

## **Exkurs: Sinn und Zweck der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Seit ihren Anfängen in den 70er Jahren dienen die sogenannten externen vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen per Definition dazu, vorhandene Unterschiede in der stationären Versorgung - gemessen an qualitätsrelevanten Merkmalen wie Komplikationsraten oder Infektionsraten - den Krankenhäusern in Form eines Spiegels vorzuhalten. Damit soll in den Krankenhäusern die Bereitschaft geweckt werden, Konsequenzen für das eigene Behandlungsmanagement zu ziehen. Hierbei sollte das Interesse in erster Linie neben den eigenen Ergebnissen v.a. den Ergebnissen der Klassenbesten (BENCHMARK) gelten. Hierdurch wird für das Versorgungsgeschehen insgesamt eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung erzielt, da auch der Klassenbeste bemüht sein wird, nicht nur sein gutes Ergebnis zu halten, sondern unter Wettbewerbsgesichtspunkten weiter zu verbessern.

Für diesen qualitativen Leistungsvergleich bedarf es aber auch geeigneter vergleichender Qualitätssicherungsmaßnahmen mit aussagekräftigen und validen Ergebnissen.

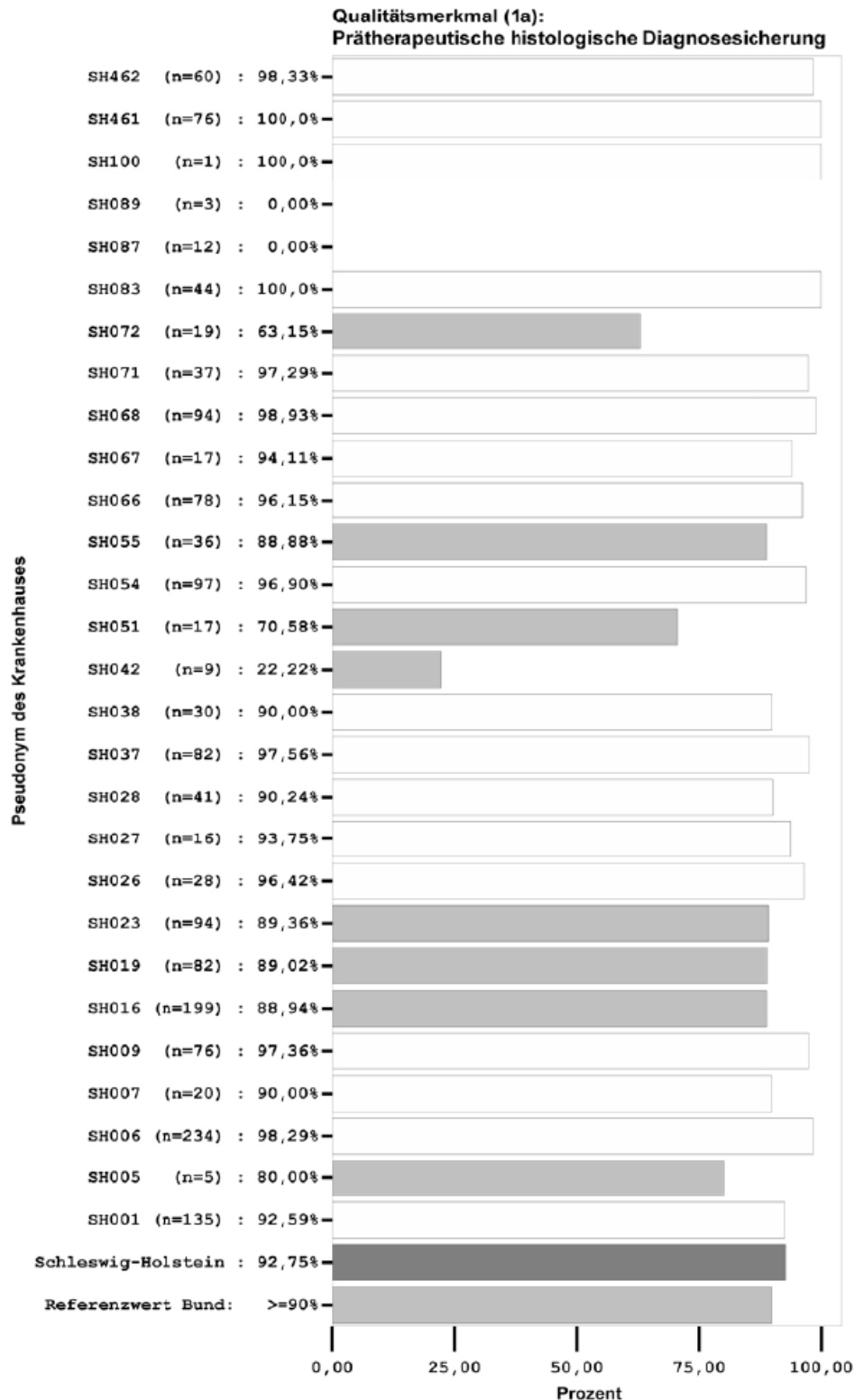
Für die ursprüngliche Zielsetzung des Verfahrens zur Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten, das als externe vergleichende Qualitätssicherungsmaßnahme auch im DRG-Zeitalter seine grundsätzliche Gültigkeit behält, konnten bis heute die Auswertungsergebnisse in keinsten Weise den Anforderungen eines hierfür erforderlichen Monitoringsystems gerecht werden. Anstelle der Möglichkeiten des schnellen und frühzeitigen Erkennens von Handlungsbedarf, erhalten die teilnehmenden Krankenhäuser - bedingt durch die bundeseinheitlichen Vorgaben an die Auswertungen - umfangreiche Ergebnislisten, die ohne eine intensive Auseinandersetzung mit entsprechender „statistischer“ Kompetenz nur schwer bestehenden Handlungsbedarf sichtbar machen.

