

# 12 Qualitätsberichte nach § 137 SGB V – Bewertung und Vorschläge zur Erweiterung

Jürgen Lütticke und Henner Schellschmidt

## Abstract

Nach dem Willen des Gesetzgebers müssen in Deutschland ab September 2005 Qualitätsberichte von allen Krankenhäusern veröffentlicht werden. Dieser Einstieg in eine krankenhausesbezogene Qualitätsberichterstattung ist grundsätzlich zu begrüßen. Doch noch ist die Aussagekraft des vereinbarten Berichtskonzepts sehr beschränkt. Insbesondere die Dimension der Ergebnisqualität bleibt unberührt. In diesem Beitrag werden die Qualitätsberichte nach § 137 SGB V kritisch diskutiert und als Ergänzungsvorschlag zwei weitere Berichtskonzeptionen erläutert. Ausgehend vom Forschungsprojekt „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten“ (QSR) wird dargestellt, wie auf Basis von GKV-Routinedaten sowohl Feedbackberichte für Leistungserbringer (Klinikberichte) als auch Transparenzberichte für die Öffentlichkeit erstellt werden können. Diese liefern Informationen zu risikoadjustierten, nachstationären Ergebnisindikatoren (z. B. Mortalität, Wiederaufnahmen) sowie bundesweite Vergleichsdaten für ein wirkliches Benchmarking.

In Germany, a new law obligates hospitals to publish quality reports starting from September 2005. In principle, as a start of hospital-specific quality reporting, this development is to be welcomed. However, the concerted report concept is still of a very limited expressiveness. Particularly the dimension of outcomes remains unaffected. In this article, the compulsory quality reports according to §137 SGB V are critically analysed and two more report concepts are proposed as an alternative. Starting from the research project “Quality assurance with administrative data”, the article illustrates how feedback reports for hospitals and league tables addressed to the public may be compiled by using health insurance data. These reports will deliver information about risk adjusted outcome indicators such as mortality and readmission and provide nationwide comparative data for a proper benchmarking.

12

## 12.1 Einführung

Im Dezember 2003 haben sich die Vertragspartner nach § 137 SGB V auf Form und Inhalt strukturierter Qualitätsberichte geeinigt. Qualitätsberichte müssen ab 2005 alle zwei Jahre von allen zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V veröffentlicht werden. Die Berichte sind von den Landesverbänden der Kranken-

kassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sowie deren Verbände haben dabei die Aufgabe, Vertragsärzte und Versicherte auf der Basis der Qualitätsberichte auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser zu informieren und Empfehlungen auszusprechen.

In Deutschland wurden Qualitätsberichte bislang in Form von Jahres- oder Geschäftsberichten von einigen wenigen Krankenhäusern bzw. Krankenhausketten veröffentlicht, bislang jedoch ohne verbindliche Struktur (vgl. z. B. <http://www.aqs.de/literatur/qs-berichte.htm> oder <http://www.qualitaets-bericht.de>). Mit den neuen Regelungen erhalten Qualitätsberichte eine klare gesetzliche Grundlage. Erstmals wird in Deutschland der Öffentlichkeit ein Recht auf einrichtungsbezogene Qualitätsinformationen im Krankenhausbereich eingeräumt (Leber 2004, 379). Die Verpflichtung zur Veröffentlichung wird dazu führen, dass die externe vergleichende Qualitätsberichterstattung nun auch in Deutschland mehr in das öffentliche Bewußtsein dringen wird.

In diesem Beitrag wird mit Blick auf die gesetzlichen Regelungen in § 137 SGB V und die entsprechende Vereinbarung der Selbstverwaltung die Funktion und Ausgestaltung von Qualitätsberichten behandelt. Nach einigen grundsätzlichen Ausführungen zu den Zielen und Rahmenbedingungen (Abschnitt 12.2) werden die Vor- und Nachteile der durch die Selbstverwaltung konsentierten Berichtsform diskutiert (Abschnitt 12.3). Im Anschluss wird eine Berichts-konzeption auf Basis von Routinedaten vorgestellt, die insbesondere die Ergebnisqualität unter Einbeziehung nachstationärer Ereignisse im Blick hat (Abschnitt 12.4). Dabei wird auf ein gemeinsames Projekt des AOK-Bundesverbandes mit der privaten Klinikengruppe Helios GmbH zum Thema Qualitätsanalysen mit Routinedaten (Heller et al. 2004) Bezug genommen<sup>1</sup>. Die dort entwickelten Ideen sowohl für einen einrichtungsbezogenen internen Klinikbericht als auch für einen an die Öffentlichkeit gerichteten externen Transparenzbericht werden zur Diskussion gestellt.

## 12.2 Qualitätsberichte in Deutschland

### 12.2.1 Definition

Bei der Suche nach einer verbindlichen Definition eines Qualitätsberichts wird man in Deutschland kaum fündig. Entsprechend auch die Einschätzung der GQMG: „Der Begriff des Qualitätsberichts ist in der Nomenklatur und Theorie des Qualitätsmanagements nicht abgesichert.“ (GQMG 2003). Laut Schrappe (2003) ist ein Qualitätsbericht ein „systematisch erstellter Bericht, der der interessierten Öffent-

<sup>1</sup> Die QSR-Steuergruppe besteht aus: Wulf-Dietrich Leber, Jürgen Lütticke (AOK-Bundesverband), Stefan Felder, Bernd-Peter Robra, Enno Swart (Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt), Wolfgang Krahwinkel, Thomas Mansky, Oda Rink-Brüne, Dieter Waldmann, Josef Zacher (HELIOS Kliniken GmbH), Christian Günster, Günther Heller, Jürgen Klauer, Henner Schellschmidt (Wissenschaftliches Institut der AOK).

lichkeit in regelmäßigen Zeitabständen repräsentative und valide Daten zur Qualität der erbrachten Dienstleistung in verständlicher Form zur Verfügung stellt.“

Nimmt man diese Definition als Grundlage, dann ergeben sich folgende wesentliche Aspekte eines QB:

- der Bericht ist für die (interessierte) Öffentlichkeit gedacht und kein interner Managementbericht,
- der Bericht muss in verständlicher Form und regelmäßig präsentiert werden,
- die verwendeten Daten müssen repräsentativ und valide sein und Bezug haben zur (Ergebnis-)Qualität der erbrachten Dienstleistungen.

