

Indikatoren, Referenzbereiche, Bewertung und Nutzung der Ergebnisse

Die Qualität von Gesundheitsversorgung wird durch Qualitätsindikatoren formuliert, operationalisiert, gemessen und bewertet (Mainz 2003a). Auf ihrer Basis stellt die BQS-Bundesauswertung (www.bqs-outcome.de) für ausgewählte Leistungsbereiche den Erfolgsgrad der Versorgung in den deutschen Krankenhäusern dar. Im BQS-Qualitätsreport (www.bqs-qualitaetsreport.de) werden die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsindikatoren bewertet. Diese 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, prospektive 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. Solch ideale Indikatoren stehen praktisch nie zur Verfügung (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 ggf. für das einzelne Krankenhaus nicht automatisch als Ausdruck schlechter Qualität interpretiert werden (Rosenthal et al. 1998, Kazandjian et al. 1995).

Wo finden sich die Informationen zu den Qualitätsindikatoren?

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 Krankenhauswertungen, 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.

Wie wird die Qualität der Indikatoren geprüft?

Die BQS hat in einer Arbeitsgruppe mit methodischen Experten das Instrument QUALIFY zur strukturierten Evaluation von Qualitätsindikatoren entwickelt. Es beruht auf 20 Gütekriterien (s. Tabelle), anhand derer Qualitätsindikatoren bewertet werden. Einzelne Gütekriterien zeigen Wechselwirkungen untereinander: So ist beispielsweise die Klarheit der Definitionen eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Reliabilität eines Qualitätsindikators. Das QUALIFY-Instrument kann für die Bewertung bereits verwendeter Indikatoren als auch als Unterstützung bei der Neu- und Weiterentwicklung von Indikatoren verwandt werden. Weitere Einzelheiten können unter www.bqs-online.de eingesehen werden.

Methodische Gütekriterien

Relevanz	Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem
	Nutzen
	Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen
Wissenschaftlichkeit	Indikatorevidenz
	Klarheit der Definitionen (des Indikators und seiner Anwendung)
	Reliabilität
	Statistische Unterscheidungsfähigkeit
	Risikoadjustierung
	Sensitivität
	Spezifität
	Validität
Praktikabilität	Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit
	Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende
	Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung
	Datenverfügbarkeit
	Erhebungsaufwand
	Implementationsbarrieren berücksichtigt
	Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden
Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden	
	Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden

Bewertungskriterien des QUALIFY-Instruments

Welche Rolle spielen Referenzbereiche für die Bewertung?

Um die Versorgungsqualität adäquat bewerten zu können, muss ein Vergleich mit Zielvorgaben oder Erwartungswerten erfolgen. Diese normativ gesetzten oder empirisch abgeleiteten Ziele sind von den BQS-Fachgruppen für fast alle Qualitätsindikatoren in Form von Referenzbereichen 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 die Daten aus diesen Quellen mit den BQS-Ergebnissen vergleichbar sind. Die Vergleichbarkeit kann hauptsächlich aus folgenden Gründen eingeschränkt sein:

- unterschiedliche Definitionen
- unterschiedliche Patientenkollektive
- unterschiedliche Beobachtungszeiträume

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 zudem berücksichtigt, dass die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser wegen der praktischen Umsetzbarkeit des Strukturierten Dialogs möglichst nicht zu hoch sein sollte. Bei einigen Indikatoren ist es sinnvoll, nicht nur eine Perzentile, sondern eine obere und eine untere Perzentile als Grenzen für den Referenzbereich festzulegen. Zum Beispiel muss die Indikationsstellung zur brusterhaltenden Operation beim Mammakarzinom 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. Diese Vorgehensweise folgt internationalen Standards (*JCAHO 1990, Mainz 2003a, GMDS 2003*).

Wer bewertet die Auswertungsergebnisse?

Die Bewertung der Bundesergebnisse der externen Qualitätssicherung wird von 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 Patientenvertreter in alle BQS-Fachgruppen entsandt. Diese Besetzungspraxis gewährleistet größtmögliche Ausgewogenheit und verhindert eine einseitig interessengeleitete Bewertung. In einigen Leistungsbereichen werden von verschiedenen medizinischen Fachgebieten die gleichen Leistungen erbracht, z.B. Hüft-Endoprothesen-Eingriffe von Chirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden. In diesen Leistungsbereichen sind die Fachgruppen interdisziplinär besetzt.

Auf Landesebene bewerten entsprechende Arbeitsgruppen die Auswertungen des jeweiligen Bundeslandes und einzelner Krankenhäuser und führen mit diesen den Strukturierten Dialog.

Wie wird die Versorgungsqualität bewertet?

Der BQS-Qualitätsreport bewertet die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern vor allem unter zwei Gesichtspunkten:

- Die Gesamtrate des jeweiligen Qualitätsindikators beschreibt das Ergebnis für alle Patienten und ermöglicht eine Aussage zur Qualität der Gesamtversorgung im stationären Bereich. Es wird bewertet, ob die Gesamtrate innerhalb des Referenzbereichs liegt.
- Der Blick auf die Spannweite der Krankenhäusergebnisse und die Zahl der auffälligen Krankenhäuser zeigt, in welchem Maße die Qualität zwischen den Krankenhäusern variiert.

