertungsergebnisse?

Die Bewertung der Auswertungsergebnisse der externen Qualitätsdarstellung wird von den Fachgruppen bei der BQS vorgenommen. Die Fachgruppen sind mit ausgewiesenen Experten für die jeweiligen Leistungsbereiche besetzt, die von den Partnern der Selbstverwaltung (Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung, wissenschaftliche Fachgesellschaften) benannt worden sind. Diese Besetzungspraxis gewährleistet ausgewogene Einschätzungen, da die unterschiedlichen Ziele und Perspektiven der Beteiligten eine einseitig interessengeleitete Bewertung verhindern. In einigen Leistungsbereichen werden die Leistungen von Angehörigen verschiedener medizinischer Fachgebiete erbracht. In diesen Fällen werden auch die Fachgruppen interdisziplinär besetzt.

Wie wurden die Referenzbereiche festgelegt?

Für die Festlegung der Referenzbereiche verwenden die Fachgruppen bei der BQS folgende Informationsquellen:

1. Leitlinien
2. Wissenschaftliche Fachliteratur
3. Referenzerhebungen (Daten aus klinischen oder epidemiologischen Registern, deutsche oder internationale Referenzdaten zur Infektions-epidemiologie, Auswertungen aus Qualitätssicherungsprojekten)

Die Fachgruppen und die BQS prüfen, ob eine Vergleichbarkeit der Daten aus diesen Quellen mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung gegeben ist. Die Vergleichbarkeit kann hauptsächlich aus folgenden Gründen eingeschränkt sein:

- unterschiedliche Beobachtungszeiträume,
- unterschiedliche Patientenkollektive,
- unterschiedliche Definitionen.

Zur Verdeutlichung ein Beispiel: In wissenschaftlichen Untersuchungen werden Sterblichkeitsraten häufig über einen Zeitraum von 30 Tagen erfasst. Der Beobachtungszeitraum für die externe Qualitätsdarstellung ist dagegen auf den stationären Aufenthalt begrenzt. Damit ist der Zeitraum der Beobachtung erstens variabel und zweitens in der Regel kürzer. Man kann also die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchungen nicht mit denen der externen Qualitätsdarstellung gleichsetzen.

Stehen verwertbare Datenquellen nicht zur Verfügung oder ist die erforderliche Vergleichbarkeit nicht gegeben, legen die Fachgruppen bei der BQS die Referenzbereiche durch einen Expertenkonsens auf der Basis klinischer Erfahrung fest. In diesen Fällen sind in der Regel keine festen Werte, sondern Perzentilen als Referenzbereiche definiert worden. Bei der Festlegung von Perzentilen wird berücksichtigt, dass die Anzahl der auffälligen Häuser unter dem Aspekt der praktischen Umsetzbarkeit des Strukturierten Dialogs möglichst nicht zu hoch sein sollte.

Für einige Indikatoren werden obere und untere Perzentilen als Grenzen für den Referenzbereich festgelegt. Beispiel: Die Indikationsstellung zur brusterhaltenden Operation beim Mammakarzinom muss unter Berücksichtigung vielfältiger Bedingungen erfolgen. Bei Krankenhäusern mit extrem hohen oder extrem niedrigen Raten brusterhaltender Operationen muss daher gleichermaßen hinterfragt werden, ob bei der Indikationsstellung diese Bedingungen ausreichend differenziert berücksichtigt worden sind. Diese Vorgehensweise folgt internationalen Standards (*JCAHO 1990, Mainz 2003a, GMD 2003*).

Wie wurde die Versorgungsqualität bewertet?

Der BQS-Qualitätsreport bewertet die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern für zwei Perspektiven:

1. Die Bewertung der Gesamtrate erfasst das Ergebnis für alle Patienten des jeweiligen Qualitätsindikators und macht daher eine Aussage zur Qualität der Gesamtversorgung im stationären Bereich. Für Qualitätsindikatoren mit festen Grenzen der Referenzbereiche wird der Grad der Zielerreichung bewertet: Liegt die Gesamtrate innerhalb des Referenzbereichs? Für Qualitätsindikatoren mit Perzentilen als Grenze des Referenzbereichs erfolgt die Bewertung auf der Basis klinischer Erwartungswerte durch einen Expertenkonsens.
2. Der Blick auf die Spannweite der Krankenhausergebnisse und die Zahl der auffälligen Krankenhäuser zeigt, in welchem Maße die Qualität der Gesamtversorgung flächendeckend erreicht wird.