### 12.2.2 Ziele

Mit Blick auf die Vereinbarung (§ 1) der gemeinsamen Selbstverwaltung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V haben Qualitätsberichte die Aufgabe,

- Informationen und Entscheidungshilfen für Versicherte und Patienten vor einer geplanten Krankenhausbehandlung bereitzustellen;
- eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen zu bieten;
- Krankenhäusern die Möglichkeiten zu eröffnen, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

Qualitätsberichte sind also einerseits Instrumente der Information und Beratung für diejenigen, die Leistungen eines Krankenhauses in Anspruch nehmen wollen. Andererseits sind sie Mittel der Werbung und des Marketings für Leistungserbringer (vgl. ter Haseborg/Zastrau hier in diesem Krankenhaus-Report 2004).

Für den Bürger stellt die Möglichkeit alle zugelassene deutschen Krankenhäuser öffentlich vergleichen – und damit ihre Qualität bewerten – zu können, einen Kulturwechsel dar. Der Patient oder der empfehlende Arzt sollen sich bei der Wahl eines Krankenhauses nicht mehr allein auf eine „Mund-zu-Mund-Propaganda“ beziehen, sondern auch die Möglichkeit haben, Wahlentscheidungen auf Grundlage von objektiven Daten über Leistungsfähigkeit und Qualität eines Krankenhauses zu treffen.

Mit der Einführung von Qualitätsberichten verfolgt der Gesetzgeber also die Absicht, die Patientenautonomie zu stärken und den Leistungserbringern Anreize zum Qualitätswettbewerb zu bieten. Die Gesetzesinitiative fällt dabei nicht zufällig zeitlich mit der Einführung der DRGs zusammen. Vielmehr wird mit der Veröffentlichung der Qualitätsberichte langfristig die Hoffnung verbunden, einseitige kostenoptimierende Tendenzen in einem fallpauschalierten Vergütungssystem durch die Schaffung von Öffentlichkeit entgegenzuwirken (Glaeske et al. 2001).

Aus Sicht der Kostenträger kann man die Einführung der Qualitätsberichte aber auch als Auftakt für eine Entwicklung begreifen, bei der zukünftigen Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen auch Qualitätsaspekte stärker zu berücksichtigen (s. Conrad/Schrapppe 2004 und den Beitrag von Leber in diesem Band). Aus versorgungspolitischer Sicht wiederum könnten die Qualitätsberichte dazu genutzt werden, Versorgungsheterogenitäten zu erkennen und zu reduzieren. Seitens der Leistungserbringer sind nicht zuletzt auch Fragen der Belegungssteuerung damit verbunden.

Man kann festhalten: Mit den Qualitätsberichten nach §137 sind hohe und zugleich sehr unterschiedliche Erwartungen verbunden. Ob sie all diese Erwartungen erfüllen können, hängt davon ab, inwieweit man aus den Berichten tatsächlich gültige Schlüsse ziehen und man diesen Schlüssen vertrauen kann. Auf dem Weg zu einer vertrauenswürdigen Qualitätsberichterstattung gibt es jedoch noch viele Hürden, angefangen von methodischen Fragen der Validität von Qualitätsindikatoren über die Frage der verschiedenen Qualitätssichten der Beteiligten bis hin zu der Frage, wie Informationen aufbereitet sein müssen, damit sie verstanden werden.

Daher lohnt es, sich mit der Konzeption der Qualitätsberichte nach §137 SGB-V auseinander zu setzen. Sind sie in der vorliegenden Form für einen Krankenhausvergleich und zur Beratung und Information von Versicherten bzw. Patienten geeignet? Wie müssten ggf. Alternativen ausgestaltet sein, die dieser Anforderung besser entsprechen?

## 12.3 Strukturierte Qualitätsberichte nach § 137 SGB V – Ausgestaltung und Bewertung

### 12.3.1 Ausgestaltung

Der strukturierte QB nach § 137 wurde mittlerweile mehrfach vorgestellt und kommentiert (vgl. u. a. Drösler 2004, Leber 2004). Hier seien die wesentlichen Inhalte der Vereinbarungen zum Qualitätsbericht zur Übersicht noch einmal aufgeführt:

Die Berichte gliedern sich in einen Basis- und einen Systemteil mit folgenden Unterkapiteln:

- Basisteil
  - A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten
  - B1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten
  - B2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten
  - C Qualitätssicherung
- Systemteil
  - D Qualitätspolitik
  - E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung
  - F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum
  - G Weitergehende Informationen

Im Basisteil (A – C) finden sich im Einzelnen folgende Informationen:

- Strukturinformationen zum Haus (Name, Adresse, Bettenzahl, Fachabteilungsstruktur mit Betten etc), zum Leistungsangebot bzw. Versorgungsschwerpunkt, zu ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, zur apparativen Ausstattung und therapeutischen Möglichkeiten.
- Leistungsmengen in Form von Fallzahlen, den TOP 30 Basis-DRGs (3-stellig) und TOP 5 ambulanten Operationen (4-stelliger EBM-Nummer) für das Gesamthaus, sowie den TOP 10 Basis-DRGs (3-stellig), TOP 10 ICDs (3-stellig) und den TOP 10 OPS (4-stellig) für die einzelne Fachabteilung.
- Personalqualifikation im ärztlichen und pflegerischen Dienst

- Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren), § 115b SGB V (ambulantes Operieren), § 112 SGB V (externe QS nach Landesrecht) sowie an den Disease Management Programmen (DMP). Beim BQS-Verfahren sind zusätzlich Angaben zur Dokumentationsquote erforderlich.
- Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.

Der Systemteil (D-G) gibt den Krankenhäusern ohne vorstrukturierte Form Raum für Berichte zu weiteren qualitätspolitischen Maßnahmen des Hauses sowie für weitere Informationen auf Basis des BQS-Verfahrens.

