



Stefan Lenzen

Dipl.-Gesundheitsökonom (FH)

Stefan Lenzen
Referent Qualitätssicherung

Prof. Dr. med.

Andreas Becker
Geschäftsführer

Udo Beck
Geschäftsführer

CLINOTEL Krankenhausver-
bund gemeinnützige GmbH
Riehler Str. 36

50668 Köln

Tel.: +49 (221) 167980
(Zentrale)

Fax: +49 (221) 1679820

lenzen@clinetel.de

www.clinotel.de

Schlüsselwörter

Qualitätssicherung mit
Routinedaten (QSR)

Pflegemanagement

Kennzahlen

Peer Review

Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) im Pflegemanagement

Stefan Lenzen, Andreas Becker, Udo Beck

Der Artikel beschreibt, wie im überregionalen und gemeinnützigen CLINOTEL-Krankenhausverbund die Daten nach § 21 KHEntgG zur Standortbestimmung und kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität genutzt werden. Die aktuellen Möglichkeiten des Systems werden am Beispiel des Pflegemanagements dargestellt. Mittels regelmäßiger Analyse von monatlichen Auswertungen können Abweichungen zu anderen Trends und Veränderungen frühzeitig festgestellt und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Die Umsetzung der sich hieraus ergebenden qualitätsfördernder Aktivitäten erfolgt dabei nicht nur innerhalb der einzelnen Krankenhäuser, sondern auch einrichtungsübergreifend in der Verbund-Fachgruppe Pflegemanagement und ist dort Grundlage für das „Lernen von den Besten“.

Einleitung

Die medizinisch-pflegerische Qualität bildet einen wichtigen Schwerpunkt der Aktivitäten im CLINOTEL-Krankenhausverbund. Dies resultiert aus der Haltung, dass die gute Ergebnis- und Behandlungsqualität der entscheidende Wettbewerbsfaktor eines Krankenhauses ist und aufgrund dessen im Fokus der Unternehmensleitung stehen muss. Da sie unmittelbar den Patienten dient, ist sie auch aus Kundensicht maßgeblich.

Entsprechend den Forderungen des Gesetzgebers erfassen Krankenhäuser umfangreiche Daten zu Abrechnungszwecken sowie zur Weiterentwicklung des DRG-Systems. Diese werden nachfolgend als Routinedaten bezeichnet. Auch wenn diese Diagnose- und Prozedurschlüssel primär auf Abrechnungsfragen ausgerichtet sind, können sie Hinweise auf qualitative Verbesserungspotentiale geben und den Ausgangspunkt für eine tiefergehende Fallanalyse bilden. Indem man auf Daten nach § 21 KHEntgG zurückgreift, die, wie beschrieben, ohnehin zu Abrechnungszwecken erhoben und geprüft werden, entfällt eine gesonderte Erfassung. Das Verfahren zur Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) erfolgt somit ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand.

Neben der Darstellung einzelner Abteilungen unter qualitätsrelevanten Aspekten können Auswertungen der Routinedaten auch zum Vergleich mit anderen Krankenhäusern (z. B. mehrere Standorte eines Trägers) oder Krankenhausverbänden genutzt werden.

Die Autoren stellen die aktuellen Möglichkeiten des Systems im überregionalen und gemeinnützigen CLINOTEL-Krankenhausverbund mit derzeit 36 Mitgliedskrankenhäusern beispielhaft für das Pflegemanagement dar. Das im Verbund implementierte Verfahren zur QSR hat die Zielsetzung, die Mitgliedshäuser bei ihrer Standortbestimmung und die Pflegedienstleitungen bei der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität zu unterstützen. Des Weiteren können die Daten ebenfalls in der Aus- und Weiterbildung eingesetzt werden.

