

Der Erfolg der Gesundheitsversorgung kann ohne den Einsatz von Qualitätsindikatoren nicht gemessen und bewertet werden (*Mainz 2003a*). Die BQS-Bundesauswertungen (www.bqs-outcome.de) stellen für ausgewählte Aspekte den Erfolgsgrad der Versorgung in den deutschen Krankenhäusern dar.

Im BQS-Qualitätsreport (www.bqs-qualitaetsreport.de) werden die Auswertungsergebnisse 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.

Welche Anforderungen werden an Qualitätsindikatoren gestellt?

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

Entscheidend ist die Validität des Indikators. Sie erfordert zunächst die Formulierung eines klaren Qualitätsziels. Außerdem muss belegt werden, warum das Erreichen dieses Ziels als Ausdruck guter Qualität angesehen werden kann (*JCAHO 1990*). Darüber hinaus muss ein Indikator gewährleisten, dass die Messung mit erforderlicher Zuverlässigkeit und Genauigkeit erfolgt. Hierfür ist die Form der Datenerhebung von besonderer Bedeutung. Für die Indikatoren der externen Qualitätssicherung im BQS-Verfahren erfolgt eine zeitnahe Dokumentation klinischer Daten, die als bestmögliche Form der Datenerfassung angesehen wird (*Rubin et al. 2001*).

Ein idealer Indikator erfüllt alle methodischen Anforderungen. Er misst exakt und zuverlässig (Reliabilität des Indikators), 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 idealen 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*).

Die BQS stellt auf ihrer Website www.bqs-qualitaetsindikatoren.de für jeden Qualitätsindikator Informationen zur Verfügung, die für die Interpretation der Ergebnisse genutzt werden können. Insbesondere in den Rationalen, den Begründungen zu den Referenzbereichen und in den Literaturverzeichnissen werden Informationen geliefert, die die Interpretation der Ergebnisse von Krankenhausauswertungen, Landesauswertungen und BQS-Bundesauswertungen für Anwender und Interessierte unterstützen. Für alle Kennzahlen werden die verwendeten Datenfelder, Rechenregeln und die Methode der Risikoadjustierung dargestellt, um die Berechnung der Auswertungsergebnisse nachvollziehbar zu machen.

Welche Rolle spielen Referenzbereiche für die Bewertung?

Für die Bewertung der Versorgungsqualität erfolgt ein Vergleich mit Zielvorgaben oder Erwartungswerten. Diese normativen oder empirischen Ziele sind von den BQS-Fachgruppen für fast alle Qualitätsindikatoren als Referenzbereiche festgelegt worden. Ergebnisse innerhalb der Referenzbereiche werden als unauffällige Versorgungsqualität bewertet. Ergebnisse außerhalb der Referenzbereiche kennzeichnen Auffälligkeiten.

Für die Festlegung der Referenzbereiche werden folgende Informationsquellen genutzt:

- nationale und internationale Leitlinien,
- wissenschaftliche Fachliteratur,
- Referenzerhebungen (klinische oder epidemiologische Register, deutsche oder internationale Erhebungen zur Infektionsepidemiologie, Qualitätssicherungsprojekte).

Die Fachgruppen und die BQS prüfen, ob eine Vergleichbarkeit der Daten aus diesen Quellen mit den Ergebnissen der externen Qualitätsdarstellung 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 ermittelt. Der Beobachtungszeitraum für die externe Qualitätsdarstellung ist dagegen bislang auf den stationären Aufenthalt begrenzt. Damit ist der Zeitraum der Beobachtung erstens variabel und zweitens in der Regel kürzer. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchungen können daher nicht immer mit denen der externen Qualitätsdarstellung gleichgesetzt werden.

Stehen verwertbare Datenquellen nicht zur Verfügung oder ist die erforderliche Vergleichbarkeit nicht gegeben, legen die BQS-Fachgruppen die

Referenzbereiche durch einen Expertenkonsens auf der Basis klinischer Erfahrung fest. In diesen Fällen werden in der Regel keine festen Werte, sondern Perzentilen als Referenzbereiche definiert. Bei der Festlegung von Perzentilen wird berücksichtigt, dass die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser wegen 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 vielfältige Bedingungen berücksichtigen. Bei Krankenhäusern mit extrem hohen oder extrem niedrigen Raten brusterhaltender Operationen muss daher gleichermaßen hinterfragt werden, ob bei der Indikationsstellung diese Bedingungen angemessen berücksichtigt worden sind. Dieses Vorgehensweise folgt internationalen Standards (*JCAHO 1990, Mainz 2003a, GMD5 2003*).

Wer bewertet die Auswertungsergebnisse?

Die Bewertung der Auswertungsergebnisse der externen Qualitätsdarstellung wird von der BQS zusammen mit den BQS-Fachgruppen vorgenommen. Die Fachgruppen sind mit Experten für die jeweiligen Leistungsbereiche besetzt, die von den Partnern der Selbstverwaltung (Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) benannt worden sind. Darüber hinaus werden Vertreter der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und seit 01.01.2005 auch Patientenvertreter in alle BQS-Fachgruppen entsandt. Diese Besetzungspraxis gewährleistet ausgewogene Einschätzungen, da die unterschiedlichen Ziele und Perspektiven der Beteiligten eine einseitig interessen geleitete Bewertung verhindern. In einigen Leistungsbereichen werden die Leistungen von Angehörigen verschiedener medizinischer Fachgebiete erbracht. In diesen Fällen werden auch die BQS-Fachgruppen interdisziplinär besetzt.

Wie wird die Versorgungsqualität bewertet?