### 12.3.2 Bewertung

#### Vorteile

Zunächst ist positiv zu vermerken, dass unter den im §137 SGB V vorgesehenen Maßnahmen die strukturierten Qualitätsberichte die einzigen Instrumente sind, die explizit für die Öffentlichkeit bestimmt sind. Sie sind insofern Vorboten des bereits erwähnten Kulturwandels hin zu mehr Öffentlichkeit und Transparenz im Krankenhausbereich. Es ist grundsätzlich positiv zu bewerten, dass zukünftig mehr einrichtungsbezogene Informationen öffentlich verfügbar sein werden als bislang. Damit ist ein erster Schritt in Richtung eines Qualitätsvergleichs von Krankenhäusern getan. Man soll dem Prinzip nach Krankenhäuser vergleichen und bewerten können, wie man es von dem Vergleich von Autos oder Lebensversicherungen gewohnt ist. Selbst wenn alle wissen, dass der Vergleich von Krankenhäusern nicht so einfach möglich ist wie bei anderen Dienstleistungen oder Produkten (vgl. Pouvourville 2003), so wird gleichwohl über die Qualitätsberichte ein Anfang gemacht. Es könnte und sollte guter Brauch werden, sich – wenn möglich – vor einem Aufenthalt im Krankenhaus über dessen Leistungen zu informieren. Qualitätsberichte sind in diesem Sinne ein Fortschritt im Sinne einer stärkeren Bürger- und Patientenorientierung des Gesundheitswesens (Badura et al. 1999) und einer Stärkung der Patientenautonomie (Scheibler et al 2003).

Vergleiche sind jedoch nur dann möglich, wenn alle vergleichbare Informationen liefern. Eine positive Funktion der Qualitätsberichte ist es daher, einen Standard der Berichte festzulegen, an dem Krankenhäuser sich zukünftig orientieren müssen. Grundsätzlich wird durch den tabellarischen Aufbau und die klare Struktur Übersichtlichkeit hergestellt. Damit ist auch – kein unerheblicher Nebeneffekt – eine Begrenzung der Seitenzahl verbunden. Der Fülle an Darstellungsmöglichkeiten und Berichtsformen ist somit eine Norm entgegengesetzt worden, die prägend für die Zukunft sein wird.

Für Einrichtungen, die bislang noch kein wirksames Qualitätsmanagement aufgebaut haben, könnte der Qualitätsbericht eine erste Bestandsaufnahme und datenbasierte Organisationsanalyse bedeuten, quasi als Einstieg in eine kritische Selbstanalyse als Ausgangspunkt einer Organisationsentwicklung im Sinne des Konzepts der Lernenden Organisation (Argyris/Schön 1996). Von denjenigen Krankenhäusern, die bereits über ein effektives Qualitätsmanagement verfügen, kann erwartet werden, dass sie den Systemteil nutzen, um ihre Qualitätsbemühun-

gen öffentlichkeitswirksam bekannt zu machen. Sie könnten damit im Wettbewerb der Krankenhäuser eine Schrittmacherfunktion übernehmen. Für einige Kommentatoren könnte der Systemteil in diesem Sinne sogar zum Herzstück der Berichte werden (Drösler 2004, 120). Da es erlaubt ist, auch mehr Informationen zu liefern, könnten sie z. B. die Struktur des BQS-Verfahrens nutzen und hausspezifische BQS-Ergebnisse veröffentlichen.

Es bleibt abzuwarten, wie übersichtlich der Systemteil seitens der Krankenhäuser dargestellt wird oder ob er trotz der Vorgaben „ausfranst“. Daher ist die derzeitige Offenheit nicht eindeutig ein Nachteil, denn bei allen berechtigten Erwartungen hinsichtlich Übersichtlichkeit und Begrenzung besteht allgemein ein Interesse daran, dass der Systemteil dazu genutzt wird, die Grenzen des konsentierten Qualitätsberichtes zu überschreiten und für eine offensive und deutlich gehaltvollere Informationspolitik zu nutzen. Letztlich ist zu hoffen, dass im Sinne der oben angesprochenen Übersichtlichkeit auch der Systemteil in eine gut strukturierte Form mündet. Die Offenheit des Systemteils sollte man jedoch als Zwischenschritt bewerten, solange eine optimale Berichtsform noch nicht feststeht. Mit einem Übermaß an Informationen ist keine Transparenz herzustellen. Insofern braucht auch der Systemteil mehr Struktur und Formvorgaben. Die derzeitigen Chancen des Systemteils ergeben sich also aus den gegenwärtigen Schwächen des Basisteils. Ein guter Basisteil würde einen offenen Systemteil nicht mehr erforderlich machen, denn je mehr aussagekräftige ergebnisbezogene Informationen der Basisteil zur Verfügung stellt, desto geringer wäre der Bedarf an einem sehr offenen Systemteil.

## 12

### Nachteile

Zwar ist die Einführung der Qualitätsberichte grundsätzlich gut und richtig, jedoch sind die geforderten Inhalte noch ergänzungswürdig. Woran liegt das?

Ordnungspolitisch betrachtet sind Qualitätsberichte Instrumente eines Gesundheitssystems, das von den Ideen einer individuellen Entscheidungsfreiheit, autonomer Beratung und marktlichem Wettbewerb geleitet wird. (vgl. Arnold et al. 2003). Nach diesem Verständnis müssten die Vorgaben für den QB jedoch – wie in anderen marktlichen Bereichen – von einer unabhängigen Aufsichtsbehörde vorgegeben und kontrolliert werden. Dies ist im deutschen Gesundheitswesen so nicht vorgesehen. Vielmehr ist Form und Inhalt der QB nach §137 SGB V das Verhandlungsergebnis der Selbstverwaltungspartner. Das Prinzip der Selbstverwaltung ist auf Konsens ausgerichtet. Bei knapperen Ressourcen und auseinanderstrebenden Interessen kann solch ein Verhandlungsergebnis daher nur ein Kompromiss sein. So fürchtet die Krankenhausseite, dass zu viel Einblick in die Qualitätsaspekte der Versorgung bei den Budgetverhandlungen gegen sie genutzt werden könnte. Dies ist nicht ganz unberechtigt, denn die Krankenkassen haben sogar den gesetzlichen Auftrag, auch nach Qualität und nicht nur nach Preis einzukaufen. Qualitätstransparenz wäre also eine Grundvoraussetzung, damit die Kassen diesen Auftrag erfüllen und ihre Versicherten über die Qualität einzelner Einrichtungen informieren können.

Konkret ist am Qualitätsbericht in seiner jetzigen Ausgestaltung zu bemängeln, dass er Informationen zu Strukturparametern und Leistungsmengen enthält, jedoch keine Aussagen zur Qualität der Ergebnisse – etwa in Form von Sterbe- oder Komplikationsraten, aber auch in Form von Erfolgsbewertungen aus Patienten- und Ein-

weisersicht (vgl. z. B. Klinik-Führer Ruhrgebiet, [www.i-r.de](http://www.i-r.de)). Selbst wenn einige Krankenhäuser die optionalen Möglichkeiten nutzen und über weitere Qualitätsinformationen berichten: So lange es keine verbindliche Festlegung von Indikatoren gibt, werden Einzelinformationen kaum vergleich- und entsprechend bewertbar sein.