Auswertungen

Die §21-Daten der aus der vollstationären Behandlung entlassenen Patienten werden jeweils zum 10. des laufenden Monats über eine temporäre Hochsicherheitsverbindung von den Mitgliedshäusern an die CLINOTEL-Geschäftsstelle geliefert. Nach einer erfolgreichen Prüfung (auf Viren, Plausibilität, Vollständigkeit, etc.) werden sie in einer geschützten Datenbank weiterverarbeitet. Monatlich werden allen benannten Ansprechpartnern der Krankenhäuser (Geschäftsführungen, Pflegedienstleitungen, Chefärzte) Auswertungen in Form von PDF-Dateien bis zum 20. des laufenden Monats zur Verfügung gestellt. Diese stellen etwa über 3.000 Kennzahlen, davon über 90 mit Relevanz für das Pflegemanagement im Haus-zu-Haus-Vergleich dar.

Seite 542-547

Eingereicht am: 06.01.2012

Akzeptiert am: 22.08.2012

DOI: 10.3936/1179

Title

Quality Assurance based on Hospital Routine Data in Nursing Care Management

Abstract

The article describes how the data pursuant to § 21 in the German Hospital Finance Act is used in hospitals that are members of the CLINOTEL Hospital Association, a supra-regional, non-profit organisation, for the assessment and continuing improvement of the quality of treatment. Nursing Care Management is used as an example to demonstrate the scope and potential of the system. The regular analysis of monthly evaluations allows deviations from trends or current changes to be ascertained at an early stage, and measures taken accordingly. Consequent activities undertaken to enhance quality are not confined to individual hospitals, but effected in the form of cooperative measures that span all institutions in the Nursing Care Management network, thus forming a basis for „learning from the best“.

Keywords

Quality Assurance based on Hospital Routine Data

Nursing Care Management

Quality Indicators

Peer Review

Kennzahlen

Die Entwicklung von Kennzahlen erfolgt durch die CLINOTEL-Geschäftsstelle unter Beratung durch die einzelnen Fachdisziplinen (z. B. Pflegedienst). Sie orientieren sich vielfach an bereits existierenden Systematiken wie den Qualitätsindikatoren der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).¹ Den Mitgliedshäusern stehen Handbücher zur Verfügung, die das Verfahren, die Kennzahlen und die Spezifizierungen erläutern. Hierdurch ist die erforderliche Transparenz gegeben, und alle Beteiligten verfügen über den gleichen Informationsstand.

Die Mitarbeiter der CLINOTEL-Geschäftsstelle unterstützen die Führungskräfte in den Kliniken bei der Implementierung des Kennzahlensystems sowie beim Einsatz geeigneter Methoden zur Umsetzung der gewonnen Erkenntnisse.

Die Auswertungen der QSR sollen den Pflegemanagern eine Evaluation der klinischen Kernprozesse ermöglichen, daher beziehen sich die Kennzahlen auf medizinisch homogene Entitäten und nicht auf DRG.

Kennzahlen werden immer als Anteil einer definierten Grundgesamtheit ausgewiesen. Der Nenner (Grundgesamtheit) der Kennzahlen wird individuell über Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Den Zähler bildet das spezifische Kriterium, welches für das eingetretene unerwünschte Ereignis steht (z. B. die im Krankenhaus erworbene Pneumonie) und nicht Teil der Grunderkrankung ist. Bei der Entwicklung von Kennzahlen werden potentielle Einflussgrößen auf das Ergebnis analysiert. Sofern diese nicht durch das Krankenhaus beeinflusst werden können, wird dies bei der Formulierung der Rechenregeln berücksichtigt. Werden z. B. Ernährungsprobleme evaluiert, werden alle Fälle mit tumorbedingter Kachexie aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.