Der BQS-Qualitätsreport enthält Bewertungen der Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern für zwei Perspektiven:

- Die Gesamtrate des jeweiligen Qualitätsindikators erfasst das Ergebnis für alle Patienten und macht daher eine Aussage zur Qualität der Gesamtversorgung im stationären Bereich unabhängig von dem Krankenhaus, in dem die Versorgung erfolgte. Es wird bewertet, ob die Gesamtrate innerhalb des Referenzbereichs liegt.
- Der Blick auf die Spannweite der Krankenhausergebnisse und die Zahl der auffälligen

Krankenhäuser zeigt, in welchem Maße die Qualität in den einzelnen Krankenhäusern erreicht wird.

Es kann die Situation entstehen, dass für einen Qualitätsindikator insgesamt eine gute Versorgungsqualität festgestellt wird, weil die auf alle Patienten bezogene Gesamtrate im Referenzbereich („unauffälligen Bereich“) liegt. Dennoch ist es möglich, dass eine relevante Anzahl von Krankenhäusern gemessen am Referenzbereich auffällige Ergebnisse zeigt. Diese Situation kann vor allem dann eintreten, wenn die auffälligen Krankenhäuser mit ihren Ergebnissen nur knapp außerhalb der Referenzbereichsgrenzen liegen oder ihre Ergebnisse auf relativ kleinen Fallzahlen basieren.

Die Analyse dieser Auffälligkeiten erfolgt gemeinsam mit den betreffenden Krankenhäusern. Die im BQS-Qualitätsreport dargestellten Bewertungen sind vorläufig, weil erst die Kenntnis der Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog, der im Jahr 2006 mit den im Jahr 2005 auffälligen Krankenhäusern geführt wird, eine definitive Bewertung ermöglicht. Dieses Vorgehen folgt internationalen Empfehlungen (*JCAHO 1990, Mainz 2003a, GMD5 2003*).

Allerdings standen den BQS-Fachgruppen für die meisten Qualitätsindikatoren Informationen aus dem Strukturierten Dialog 2005 zur Verfügung, der für auffällige Ergebnisse des Erfassungsjahres 2004 geführt worden ist. Diese Analysen sind in den Bewertungen bei den entsprechenden Qualitätsindikatoren berücksichtigt worden. Da jedoch für keinen Qualitätsindikator flächendeckende Berichte aus dem Strukturierten Dialog zur Verfügung standen, können diese Informationen nicht verallgemeinert werden.

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 Analyse auffälliger Ergebnisse der externen Qualitätssicherung erfolgt im Strukturierten Dialog. Hierbei werden von den Expertengremien auf der Landesebene diejenigen Krankenhäuser identifiziert, in denen Maßnahmen erforderlich sind, um eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen. Für die Herzchirurgie und die Transplantationsmedizin findet der Strukturierte Dialog direkt zwischen den BQS-Fachgruppen und den Krankenhäusern statt. Die Informationen aus dem Strukturierten Dialog werden genutzt, um die methodische Weiterentwicklung der eingesetzten Qualitätsindikatoren zu unterstützen und damit Nutzen und Wirtschaftlichkeit des Verfahrens kontinuierlich zu verbessern.

Welchen Nutzen haben die Qualitätsdarstellung und die Qualitätsbewertung?

1. Kontinuierliche Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgungsqualität:

Im Mittelpunkt steht, dass Qualitätsverbesserung dem einzelnen Krankenhaus und dem einzelnen Patienten zugute kommt. Die Ergebnisse medizinischer und pflegerischer Kennzahlen ermöglichen dem einzelnen Krankenhaus eine Standortbestimmung, die zu belegbaren Verbesserungen der Versorgung führen kann (*Portelli et al. 1997, Collopy 1994*). Benchmarkkreise, in denen Ergebnisse 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 Benchmarkings 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“ (http://www.unister.de/Unister/ausgabe_stichwort1218_29.html). Daher werden im Strukturierten Dialog mit Krankenhäusern nicht nur erforderliche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vereinbart. Es wird ebenfalls ermöglicht, dass z.B. im Rahmen von Regionalkonferenzen erfolgreiche Konzepte und Prozesse aus Krankenhäusern mit sehr guten Ergebnissen diskutiert werden können.

2. Informationen für epidemiologische und klinische Forschung:

Auffällige Gesamtraten eines Qualitätsindikators und die 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. So liefern die Daten aus dem Leistungsbereich „Ambulant erworbene Pneumonie“ erstmalig flächendeckende Daten aus der deutschen Versorgung, die relevante Aussagen z.B. zur Übertragbarkeit klinischer Studienergebnisse auf die Bewertung der Gesamtversorgung ermöglichen.

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*). So haben beispielsweise die Ergebnisse zum Qualitätsindikator „Antenatale Kortikoidtherapie“ in der Geburtshilfe dazu geführt, dass von der zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaft eine neue, spezifische Leitlinie für diesen Versorgungsbereich entwickelt wird.

4. Informationen für Politik und Selbstverwaltung:

Entscheidungsträger in Politik und Selbstverwaltung erhalten Informationen, die eine qualitätsorientierte Ressourcenallokation unterstützen (*McGlynn 1998*).

5. Qualitätsmessverfahren für neue Vertragsformen:

Beim Abschluss integrierter Versorgungsverträge können Vertragspartner beispielsweise die Teilnahme an einem Versorgungsvertrag oder die Vergütung an die medizinisch-pflegerische Ergebnisqualität koppeln.

6. Nutzung für die Steuerung der Versorgung:

In der Mindestmengenvereinbarung für die Versorgung mit Kniegelenk-Endoprothesen ab 01.01.2006 wurden in den Übergangsregelungen Ergebnisse von BQS-Qualitätsindikatoren berücksichtigt (www.g-ba.de).

Literatur

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.