Eine weitere Kritik bezieht sich auf die fehlende Detailliertheit der Angaben im Basisteil. Der Bezug auf die Basis-DRGs erlaubt keinen Blick auf die jeweiligen Schweregrade. Da die ICD- und OPS-Kodes nur drei- bzw. vierstellig anzugeben sind, ist das Behandlungsspektrum nur grob zu erkennen. Verfahrensunterschiede, wie z. B. Anteile von offen-chirurgisch gegenüber laparoskopisch behandelten Blinddärmen, werden so nicht transparent.

Auch Teilnahmequoten und Dokumentationsqualität im BQS-Verfahren sind keine Qualitätsparameter. Dass die Krankenhäuser vollständig über alle Fälle im BQS-Verfahren berichten, muss sowieso als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Insofern sind Informationen über die Vollständigkeit eher trivial. Ein Patient braucht aber keine Informationen darüber, ob ein Krankenhaus gut dokumentiert, sondern darüber, ob ein Haus gute Behandlungsergebnisse erzielt. Dazu findet er allerdings im Qualitätsbericht keine Informationen. Zumindest ist dies nicht verpflichtend vorgesehen.

Die Mindestmengenregelung und die entsprechenden Informationen im Qualitätsbericht sind ein eigenes Thema: Solange diese Regelung nur wenige und seltene Behandlungen betrifft, helfen die Informationen im Qualitätsbericht nur sehr begrenzt. Die Relevanz dieses Teils des Qualitätsberichts hängt also im Wesentlichen davon ab, in welcher Form und in welchem Maße in Zukunft weiterreichende Mindestmengenregelungen getroffen werden.

Ein weiteres Problem ist die Frequenz der Berichtserstellung. Als Patient will man wissen, wie gut man aktuell behandelt wird und nicht, wie vor zwei Jahren in dem Haus behandelt wurde. Dem Bedarf an zeitnahen Qualitätsinformationen wird man sicherlich nie ganz gerecht werden können: aber mit einem verpflichtenden Aktualisierungsintervall von einem Jahr käme man diesem Bedürfnis deutlich näher (vgl. auch GQMG 2002, 349).

Ein weiteres Defizit der jetzigen Qualitätsberichte liegt darin, dass Vergleichswerte fehlen. Eine absolute Zahl sagt nicht viel aus, wenn man sie nicht in Bezug setzen kann. Selbst wenn man sich die Mühe macht und alle Berichte ausdruckt: Den Bundesdurchschnitt kennt man so noch nicht. Da jeweils nur die TOP-10 Diagnosen bzw. Prozeduren berichtet werden, bleiben all diejenigen Kliniken unberücksichtigt, die für einen Vergleich interessant wären, aber die interessierende Leistung erst an 11. oder späterer Stelle erbringen und folglich keine Zahlen vorlegen müssen. Zudem sind die Leistungen nicht für besondere Patientengruppen stratifiziert bzw. risikoadjustiert. So ist beispielsweise die Anzahl der Kaiserschnitte wenig aussagekräftig, wenn man ohne Schweregradinformationen ein Haus der Regelversorgung mit einem Universitätsklinikum mit Perinatalzentrum vergleicht. Neben den Leistungsmengen wird im Basisteil über bestimmte Strukturmerkmale wie z. B. die Anzahl und Ausbildung des Personals berichtet. Dies sind zwar grundsätzlich interessante Parameter, allerdings wird nur pro Kopf und nicht pro Vollkraft berichtet, was zu entsprechend schiefen Bildern führt, je nachdem, wie in einem Krankenhaus Teil- und Vollzeitkräfte eingesetzt werden. Angaben über das Vor-



handensein bestimmter Einrichtungen oder technischer Geräte sind ebenfalls mit fraglichem Nutzen für die Versicherten/Patienten – zumindest so lange, wie nicht auch Ergebnisinformationen zur Verfügung stehen. Und nicht zuletzt schlägt sich eine generelles Problem krankenhausesbezogener Qualitätsinformationen auch im Qualitätsbericht nach §137 SGB V nieder: Krankenhäuser können nicht über die langfristige Ergebnisqualität ihrer Leistungen berichten, da sie diese selbst kaum kennen. Von wenigen Ausnahmen im Rahmen gesonderter Projekte (z. B. Albert et al. 2003) abgesehen, erfahren Krankenhausärzte kaum von poststationären Verläufen. Rückmeldungen über die eigenen Behandlungsergebnisse erhalten sie eher zufällig durch Wiederaufnahmen in das selbe Krankenhaus oder im Rahmen von Kontakten mit niedergelassenen Kollegen. Die kurze Bewertungsfrist der Qualität von Krankenhausbehandlungen wird insbesondere vor dem Hintergrund einer durch die DRG-Einführung erwartungsgemäß forcierten Verweildauerreduktion relevant. Je kürzer die Patienten stationär behandelt werden, desto wahrscheinlicher ist es, dass Komplikationen nicht mehr im Krankenhaus beobachtet werden können. Allein aufs Krankenhaus bezogene Indikatoren, wie z. B. die Krankenhausmortalität, finden hier ihre Grenzen. Die Qualitätsberichte nach § 137 können daher in ihrer jetzigen Anlage der Forderung nach sektorübergreifenden Qualitätsbeobachtungen nicht entsprechen.

### Zusammenfassende Bewertung

Zusammenfassend kann man zum Qualitätsbericht nach §137 Folgendes festhalten: Die Tatsache, dass ab 2005 strukturierte Qualitätsberichte für alle Krankenhäuser verpflichtend eingeführt werden, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Allerdings sind die in den Berichten enthaltenen Informationen über Leistungsmengen und -profile unzureichend und als Grundlage für valide Qualitätsbewertungen nicht geeignet. Insbesondere fehlen Informationen über Behandlungsergebnisse. Zwar können im Systemteil tiefere Einblicke in das Qualitätsbemühen der Häuser vermittelt werden. Da aber die entsprechenden Angaben im Ermessen des Hauses und nicht normiert sind, wird eine vergleichende Bewertung der Häuser auf dieser Basis kaum möglich sein.