Andererseits sieht die Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser gemäß § 137 eine intensive Kommunikation zwischen allen Beteiligten anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme vor. Konkret wird hierzu der Leitende Arzt der Fachabteilung verpflichtet, die Ergebnisse, Vergleiche und Bewertungen, die ihm aus der Qualitätssicherung zugeleitet werden, mit allen Mitgliedern der Krankenhausleitung und den unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme durchzusprechen, kritisch zu analysieren und ggf. notwendige Konsequenzen zu ziehen. Über diese Gespräche selbst sowie über mögliche Schlussfolgerungen ist von den Gesprächsteilnehmern in geeigneter Weise ein Nachweis zu führen.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gemäß § 3 (Krankenhausinterne Kommunikation) der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. §135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 15.08.2006 gilt:

- (1) Maßnahmen zur Qualitätssicherung können nur dann eine positive Wirkung entfalten, wenn sie von allen Beteiligten im Krankenhaus gemeinsam gewollt und unterstützt werden. Zu den gewünschten positiven Auswirkungen der Qualitätssicherung gehört auch die intensive krankenshausinterne Kommunikation zwischen allen Beteiligten anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme.
- (2) Zum Erreichen der intensiven Kommunikation ist der Leitende Arzt der Fachabteilung verpflichtet, die Ergebnisse, Vergleiche und Bewertungen, die ihm aus der Qualitätssicherung zugeleitet werden, mit allen Mitgliedern der Krankenhausleitung und den unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme durchzusprechen, kritisch zu analysieren und ggf. notwendige Konsequenzen festzulegen.
- (3) Über diese Gespräche selbst sowie über mögliche Schlussfolgerungen ist von den Gesprächsteilnehmern in geeigneter Weise ein Nachweis zu führen.