Es kann die Situation entstehen, dass insgesamt eine gute Versorgungsqualität festgestellt wird, weil die auf alle Patienten bezogene Gesamtrate im Referenzbereich („grünen Bereich“) liegt. Dennoch ist es möglich, dass eine relevante

Anzahl von Krankenhäusern gemessen am Referenzbereich auffällige Ergebnisse zeigt. Diese Situation kann dann eintreten, wenn die auffälligen Krankenhäuser mit ihren Ergebnissen nur knapp außerhalb der Referenzbereichsgrenzen liegen oder ihre Ergebnisse auf relativ kleinen Fallzahlen basieren.

Welche Anforderungen werden an die Qualitätsindikatoren gestellt?

Die verwendeten Qualitätsindikatoren müssen hohe methodische Anforderungen für die Entwicklung und den Einsatz erfüllen, um eine Qualitätsbewertung zu ermöglichen (*Booth & Collopy 1997, Council on Medical Service 1988, Eddy 1998, Geraedts et al. 2003, GMD 2003, JCAHO 1990, Mainz 2003b, Rubin et al. 2001*).

Entscheidend ist die Validität des Indikators. Das heißt, dass ein klares Qualitätsziel formuliert sein soll und dass belegbar sein soll, warum das Erreichen dieses Ziels als Ausdruck guter Qualität angesehen werden kann (*JCAHO 1990*). Darüber hinaus werden an den Indikator Anforderungen gestellt, die gewährleisten, dass die Messung mit erforderlicher Zuverlässigkeit und Genauigkeit erfolgt. Hierfür ist auch die Form der Datenerhebung von besonderer Bedeutung. Die Datenerhebung für die Indikatoren der externen Qualitätssicherung in Deutschland erfolgt als zeitnahe Dokumentation klinischer Daten. Dies wird als bestmögliche Form der Datenerfassung angesehen (*Rubin et al. 2001*).

Ein idealer Indikator erfüllt alle methodischen Anforderungen. Er misst exakt und zuverlässig (reliabel), ist für jedermann verständlich, zeigt jede Auffälligkeit an (Sensitivität des Indikators), zeigt ausschließlich Auffälligkeiten an (Spezifität des Indikators) und bedarf keiner Interpretation, da jede Auffälligkeit als Qualitätsmangel angesehen werden kann. Nicht nur der „gesunde Menschenverstand“ sagt, dass solche Indikatoren nicht zur Verfügung stehen können (*Eddy 1998, Mainz 2003b, Kazandjian et al. 1995, Clancy 1997*). Beim Einsatz der tatsächlich verfügbaren Indikatoren müssen daher den Anwendern die Stärken und Schwächen der einzelnen Indikatoren im jeweiligen Einsatzbereich bewusst sein. Die von den Indikatoren angezeigten Auffälligkeiten bedürfen daher immer einer weitergehenden Analyse und können für das einzelne Krankenhaus nicht automatisch als Ausdruck schlechter Qualität interpretiert werden. (*Rosenthal et al. 1998, Kazandjian et al. 1995*).

Was geschieht mit auffälligen Ergebnissen?

Ein auffälliges Ergebnis kann durch unzureichende Versorgungsqualität, durch Dokumentationsfehler oder durch methodische Limitationen des Indikators zustande kommen (*Booth & Collopy 1997, Kazandjian et al. 1995*). Die erforderliche Analyse auffälliger Ergebnisse der externen Qualitätssicherung erfolgt im Rahmen des Strukturierten Dialogs. Hierbei werden von den Expertengremien auf der Landesebene diejenigen Krankenhäuser identifiziert, in denen Maßnahmen erforderlich sind, um eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen. Die Informationen aus den Analysen des Strukturierten Dialogs werden von den Fachgruppen auf der Bundesebene genutzt, damit auf dieser Grundlage die methodische Weiterentwicklung der eingesetzten Qualitätsindikatoren erfolgen kann und somit Nutzen und Wirtschaftlichkeit des Verfahrens kontinuierlich verbessert werden können.

Welchen Nutzen haben die Qualitätsdarstellung und die Qualitätsbewertung?

1. Kontinuierliche Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgungsqualität:

Im Mittelpunkt steht, dass der Prozess der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung dem einzelnen Krankenhaus und dem einzelnen Patienten zugute kommt. Die Ergebnisse medizinischer Kennzahlen ermöglichen dem einzelnen Krankenhaus eine wertvolle Standortbestimmung, die zu belegbaren Verbesserungen der Versorgung führen kann (*Portelli et al. 1997, Collopy 1994*).