Wenn es darum geht, wirklich aussagekräftige Qualitätsberichte zu erstellen, bräuchte man Bezugsgrößen für den Krankenhausvergleich, eine sektorübergreifende Verlaufsbeobachtung und eine Berücksichtigung der Ergebnisqualität. Solche Bewertungen kann ein einzelnes Krankenhaus nicht leisten. Erforderlich ist daher eine institutionenübergreifende Bewertung und Berichterstattung mit Ergebnisindikatoren, wie sie z. B. im Projekt „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten“ (Heller et al. 2004) vorgesehen ist. Im Folgenden werden die hier konzipierten Qualitätsberichte – Klinikbericht und Transparenzbericht – als Alternativen bzw. Ergänzungen zum strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 vorgestellt.



## 12.4 Qualitätsberichte mit sektorübergreifenden Routinedaten in Deutschland (QSR-II)

### 12.4.1 Konzept und Idee

Nimmt man die internationalen Erfahrungen mit externen Qualitätsberichten als Anhaltspunkt und berücksichtigt man die Vorgaben des Basisteils im jetzigen Qualitätsbericht, so kann man feststellen, dass Qualitätsberichte zu großen Teilen aus Routinedaten gespeist werden. Routinedaten sind Informationen, die standardmäßig für andere Zwecke als für die Qualitätssicherung erhoben werden, z. B. Krankenhausfalldaten gemäß § 301 SGB V (Abrechnungs- bzw. Belegungsdaten) oder Mitgliederbestandsdaten der Krankenkassen. Der große Charme von Routinedaten liegt darin, dass sie nicht gesondert erhoben werden müssen, dass sie vollständig – und damit ohne Risikoselektion – vorliegen und dass sie weniger manipulierbar sind als gesonderte Qualitätsdokumentationen mit eigenen Erfassungsbögen. Von solchen gesonderten Erhebungen, in denen behandelnde Ärzte bzw. das Pflegepersonal qualitätsauffällige Werte selber dokumentieren sollen, weiß man (Roger et al. 1988), dass dies nicht zuverlässig geschieht. Insofern sind Routinequellen mit anderen primären Erhebungszielen vorzugswürdig (vgl. Heller et al. 2004, 273–7).

Als Nachteil von Routinedaten wird oftmals angeführt, sie wiesen, verglichen mit anderen Datenquellen, eine zu geringe Spezifität auf. Es hat sich jedoch im Zuge der DRG-Einführung gezeigt, dass mit einer deutlich differenzierteren Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren Patientensubgruppen und Prozedurenkomponenten schärfer abgebildet werden können. Bei einer tendenziell geringeren Spezifität verfügen Routinedaten über eine bessere Sensitivität und sind so als Screeninginstrument gut geeignet (Weingart et al. 2000). Sie können Ausgangsinformationen im Sinne eines Markers für eine vertiefende Qualitätsprüfungen liefern. Routinedaten eignen sich darüber hinaus auch deshalb für Screeninguntersuchungen, weil sie in großen Datensätzen vorliegen. Mit der Größe der Datenbasis nimmt die statistische Power zu, um einerseits seltene Ereignisse (z. B. Tod des Patienten nach einem bestimmten Eingriff) und andererseits kleine Unterschiede zwischen Häusern erkennen zu können. Die AOK verfügt über bundesweite Datensätze, die eine gute Trennschärfe ermöglichen. Im Jahr 2002 wurde daher das Projekt „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten“ (QSR) ins Leben gerufen. Ansatz und erste Ergebnisse wurden im Krankenhaus-Report 2003 präsentiert (vgl. Heller et al. 2004). Im Jahr 2004 wurden in QSR weitere Tracer definiert (siehe Tabelle 12-1) und Daten aus der Mitgliederbestandsführung mit den Krankenhausfalldaten zusammengeführt. Dies ermöglicht z. B. die Erfassung der 30-, 90-Tages- oder 1-Jahres-Mortalität. Neben diesen nachstationären Outcome-Indikatoren kann man aus Routinedaten Indikatoren zur Beschreibung des Patienten-Mix und der Verweildauer generieren. Medizinische Auffälligkeiten zwischen einzelnen Diagnosen und Prozeduren bei Erst- oder Zweitaufenthalt (z. B. Diagnose „Luxation bei Wiederaufnahme nach elektiver Hüft-Endoprothese“) ergänzen den Indikatorsatz. Es ist weiterhin geplant, das Verfahren der Risikoadjustierung zu verfeinern, um den Varianzanteil, der auf „client-related outcome“ (Donabedian, zitiert in Luthi et al. 2002) zurückzuführen ist, zu korrigieren. Ge-

Tabelle 12-1

**Übersicht über die QSR-Tracer**

Fachbereich	Tracer
Neurologie	• Hirninfarkt oder intrazerebrale Blutung
Kardiologie	• Herzinsuffizienz • Diagnostische Koronarangiographie (ohne/mit Infarkt; ohne/mit Stent) • Therapeutische Koronarangiographie (ohne/mit Infarkt; ohne/mit Stent) • Aortokoronarer Bypass (ein/mehrere Gefäße; offen chirurgisch/minimalinvasiv)
Visceralchirurgie	• Offene Appendektomie • Laparoskopische Appendektomie • Colon-Operation bei Colon-CA • Rektum-Operation bei Rektum-CA
Orthopädie	• Elektive Totalendoprothese bei Koxarthrose • Elektive Knie-Totalendoprothese • Hüft-Endoprothese (incl. Teilprothesen) bei Frakturen

Krankenhaus-Report 2004

WIdO

eignete Risikoadjustoren (Alter, Geschlecht, Komorbiditäten etc.) werden hierfür empirisch ermittelt. Des Weiteren soll die externe Validität der Routinedaten anhand von Peer-Reviews überprüft werden. Für die Anwendung als Informationssystem werden zwei automatisierte Berichtssysteme entwickelt, die die ausgewählten Indikatoren einrichtungsbezogen berechnen und nutzergerecht aufbereiten. Im Folgenden werden die beiden im Rahmen von QSR angedachten Berichtsideen näher vorgestellt.