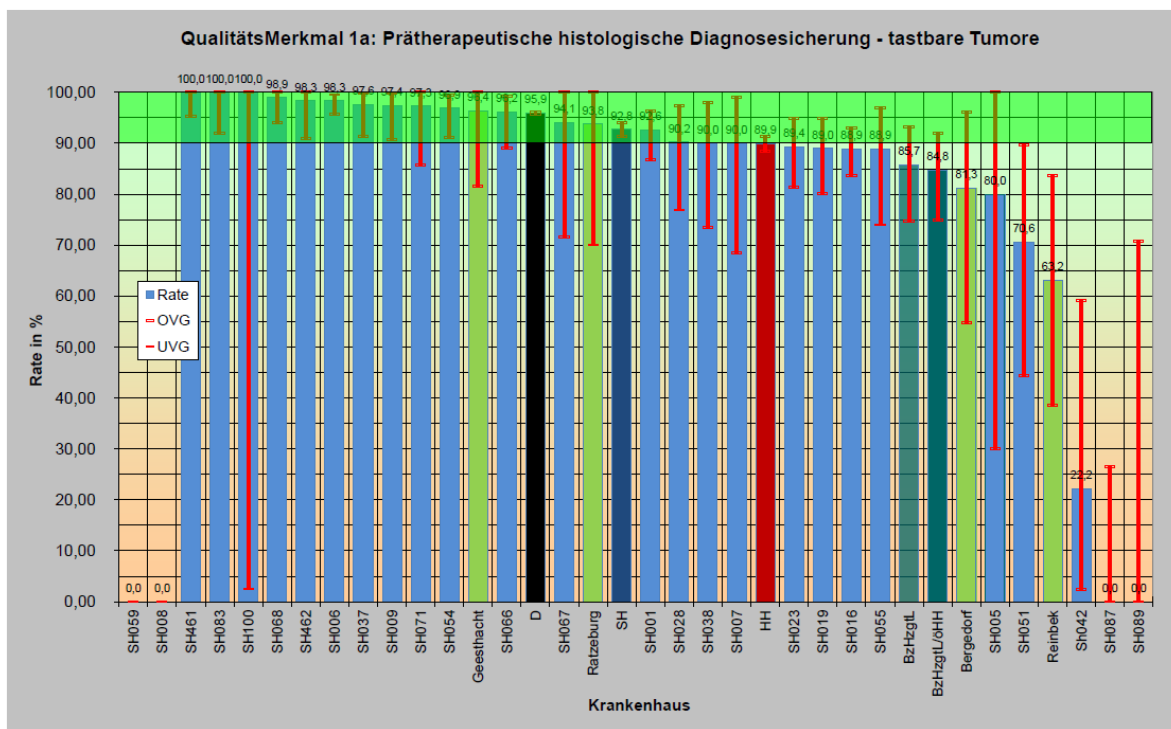
Die K & N Gesellschaft für Informationsmanagement und Forschung im Gesundheitswesen mbH hat ein Konzept zum schnellen und frühzeitigem Erkennen von bestehenden Handlungsbedarf auf der Basis der Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung erarbeitet. Dieses Konzept sieht im wesentlichen die qualitätsmerkmalorientierte Aufbereitung der Ergebnisdaten vor, die von der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (ProQS) bei der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V. den Krankenhäusern zurückgekoppelt werden (vgl. Abbildung 1.1).



**Abbildung 1.1: Ausschnitt aus der QUALITÄTSMERKMAL-bezogenen Jahresauswertung 2011  
Modul 18/1 Mammachirurgie;  
Qualitätsmerkmal: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung**

In der vorliegenden Form sind die Krankenhausvergleiche zwar primär auf Vergleiche mit dem Gesamtergebnis ausgerichtet, doch lassen sie aber durchaus auch einen Vergleich mit den anderen Teilnehmern – insbesondere dem Klassenbesten zu.

Gerade aber die Fähigkeit „Unterschiede zuverlässig entdecken zu können“ verlangt besondere Hilfestellung seitens der Statistik. Dies geschieht beispielsweise durch die Verwendung von Konfidenzintervallen, auch Vertrauensbereiche genannt. Hierdurch erfolgt im Wesentlichen eine Berücksichtigung der dem Ergebnis zugrundeliegenden Fallzahl. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, je größer die zugrundeliegende Fallzahl, desto geringer die Breite des Konfidenzintervalls und desto zuverlässiger das Ergebnis (vgl. Abbildung 1.2). Die Breite des Konfidenzintervalls wird dabei durch die untere Vertrauensgrenze (UVG) und obere Vertrauensgrenze (OVG) bestimmt.