(Multi-)Resistente Keime

Pneumonie im Krankenhaus erworben

Aspirationspneumonie im Krankenhaus erworben

Zystitis und Harnwegsinfekt

Beendigung der Behandlung

Patienten mit Ernährungsproblemen

Sturzneigung

Die Kennzahlen werden angewendet auf operative, (semi-)interventionelle diagnostisch/therapeutische Maßnahmen und konservative Fallgruppen und beziehen sich – soweit zutreffend – auf Nebendiagnosen

Tab. 1: Allgemeine Kennzahlthemen mit Relevanz für das Pflegemanagement (Auszug Daten 2010)

Verteilung der Fälle auf Hauptdiagnosen (HD) [6]

Verteilung der Fälle auf Altersgruppen [5]

Patient verstorben [1]

Verlauf der Rückbildung [3]

Spezifische Symptome/Komorbiditäten/Komplikationen [22], z. B.

- Hemiparese

- Sehstörungen

- Diabetes mellitus

- Hypertonie

- Vorhofflimmern

- **Pneumonie, im Krankenhaus erworben**

Prozeduren [12], z. B.

- CT (nativ/mit Kontrastmittel)

- NMR (nativ/mit Kontrastmittel)

- Therapie Sprache, Sprechen, Stimme und Schlucken

Entlassungsziel [2]

- Rehabilitationseinrichtung

- Pflegeeinrichtung

Überschreitung der oberen Grenzverweildauer [1]

Wiederaufnahme binnen 14/15-30/31-120 Tagen (aufgeteilt nach HD der Wiederaufnahme) [21]

Anzahl der Kennzahlen zu den Themengebieten in []

Tab. 2: Spezielle Kennzahlen bei Hauptdiagnose TIA und verwandte Syndrome (Auszug Daten 2010)

Es werden allgemeine und spezielle Kennzahlen unterschieden. Allgemeine Kennzahlen beziehen sich auf größere Grundgesamtheiten (z. B. alle Fälle eines Krankenhauses, alle operativen Fälle, alle Fälle mit invasiven diagnostisch-/therapeutischen Interventionen). Sie ermöglichen ein Screening auch solcher Behandlungsfälle, die nicht von speziellen Kennzahlen abgedeckt sind (z. B. wegen zu geringer Fallzahlen). Eine Übersicht zu ausgewählten allgemeinen Kennzahlen mit Relevanz für das Pflegemanagement gibt Tab. 1. Spezielle Kennzahlen beziehen sich immer auf streng definierte medizinische Sachverhalte. Eine Übersicht zu ausgewählten Kennzahlengruppen am Beispiel aus dem neurologischen Bereich gibt Tab. 2.

Die **monatlichen Auswertungen** enthalten die Daten des eigenen Krankenhauses, die Daten aller Verbundmitgliedshäuser unter Ausweisung der einzelnen Krankenhäuser und, sofern vorhanden, Orientierungswerte aus der Literatur. Dies ermöglicht den Pflegemanagern, die Daten einzuordnen und Stärken sowie Verbesserungspotentiale zu erkennen und die Grundlagen für tieferegehende Analysen zu schaffen.

Die Ergebnisse zu bestimmten Kennzahlen werden auf einer über-

geordneten Ebene zusammengefasst, der so genannten Leitungsübersicht. Der Name entspricht dem Gedanken, dass die hierunter zusammen gefassten Kennzahlen für Prozesse stehen, die unter der Leitung einer Führungskraft (z. B. Pflegedienstleitung) ablaufen und somit auch von diesen Personen gesteuert werden können.

Ergänzend zur Kennzahlenauswertung werden so genannte **Fallreports** erstellt (Abb. 1). Diese beinhalten Informationen zu Fällen, die in mindestens einer Kennzahl im Auswertungszeitraum auffällig wurden. Der Report enthält fallspezifische Informationen wie Fachabteilungsverlauf, Nebendiagnosen und Prozeduren sowie den entsprechenden Auslöser. Hierdurch wird eine schnelle orientierende Prüfung und Festlegung evtl. weiterer Maßnahmen wie beispielsweise die Besprechung eines Falles in einer Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz oder im Rahmen eines Peer Review ermöglicht.