#### 12.4.2 Klinikbericht und Transparenzbericht als QSR-Qualitätsberichte

Jenseits der methodischen Fragestellungen (vgl. Heller et al. 2004) ist eine zentrale Frage im Projekt QSR, in welcher Form spezifische Berichtssysteme auf Basis der QSR-Daten entwickelt werden können. Wer hätte einen Nutzen von Qualitätsberichten mit Routinedaten? Hier lassen sich zwei unterschiedliche Zielgruppen ausmachen. Zum einen Versicherte bzw. Patienten und die einweisenden Ärzte, denen die Qualitätsberichte als Orientierungshilfe entsprechend der Ziele in der Vereinbarung zu § 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V dienen könnten. Zum anderen die Krankenhäuser selbst, denen Informationen über Langzeitergebnisse und Vergleichswerte helfen könnten, die eigene Leistungsfähigkeit besser als bisher zu bewerten. Die unterschiedlichen Verwertungsperspektiven führen zu zwei verschiedenen Berichtskonzeptionen für die Aufbereitung der QSR-Projektergebnisse. So könnten die Leistungserbringer von einem einrichtungsbezogenen Klinikbericht profitieren, die Öffentlichkeit hingegen von einem Transparenzbericht.

## Klinikbericht

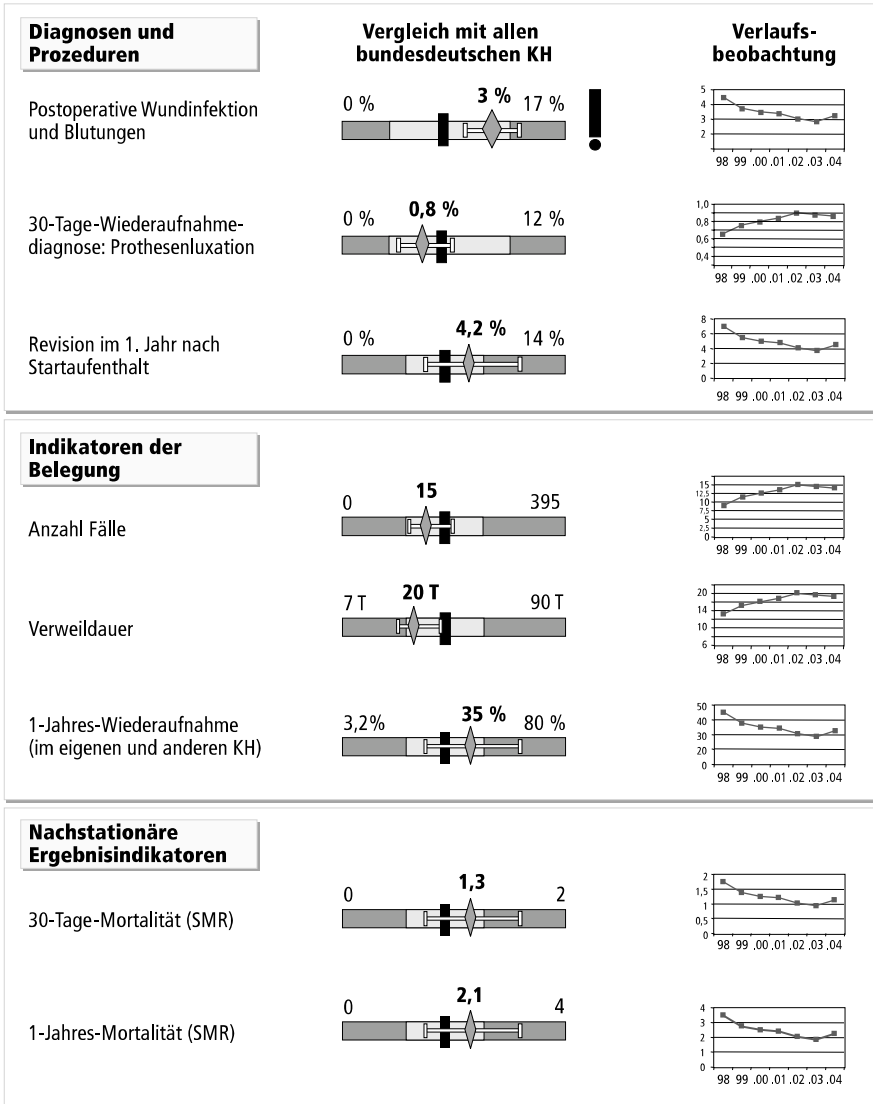
Beim anvisierten Klinikbericht handelt es sich um ein Reportingsystem für eine Einrichtung im Benchmark mit geeigneten Vergleichswerten. Die Berichtserstellung hat sich an den Interessen und Bedürfnissen der einzelnen Interessengruppen bzw. Beteiligten im Krankenhaus auszurichten. Als mögliche Adressaten kommen vor allem das Management (incl. Qualitätsmanagement), die klinisch tätigen Ärzte und Pflegekräfte sowie Klinikträger in Frage. Ggf. ist bei der Berichtskonzeption auch an weitere Partner zu denken, z. B. Banken oder Finanzierungsträger. Der Verwendungszweck liegt primär in der Unterstützung des hausinternen Qualitätsmanagements. So kann der Bericht die krankenhauserne Qualitätsberichterstattung um Daten zu ergänzen, die den Krankenhäusern nicht vorliegen. Dies sind Ergebnis-Indikatoren über nachstationäre Behandlungsergebnisse sowie bundesweite Vergleichsdaten.

Die Darstellung ist – verglichen mit dem Transparenzbericht – methodisch und rechtlich einfacher, da nur Werte der jeweiligen Einrichtung sowie eines anonymisierten Vergleichspool darzustellen sind. Die statistische Datenaufbereitung kann differenziert sein, eine Bewertungshilfe für medizinische Laien ist entbehrlich. Aus der o. g. Kritik an den Qualitätsberichten nach § 137 ergeben sich folgende methodischen Anforderungen an das Berichtskonzept: Die Daten müssen a) risikoadjustiert sein, bzw. für bestimmte Patientensubgruppen und Therapiealternativen stratifiziert werden, b) für die Klinik sowie die Vergleichsgruppen (Bund, Land etc.) vollständig sein, c) es müssen Vertrauensbereiche für die Abweichung vom beobachteten zum erwarteten Wert enthalten sein und d) die Daten sollen in Zeitreihen vorliegen (Goldstein und Spiegelhalter 1996).