Benchmarkkreise, in denen die Ergebnisse entweder offen oder anonymisiert diskutiert werden, sind ein wirkungsvolles Instrument der Qualitätsverbesserung, das auch ergänzend zu den vielerorts praktizierten Fallkonferenzen eingesetzt werden kann. In vielen Krankenhäusern wird zunehmend erkannt, dass die Diskussion über die Gestaltung medizinischer Prozesse auf der Basis von Ergebnissen medizinischer Kennzahlen sehr konkret und zielgerichtet erfolgen kann.

Dabei ist nicht nur die Aufdeckung von „Schwächen“ ein Antrieb zur Qualitätsverbesserung. Die Orientierung an den „Besten“ im Sinne eines Benchmarking kann ebenfalls wichtige Impulse geben für eine verbesserte Versorgungsqualität. Dabei ist Benchmarking „der ständige Prozess des Strebens eines Unternehmens nach Verbesserung seiner Leistungen und nach Wettbewerbsvorteilen durch

Orientierung an den jeweiligen Bestleistungen in der Branche oder an anderen Referenzleistungen“

2. Informationen für epidemiologische und klinische Forschung:
Auffällige Gesamtraten eines Qualitätsindikators und die Kenntnis der weitergehenden Analysen im Strukturierten Dialog identifizieren Versorgungsprobleme im jeweiligen Leistungsbereich. Studien zur Versorgungsforschung und klinische Forschungsprojekte können in Kenntnis der Ergebnisse zielgenauer geplant und durchgeführt werden.
3. Unterstützung der Entwicklung und Implementierung von Leitlinien:
Berufsverbände und wissenschaftliche Fachgesellschaften werden in die Lage versetzt, durch Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien die klinische Praxis in problematischen Bereichen gezielt zu beeinflussen. Für die Implementierung von Leitlinien in die klinische Versorgung sind Indikatoren unverzichtbar (*AWMF und ÄZQ 2001*).
4. Informationen für Politik und Selbstverwaltung:
Politik und Selbstverwaltung erhalten Informationen, die eine qualitätsorientierte Ressourcenallokation unterstützen (*McGlynn 1998*).

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ).

Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ: Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin.

Z ärztl Fortbild Qual sich (ZaeFQ) 2001 95[Supplement I], 1-84.

Booth JL, Collopy BT.

A national clinical indicator database: issues of reliability and validity.

Aust Health Rev 1997; 20 (4): 84-95.

Clancy CM.

Ensuring Health Care Quality: An AHCPR Perspective.

Clin Therapeutics 1997; 19 (6): 1564-1571.

Collopy BT.

Clinical Indicators as a Stimulus to QA in Hospitals - An Early Report.

Intern J Qual Health Care 1994; 6 (4): 331-338.

Council on Medical Service.

Guidelines for Quality Assurance.

J Am Med Assoc 1988; 259 (17): 2572-2573.

Eddy DM.

Performance Measurement: Problems And Solutions.

Health Affairs 1998; 17 (4): 7-25.

Geraedts M, Selbmann HK, Ollenschläger G.

Critical appraisal of clinical performance measures in Germany.

Intern J Qual Health Care 2003; 15 (1): 79-85.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

Primer on Indicator Development and Application. Measuring Quality in Health Care.

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, (Hrsg.). Oakbrooke Terrace, Illinois: JCAHO; 1990.

Kazandjian VA, Wood P, Lawthers J.

Balancing Science and Practice in Indicator Development: The Maryland Hospital Association Quality Indicator (QI) Project®.

Intern J Qual Health Care 1995; 7 (1): 39-46.

Mainz J.

Defining and classifying clinical indicators for quality improvement.

Intern J Qual Health Care 2003a; 15 (6): 523-530.

Mainz J.

Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer.

Int J Qual Health Care 2003b; 15 (Suppl. I): i5-i11.

McGlynn EA.

Choosing and Evaluating Clinical Performance Measures.

J Qual Improvement 1998; 24 (9): 470-479.

Portelli R, Williams J, Collopy B.

Using clinical indicators to change clinical practice.

J Qual Clin Pract 1997; 17 (4): 195-202.

Rosenthal GE, Hammar PJ, Way LE, Shipley SA, Doner D, Wojtala B, Miller J, Harper DL.

Using Hospital Performance Data in Quality Improvement: The Cleveland Health Quality Choice Experience.

J Qual Improvement 1998; 24 (7): 347-360.

Rubin HR, Pronovost P, Diette GB.

From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator.

Int J Qual Health Care 2001; 13 (6): 489-496.

Sens B, Fischer B.

GMDS-Arbeitsgruppe "Qualitätsmanagement in der Medizin": Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements.

Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie 2003; 34[1], 1-61.

WHO Regional Office for Europe.

Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe. January 2003.

www.euro.who.int/Document/E78873.pdf, Seite 8. (Recherchedatum: 15.06.2004)