Kumulative Fallreports Krankenhaus QSR			
Gesamtes Krankenhaus			
Fall			
Pat-Nr.			
Geschlecht	männlich	Alter (J)	71
Aufnahmedatum und -zeit:		Verweildauer / Urlaub (T)	10 / 0
Entlassungsdatum und -zeit:		Dauer der maschinellen Beatmung (h)	0
Entlassungsmonat			
Aufnahmearbeit	Einweisung durch einen Arzt		
Aufnahmegrund	Krankenhausbehandlung, vollstationär		
Entlassungsgrund	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung		
Fachabteilungsverlauf			
HA 2800 Neurologie			
DRG			
MDC	01 Partition M		
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose		
Hauptdiagnose			
I63.3	Hirninfrakt durch Thrombose zerebraler Arterien		
Nebendiagnosen			
E78.2	Gemischte Hyperlipidämie		
G81.0R	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie		
H51.8R	Sonstige näher bezeichnete Störungen der Blickbewegungen		
I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise		
I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäßerkrankung		
I61.0L	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal		
I69.3L	Folgen eines Hirninfraktes		
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes		
K92.0	Hämatemesis		
R13.0	Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme		
R29.5	Neurologischer Neglect		
R47.0	Dysphasie und Aphasie		
U69.00	Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter		
Z85.4	Bösartige Neubildung der Genitalorgane in der Eigenanamnese		
Z95.1	Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses		
Prozeduren			
3-200	Native Computertomographie des Schädels		
8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden		
8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse		
3-200	Native Computertomographie des Schädels		
3-200	Native Computertomographie des Schädels		
3-200	Native Computertomographie des Schädels		
1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie		
Kennzahl (en) und Auslöser			
KEZ 2745	Aspirationspneumonie, im Krankenhaus erworben (ND) - Risikopatienten		
ND R13.0	Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme		

Abb. 1

Risikoadjustierung

Da die Patientenstruktur in verschiedenen Krankenhäusern mitunter sehr unterschiedlich sein kann (z. B. Alter, Geschlecht, Komorbidität), ist für einen fairen Klinikvergleich eine risikoadjustierte Betrachtungsweise unentbehrlich. Um entscheiden zu können, ob tatsächlich Unterschiede in der Versorgungsqualität vorliegen, müssen zwischen den Einrichtungen

gleiche Ausgangsbedingungen im Hinblick auf die zu vergleichenden Ergebnisse geschaffen werden. Hierzu dient die Risikoadjustierung, die mit geeigneten statistischen Methoden Unterschiede im Patientenspektrum ausgleichen soll.

Sichtung der Auswertungen

Das Kennzahlensystem kann im Sinne eines **Screenings** eingesetzt werden, da bestimmte Kennzahlen auf potentielle klinische oder organisatorische Auffälligkeiten hinweisen. Unter einem Screening ist ein auf bestimmte Kriterien ausgerichteter orientierender „Siebtest“ zu verstehen. In der QSR sind Algorithmen gemeint, die auffällige Behandlungsverläufe in spezifischen klinischen Situationen erkennen sollen.

Bei der Sichtung der Auswertungen können die so genannten Sentinel Events hilfreich sein. Unter einem Sentinel Event versteht man nach der Definition der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ein unerwartetes Ereignis oder eine Abweichung mit Todesfolge oder schwerwiegender körperlicher oder psychologischer Verletzung oder einem solchen bestehenden Risiko.² lezzoni³ fügt dem hinzu, dass Sentinel Events Ereignisse darstellen, die nie passieren sollten und dass daher jeder Fall gründlich untersucht werden sollte.