Neben den zusätzlichen Informationen über die nachstationären Behandlungsergebnissen (Mortalität und Wiederaufnahmen in anderen Häusern) liegt die Stärke des Berichts darin, die eigenen Daten an Bezugsgrößen messen und interpretieren zu können. Aktuelle Werte der eigenen Klinik können anhand des bundesdeutschen Durchschnitts (externer Vergleich) oder anhand der eigenen Werte vergangener Jahre (interner Vergleich) bewertet werden. Der externe Vergleich gestattet eine Verortung von Stärken und Schwächen, der interne Vergleich macht Trends deutlich.

Der Bericht kann unterteilt werden in vier Abschnitte. Erstens, eine Einführung, die das Berichtskonzept, eine Übersicht über die beschriebenen Tracer und die angewandte Methode erläutert. Zweitens die Beschreibung des hausindividuellen Fallmixes, drittens eine Auswahl an Leitindikatoren für jeden Leistungsbe- reich und viertens Detailauswertungen für einzelne Subgruppen. Die Detailauswertungen geben Auskunft über die Behandlungsergebnisse spezifischer Patientengruppen oder über bestimmte Behandlungsalternativen. Für den Berichtsabschnitt 3 „Auswahl an Leitindikatoren“ ist in Abbildung 12-1 eine Beispielansicht für den Tracer *Elektive Totalendoprothese bei Koxarthrose* wiedergegeben. Auf dieser Ansicht sollen pro Tracer die wichtigsten Leitindikatoren schnell zu interpretieren sein. Für eine Interpretation der Werte sind die Anzahl der Fälle, prozentuale Anteile, Vorjahres- sowie Bundeswerte als Vergleichsgrundlage dokumentiert. Da ein reiner Mittelwertvergleich mit externen Daten wenig aussagekräftig ist, wird zur Beschreibung der Verteilung der Bundeswerte auch deren Vertrauensbereich und der Interquartilsabstand angegeben. Relevante Indikatoren

Abbildung 12-1  
Übersichtsdarstellung eines Tracers im Klinikbericht am Beispiel der elektiven Totalendoprothese bei Koxarthrose



Legende: Dunkelgrauer Balken = Minimum / Maximum der Vergleichsgruppe  
 Hellgrauer Balken = 50 % Percentil, Raute = Wert des Berichtskrankenhauses  
 Weißer Balken an Raute = 95% Konfidenzintervall, Schwarzer Balken = Grenzwert der Vergleichsgruppe  
 SMR = standardisierte Mortalitätsratio

werden als SMR<sup>2</sup> dargestellt. Als Lesehilfe werden – ähnlich eines Laborberichtes – auffällige Werte mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnet. Eine Auffälligkeit ist gegeben, wenn der untere Vertrauensbereich des Klinikwertes außerhalb einer definierten Obergrenze des bundesweiten Referenzbereichs liegt. Solch ein Bericht könnte in Papierform oder in Form einer Datenbank angelegt sein. Der Vorteil der Datenbank ist es, sehr differenzierte Subgruppenanalysen anbieten zu können, ohne die Übersichtlichkeit zu gefährden.

### Transparenzbericht

Ein Transparenzbericht muss geeignet sein, Patienten, Angehörigen, einweisenden Ärzten oder Kostenträgern eine datenbasierte Krankenhausbewertung und ggf. entsprechende Wahlentscheidungen zu ermöglichen. Es stellt sich dabei die Frage, wie man den unterschiedliche Ansprüchen der heterogenen Nutzergruppe „Öffentlichkeit“ gerecht werden kann. Sollte man unter Preisgabe einer methodisch und medizinisch komplexen und damit tendenziell genaueren Darstellung den Einrichtungsvergleich auch für den medizinischen bzw. statistischen Laien verständlich darstellen? Sollte man die Ergebnisse ohne vorbereitende Kommentare aufbereiten und auf die Multiplikatorfunktion von fachkundigen Experten, wie z. B. einweisenden Ärzten, setzen? (Vgl. hierzu die ausführliche Diskussion in den Beiträgen von Dierks/Schaeffer sowie Herrmann/Heinze hier im Krankenhaus-Report 2004.

International gibt es eine Fülle von Organisationen, die vergleichende Krankenhausberichte für die Öffentlichkeit zur Verfügung stellen. Dabei dominieren die anglo-amerikanischen Länder, in Europa ist die Berichtskultur dagegen deutlich schwächer ausgeprägt (vgl. hierzu auch die Beiträge Matthes/Wiest, Bevan, Brown/Pink/Champagne sowie Guisset/Veillard hier im Krankenhaus-Report 2004). Teils beruhen die Daten in diesen Berichten auf Abrechnungs-, teils auf klinischen Daten. In der Regel wird für die populären Berichtsformen eine Darstellung in „league tables“ gewählt, also ein Ranking der Krankenhäuser nach bestimmten Kriterien.

Bei der Gestaltung von Transparenzberichten ist nicht nur die Unterschiedlichkeit der potenziellen Nutzer zu beachten, sondern auch die Unterschiede in deren Interessen und Suchstrategien. So könnten die Anwender entweder ein Krankenhaus in einem lokalen Umfeld suchen oder nach Krankenhäusern durchaus unabhängig vom Ort. Bei der Konzeption ist somit an regionale, landesbezogene oder sogar bundesweite Berichte zu denken. Grundsätzlich sind eine hohe Flexibilität und individuelle Zugriffs- und Auswahlmöglichkeiten vorzusehen. Damit scheidet ein Papierbericht nahezu aus, als geeignetes Medium kommt dagegen das Internet in Frage. Im Internet könnte man komplexe Zusammenhänge verdichtet und vorbereitend für beliebige Auswahlinheiten zusammenstellen. Zudem könnte man das Problem einer zu variierenden Detailtiefe über eine Weiterverlinkung lösen, ohne die Übersichtlichkeit zu gefährden. Folgt man der Darstellung internationaler Vorbilder (z. B. [www.healthgrades.com](http://www.healthgrades.com)), könnte man auf der obersten Gliederungsebene alle Einrichtungen über ein Sternsystem bewerten. Auf der zweiten

2 SMR = Standardisierte Mortalitätsratio. Die SMR bringt das Verhältnis von beobachtetem und erwartetem Wert zum Ausdruck. Der Begriff „Mortalitätsratio“ ist eine methodisch übliche Kurzbezeichnung und umfasst, je nach Kontext, nicht nur die Mortalität, sondern auch standardisierte Morbiditätsratios, standardisierte Inanspruchnahmeratios usw.