So ist es möglich, dass für einen Qualitätsindikator einerseits eine insgesamt gute Versorgungsqualität festgestellt wird, weil die auf alle Patienten bezogene Gesamtrate im Referenzbereich liegt. Andererseits können trotzdem etliche Krankenhäuser – gemessen am Referenzbereich – auffällige Ergebnisse zeigen. Dieses Vorgehen entspricht internationalen Empfehlungen (*JCAHO 1990, Mainz 2003a, GMDS 2003*).

Was geschieht mit auffälligen Ergebnissen?

Ein auffälliges Ergebnis eines Indikators kann unzureichende Versorgungsqualität widerspiegeln, kann aber auch z.B. durch Dokumentationsfehler oder durch methodische Limitationen des Indikators selbst bedingt sein (*Booth & Collopy 1997, Kazandjian et al. 1995*). Die Analyse auffälliger Ergebnisse der externen Qualitätssicherung erfolgt im sogenannten Strukturierten Dialog. Hierbei werden von den Expertengremien auf der Landesebene diejenigen Krankenhäuser identifiziert, bei denen nicht nur statistische Auffälligkeiten, sondern auch qualitative Mängel vorliegen und somit Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität notwendig werden. Für die Herzchirurgie und die Transplantationsmedizin findet der Strukturierte Dialog nicht auf Landesebene, sondern direkt zwischen den BQS-Fachgruppen und den Krankenhäusern statt.

Die Informationen aus dem Strukturierten Dialog werden genutzt, um die Qualitätsindikatoren methodisch weiterzuentwickeln und damit Nutzen und Wirtschaftlichkeit des Verfahrens kontinuierlich zu verbessern.

In die im BQS-Qualitätsreport dargestellten Bewertungen zu den Ergebnissen 2006 gehen erstmals alle Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog ein, der mit den Krankenhäusern geführt wurde, die im Jahr 2005 auffällig waren. Den Fachgruppen auf Bundesebene wurde dazu ein systematisches Feedback aus dem Strukturierten Dialog vorgelegt, aus dem hervorgeht, welche Indikatoren in den Bundesländern mit welchen Ergebnissen eingesetzt wurden.

Welchen Nutzen haben die Qualitätsdarstellung und die Qualitätsbewertung?

1. Kontinuierliche Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgungsqualität:

Im Mittelpunkt steht die Qualitätsverbesserung des einzelnen Krankenhauses. 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*). Qualitätszirkel und Benchmark-Kreise, in denen Ergebnisse der Qualitätssicherung diskutiert werden, sind ein wirkungsvolles Instrument der Qualitätsverbesserung. 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 Benchmarking kann ebenfalls wichtige Impulse geben für eine verbesserte Versorgungsqualität. Dabei ist

Benchmarking zu verstehen als „ständiger 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“ (www.unister.de/Unister/ausgabe_stichwort1218_29.html). Daher werden als Ergänzung des Strukturierten Dialogs vorbildliche Konzepte und Prozesse aus Krankenhäusern mit guten Ergebnissen öffentlich diskutiert, z.B. im Rahmen von Regionalkonferenzen.

2. Datengrundlage für epidemiologische und klinische Forschung:

Mit Hilfe der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und des Strukturierten Dialogs lassen sich Versorgungsprobleme in einzelnen Leistungsbereichen identifizieren. Studien zur Versorgungsforschung und klinische Forschungsprojekte können auf Basis dieser Ergebnisse zielgenauer geplant und durchgeführt werden. Mit Hilfe der Qualitätssicherungsdaten lässt sich darüber hinaus beurteilen, wie weit die Ergebnisse aus klinischen Studien auf die Versorgungsrealität übertragbar sind. So liegen beispielsweise mit den Ergebnissen im Leistungsbereich „Ambulant erworbene Pneumonie“ erstmalig flächendeckende Daten zur Versorgungslage bei dieser Erkrankung in Deutschland vor.

3. Unterstützung der Entwicklung und Implementierung von Leitlinien:

Berufsverbände und wissenschaftliche Fachgesellschaften werden durch die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren in die Lage versetzt, durch Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien die klinische Praxis in problematischen Bereichen gezielt zu beeinflussen. So haben beispielsweise die Ergebnisse zum Qualitätsindikator „Antenatale Kortikoidtherapie“ in der Geburtshilfe dazu geführt, dass eine neue, spezifische Leitlinie für diesen Versorgungsbereich entwickelt wird. Auch für die Implementierung von Leitlinien in die klinische Versorgung sind Qualitätsindikatoren unverzichtbar (*AWMF und ÄZQ 2001*).

4. Informationen für Politik und Selbstverwaltung:

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

5. Qualitätsmessverfahren für neue Vertragsformen:

Integrierte Versorgungsverträge koppeln beispielsweise Vergütungsbestandteile an die medizinisch-pflegerische Ergebnisqualität.

6. Nutzung für die Steuerung der Versorgung:

Die Übergangsregelungen der Mindestmengenvereinbarung für die Versorgung mit Kniegelenk-Endoprothesen berücksichtigen erstmals direkt Ergebnisse von BQS-Qualitätsindikatoren.