Durch die regelmäßige Sichtung der Auswertungen und Fallreports zu den einzelnen Kennzahlen können Trends frühzeitig erkannt werden. Dies beinhaltet beispielsweise Häufungen

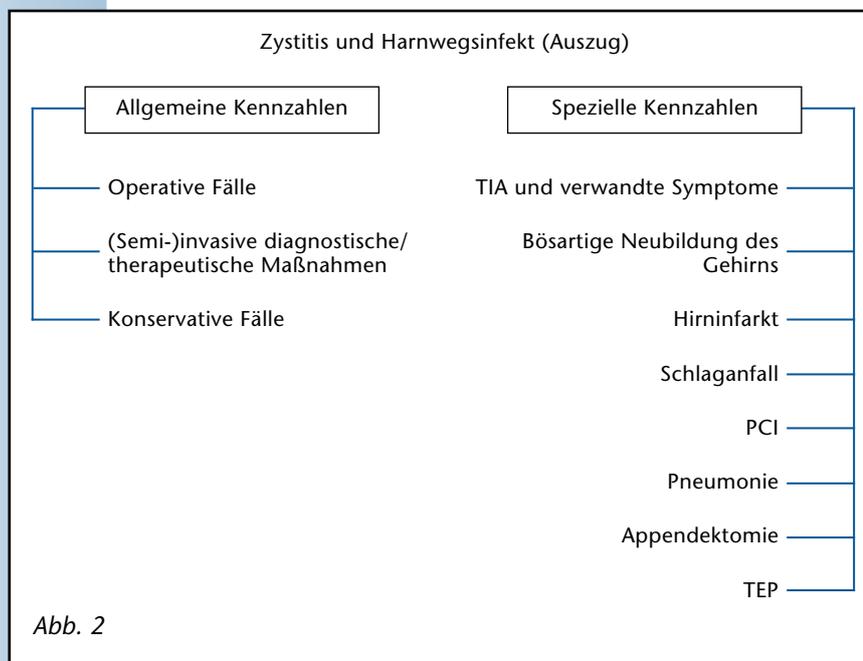
in Zeiträumen oder in einzelnen Fachbereichen. Hieraus kann sich die Notwendigkeit einer weiteren Analyse ergeben.

Die Komplexität der Auswertungen spricht gegen die Klassifizierung der Kennzahlen in ein so genanntes „**Ampelsystem**“ (Kategorien rot, gelb und grün). Zur Verdeutlichung ein Beispiel anhand der Kennzahl Zystitis und Harnwegsinfekt (Abb. 2).

Im Bereich der allgemeinen Kennzahlen können die Werte für den Bereich operative Fälle unter dem Verbunddurchschnittswert („Verbunddurchschnitt“) liegen. In einem Ampelsystem würde diese dann als unauffällig (grün) klassifiziert

und somit auch keine weitere Analyse erfolgen. Gleichwohl können die Fälle mit einer Zystitis und Harnwegsinfekt dennoch in den speziellen Kennzahlen gehäuft auftreten (z. B. einzelne operative Verfahren), sodass das Krankenhaus in der Auswertung dieser Kennzahl dort über dem Verbunddurchschnittswert liegt (rot). Hierdurch wäre eine Analyse einzelner Fälle angeraten. Durch die vorherige pauschal positive Wertung aller Fälle ist es jedoch wahrscheinlich, dass Einzelfallanalysen entfallen.

Eine generelle Aussage anhand eines Ampelsystems ist daher irreführend und kommt somit nicht zur Anwendung.



Einflussgrößen

Bestimmte Einflussgrößen, wie z. B. patientenbezogenen Faktoren⁴ (Komorbidität, Krankheitskomplexität, Krankheitsschwere) können nur schwer oder kaum durch das Pflegemanagement beeinflusst werden. Liegen nicht erwartete und nicht angemessene Ergebnisse („auffällige Kennzahlen“) vor, müssen folglich die Aspekte aufgegriffen werden, in denen Möglichkeiten der Einflussnahme gegeben sind. Dies sind in der Regel die Behandlungsprozesse und Organisationsabläufe und kann sich z. B. auf die Erfassung pflegerischer Risiken während der Anamnese beziehen.