Gliederungsebene könnten dann weitergehende Informationen angeboten werden. Im Hintergrund müssen methodische Informationen und ergänzende Materialien verfügbar sein, die jeweils für die Bewertung herangezogen werden.

## 12.5 Fazit und Schluss

Eine externe vergleichende Berichterstattung für identifizierbare Krankenhäuser stellt im deutschen Gesundheitswesen ein Novum dar. Der Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V legt hierfür erste Grundlagen. Eine Bewertung von Krankenhäusern oder gar eine Empfehlung für oder gegen eine bestimmte Einrichtung lässt sich allerdings auf Basis dieser Berichte noch nicht seriös vornehmen. Dennoch ist ihre Veröffentlichung ein wichtiger Schritt in Richtung Transparenz und Qualitätsverantwortung. Der Leistungsvergleich von Krankenhäusern wird öffentliche Aufmerksamkeit erregen. Hieraus könnten sich wichtige Impulse für eine mögliche Weiterentwicklung der gesetzlichen Vorgaben ergeben. Der QB nach § 137 SGB V ist somit ein Einstieg in das Thema externe Qualitätsbewertung und legt die Grundlage für die notwendige Entwicklung entsprechender Informationssysteme im deutschen Gesundheitswesen.

Eine wesentliche Herausforderung stellt es dar, auch über Langzeitergebnisse zu berichten. Dies ist sowohl für die Krankenhäuser von Bedeutung, da sie kaum systematische Rückmeldungen über die Langzeitwirkung der eigenen Behandlungsergebnisse haben, als auch für die Öffentlichkeit, da eine rein auf das Krankenhaus fixierte Ergebnisbewertung bei immer kürzerer Verweildauer den Informationsinteressen nur noch unvollständig entsprechen kann<sup>3</sup>. Hier setzt das Forschungsprojekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ an. Ziel dieses Projektes ist es, Routinedaten aus verschiedenen Datenquellen so zusammenzuführen, dass Aussagen über langfristige Behandlungsergebnisse möglich werden. Auf dieser Basis können sowohl Klinikberichte für die Krankenhäuser selber erzeugt als auch eine vergleichende externe Berichterstattung für die Öffentlichkeit aufgebaut werden. Aufgrund der zusätzlichen Datenquellen und der Berücksichtigung bundesweiter Referenzwerte kann eine Qualitätsbewertung fachlich angemessener erfolgen, als es derzeit mit den Qualitätsberichten nach § 137 SGB V möglich ist.

## 12.6 Literaturverzeichnis

- Albert AA, Rosendahl UP, Ennker J, Freund J. 30-Tage-Follow-up in der Herzchirurgie: Methodik und Kosten. *Gesundh ökon Qual manag* 2003, 8: 32–5.
- Argyris C, Schön DA. *Organisational Learning II. Theory, Method, and Practice*. Massachusetts: Addison-Wesley Reading 1996.

<sup>3</sup> Zur erforderlichen Ergänzung der medizinischen Qualitätsdimension durch weitere qualitätsrelevante Bewertungen, z. B. hinsichtlich Patientenzufriedenheit, siehe z. B. Pfaff et al. 2004a, Pfaff et al. 2004b.

- Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H, Hrsg. Krankenhaus-Report 2002 – Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart, New York: Schattauer 2003.
- Badura B, Hart D, Schellschmidt H. Bürgerorientierung des Gesundheitswesens – Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden: Nomos 1999.
- Conrad H-J, Schrappe M. Qualitätsdarlegung und Qualitätsmanagement im Krankenhaus als Teil der betrieblichen Steuerung. *Das Krankenhaus* 2004, 1: 24–7.
- Drösler SE. Qualitätsbericht: Darf es auch mehr sein? *F&W*, 2004, 2: 118–21.
- Glaeske G, Lauterbach K, Rürup B, Wasem J. Weichenstellung für die Zukunft. Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung 2001.
- Goldstein H, Spiegelhalter DJ. League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance. *J R Statist Soc (A)* 1996, 159: 385–443.
- GQMG. Empfehlung und Stellungnahme der GQMG zum Qualitätsbericht nach § 137 SGB V; 1.7.2003. <http://www.gqmg.de/Dokumente/QBericht-030812.pdf>
- Heller G, Swart E, Mansky T. Qualitätsanalysen mit Routinedaten. In: Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H, Hrsg. Krankenhaus-Report 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1. Stuttgart: Schattauer, 2004; 271–88.
- Leber WD. Qualitätsberichte ohne Ergebnisqualität. Zur Bedeutung des Qualitätsberichts aus Sicht der Krankenkassen. *Krankenhaus Umschau* 2004, 5: 378–80.
- Luthi J-C, McClellan WM, Flanders WD, Pitts SR, Burnand B. Quality of health care surveillance systems: review and implementation in the Swiss setting. *Swiss Med Wkly*. 2002; 461–9.
- Pfaff H, Lütticke J, Brinkmann A, Pühlhofer F, Steffen P. Subjektive Versorgungsqualität: Kennzahlen geben valide Auskunft. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2004; 9 (3): 139–41.
- Pfaff H, Lütticke J, Badura B, Piekarski, C, Richter, P, Hrsg. „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen. Bern: Huber 2004.
- Pouvoirville G de. Kann Qualität ein Wettbewerbsparameter im Gesundheitswesen sein? In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H, Hrsg. Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer 2003: 175–88.
- Rogers AS, Israel E, Smith CR, Levine D, McBean AM, Valente C, Faich G. Physician knowledge, attitudes, and behavior related to reporting adverse drug events. *Arch. Intern. Med.* 1988; 148 (7) 1596–600.
- Scheibler F, Janssen C, Pfaff H. Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *Soz Präventivmed.* 2003; 48(1):11–23
- Schrappe M. Der Qualitätsbericht – Umfang, Validität und Wirkung; GQMG Kompakt Seminar, 7.5.2003 Wiesbaden, <http://www.gqmg.de/Dokumente/GQMGkompaktIV-Schrappe.pdf>
- Weingart SN, Iezzoni LI, Davis RB, Palmer RH, Cahalane M, Hamel MB, Mukamal K, Phillips RS, Davies DT, Banks NJ. Use of Administrative Data to Find Substandard Care. Validation of the Complications Screening Program. *Medical Care* 2000; 38 (8): 796–806.