**Abbildung 1.2: Krankenhausvergleich für das Qualitätsmerkmal Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung beim Modul 18/1 (Mammachirurgie)**

Im Rahmen der anonymisierten Krankenhausvergleiche gilt dann: Nur bei sich nicht überlappenden Konfidenzintervallen liegen **Hinweise** für *statistisch* signifikante Abweichungen vor.

Grundsätzlich ist eine statistische Untersuchung, zu der auch das Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung zu zählen ist, nicht in der Lage, die untersuchten Personen oder Objekte in ihrer Gesamtheit zu erfassen, sondern beschränkt sich auf einzelne Merkmale wie Symptome, Behandlungsdiagnose oder ASA-Wert eines Patienten.

**Qualitätsmerkmale** bezeichnen demzufolge **qualitative** Charakteristika, die hinsichtlich der Zielsetzung der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten der besonderen Aufmerksamkeit bedürfen. Diese zielen – wie oben ausgeführt – auf die Indikationsstellung, die Angemessenheit, die Ergebnisqualität sowie die Erfüllung personeller Voraussetzungen ab.

Die ersten Qualitätsmerkmale für die Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten sind seinerzeit von der Servicestelle Qualitätssicherung (SQS) erarbeitet worden.<sup>2</sup> Ausgangsbasis hierzu war die Festlegung von sogenannten Qualitätszielen und damit auch die Beschreibung von qualitätsrelevanten Zusammenhängen.

Im Hinblick auf die vier Zielaspekte - Indikationsstellung, Angemessenheit, Ergebnisqualität, Voraussetzungen - sind in Fachgremien Qualitätsziele gemäß dem Motto „**Gute Qualität bei ... ist, wenn ...**“ erarbeitet worden.

Mit der Festlegung von Qualitätszielen werden zum einen Qualitätsmerkmale benannt; aber erst durch die Operationalisierung von Qualitätszielen durch Qualitätskennzahlen (= Qualitätsindikatoren) werden Qualitätsmerkmale beurteilbar, v.a. hinsichtlich der Zielerreichung (Übersicht 1.1).

<b>Qualitätskennzahl (Qualitätsindikator)</b>	↔	<b>Qualitätsmerkmal</b>	↔	<b>Qualitätsziel</b>
Komplikationsrate = Patienten mit postoperat. Komplika- tion / alle Patienten	↔	Postoperative Komplikation	↔	selten postoperative Kom- plikationen

**Übersicht 1.1: Zusammenhang zwischen Qualitätsmerkmal, Qualitätskennzahl und Qualitätsziel**

Zusammenfassend ist also ein Qualitätsindikator ein quantitatives Maß, das zur Messung und zur Bewertung der Qualität wichtiger Ergebnisse, Prozesse und Strukturen der Gesundheitsversorgung genutzt werden kann. Ein Qualitätsindikator ist kein direktes Maß der Qualität. Er ist vielmehr ein Werkzeug, das - auch in Zusammenschau mit anderen Indikatoren - die Aufmerksamkeit auf gute Versorgungslösungen und potentielle Problembereiche lenkt.<sup>3</sup>

Zur Beurteilung der Qualität bedarf es dann Referenzwerte bzw. -bereiche<sup>4</sup> und sinnvollerweise die Berücksichtigung der zugehörigen Konfidenzintervalle - auch Vertrauensbereiche genannt - des betrachteten Ergebnisses.

<sup>2</sup> Die SQS ist im Jahr 2001 in die seinerzeit sogenannte Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten gGmbH (BQS) – später Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) - überführt worden. Seit 2009 ist das AQUA-Institut mit der Durchführung der QS beauftragt. Im Rahmen einer europaweiten Ausschreibung hat das AQUA-Institut den Zuschlag als fachlich unabhängige Institution im Sinne des § 137a SGB V erhalten.

<sup>3</sup> Eine ausführliche Auseinandersetzung mit Qualitätsindikatoren ist mit dem Positionspapier der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) zu „Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung“ gegeben.

<sup>4</sup> Referenzbereich ist derjenige Bereich eines Qualitätsindikators, der mit guter Qualität in Verbindung gebracht wird. Es wird in diesem Zusammenhang auch vom Unauffälligkeitbereich bzw. Auffälligkeitbereich gesprochen.