Anmerkungen

- ¹ AHRQ Quality Indicators. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals – Volume, Mortality, and Utilization. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. June 2002 Version 3.1 (March 12, 2007).
- ² Zu finden zum Beispiel in: To err is human: Building a safer health system. Editors: Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. 2000. National Academy Press Washington D.C. Seite 93
- ³ Li lezzoni et al.: A Method for Screening the Quality of Hospital Care Using Administrative Data: Preliminary Validation Results. QRB. 1992 November, Seite 361-371
- ⁴ National Patient Safety Agency (NPSA) Contributory Factor Classification Framework zurück geführt auf das London Protocol
- ⁵ S Taylor-Adams, C Vincent: Systemanalyse Klinischer Zwischenfälle, Das London-Protokoll, Hrsg. Stiftung für Patientensicherheit, Februar 2007
- ⁶ S Federhen, S Lenzen et al.: Systemische Fallanalyse bei Patienten mit im Krankenhaus erworbener Aspirationspneumonie. Pflegewissenschaft. 2010. (12) 7-8. 418-426
- ⁷ M James. Naessens, Todd R. Huschka: Distinguishing hospital complications of care from pre-existing conditions. International Journal for Quality in Health Care. 2004, Volume 16, Supplement 1. i27-i35
- ⁸ ICD-10-GM. Version 2006. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- ⁹ OPS Version 2006. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- ¹⁰ Lisa I. lezzoni et al.: Identifying Complications of Care Using Administrative Data. Medical Care. 1994 (32) 7, S. 700-715
- ¹¹ V Bahl et al.: Do the AHRQ Patient Safety Indicators Flag Conditions That Are Present at the Time of Hospital Admission?. Med Care. 2008. 46 (5). 516-522
- ¹² RL Houchens et al.: How Often are Potential Patient Safety Events Present on Admission?. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2008. 34 (3). 154-163

Nach einer Ersteinschätzung über die Fallreports kann es erforderlich sein eine umfassendere Fallanalyse anhand der Patientenakte durchzuführen. Entscheiden sich die leitenden Pflegepersonen zur Einzelfallanalyse, ist ein standardisiertes Verfahren vorteilhaft, da so der Behandlungsprozess entsubjektiviert betrachtet werden kann. Hierzu eignet sich insbesondere das „London-Protokoll“⁵ nach *Sally Taylor-Adams und Charles Vincent*.

Beispiel Kennzahl „Aspirationspneumonie im Krankenhaus erworben“

Bei dieser Kennzahl werden Fälle mit kodierter Nebendiagnose „Aspirationspneumonie“ gesucht. Es wird hierbei zwischen der ambulant erworbenen und der nosokomialen Aspirationspneumonie unterschieden. Durch den Haus-zu-Haus-Vergleich der Verbundmitglieder sowie der Ausweisung des CLINOTEL-Mittelwertes, werden bei der Interpretation der (Auswertungs-)Daten Orientierungspunkte geliefert. Ab wann einzelne Werte als auffällig zu sehen sind, obliegt der fachlichen Entscheidung der Pflegemanager.

Im CLINOTEL-Krankenhausverbund wurden hierzu von Mai 2008 bis März 2009 insgesamt 93 Fälle von im Krankenhaus erworbener Aspirationspneumonie aus 23 Mitgliedshäusern einer tiefergehenden, systemischen Fallanalyse unterzogen. Die Ergebnisse dieser Peer Reviews werden umfassend von Federhen/Lenzen et al.⁶ beschrieben.

Systemische Fallanalysen und Peer Review-Verfahren bleiben wirkungslos, wenn keine Bereitschaft oder Möglichkeit zu konsequentem Handeln besteht. Gewonnene Erkenntnisse und abgeleitete Maßnahmen müssen daher auch dokumentiert und ihre Umsetzung sowie die Auswirkungen verfolgt werden. Die Auswirkungen eines Peer Reviews können von großer Tragweite für die innere Organisation eines Krankenhauses sein.

Unabdingbare Voraussetzung für Akzeptanz und Erfolg von Peer Reviews ist es, das Verfahren als gemeinsamen, kollegialen berufsgruppenübergreifenden Lernprozess zu begreifen. Insgesamt wird so ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsabläufe, der Ergebnisqualität der medizinisch-pflegerischen Behandlung und der Patientensicherheit geleistet.

Umgang mit Datenlimitationen

Bei der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass in vielen Fällen auf Basis der ICD-Codes nicht entschieden werden kann, ob eine bestimmte Nebendiagnose bei Aufnahme bestand oder nosokomial erworben wurde.⁷ Die Entscheidung, ob ein ICD-Code in einer spezifischen klinischen Konstellation als Komorbidität, Komplikation und/oder als Hinweis auf Abweichungen von (intern festgelegten) diagnostisch-therapeutischen Konzepten zu bewerten ist.

Hierzu ein Beispiel aus der ICD- und OPS-Klassifikation^{8, 9}: Die *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet (N39.0)* ist Beispiel für die Frage, ob es sich um eine nosokomiale Infektion handelt oder nicht. Hilfsweise kann die berechnete präoperative Verweildauer herangezogen werden: Je kleiner dieser Wert ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine im Krankenhaus erworbene Infektion handelt, denn mit Ausnahme von Notfällen ist es sehr unwahrscheinlich, dass Patienten mit einer solchen Zusatzdiagnose operiert werden.¹⁰

Bei der fehlenden Differenzierung handelt es sich um eine systemimmanente Limitierung. Abhilfe schaffen könnte ein Zusatzkennzeichen („Present On Admission (POA)-Indikator“), welches eine entsprechende Unterscheidung ermöglicht. Die Bedeutung eines solchen Zusatzkennzeichens wird auch in den Publikationen von Bahl¹¹ et al. und Houchens¹² et al. deutlich.

Ausführungen zur Datenqualität als Ergebnis der Kodierqualität sind immer wieder zu finden und führen zu der Erkenntnis, dass Daten, die auf Routinedaten basieren, nur unter Kenntnis der möglichen Limitierungen und mit dem erforderlichen Fachwissen interpretiert und zu Steuerungszwecken der Behandlungsqualität angewendet werden sollten.^{13, 14}

Komplikationsbeladene Behandlungsverläufe führen zu höheren finanziellen Erlösen. Daher kann die Vollständigkeit dieser Datensätze vorausgesetzt und eine gezielte Manipulation der Abrechnungsdaten für die Qualitätssicherung als unwahrscheinlich eingestuft werden.¹⁵

Zur Identifizierung von unerwünschten Ereignissen im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung gilt die Analyse von Patientenakten als Goldstandard. Dies ist jedoch zur Analyse größerer Mengen von medizinischen Verlaufsdocumentationen nicht anwendbar. Eine zielführende Alternative stellen daher die administrativen Datenbestände dar. Über entsprechende EDV-Suchroutinen können diese schnell analysiert werden.¹⁶

¹³SG Nadathur: Maximising the value of hospital administrative datasets. *Aust Health Rev.* 2010. 34 (2). 216-223

¹⁴Lisa I. Iezzoni: Measuring the Severity of Illness and Case Mix. In: *Providing Quality Care. The Challenge to Clinicians.* Editors: Norbert Goldfield, David B. Nash. First Edition 1989. The American College of Physicians. Philadelphia, Pennsylvania. S. 70-106

¹⁵E Slany, W Reuter: Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) – eine neue Dimension im Qualitätsmanagement der stationären Behandlung?. *Versicherungsmedizin.* 2009. 61 (2). 73-76

¹⁶K Van den Heede, W Sermeus, L Diya, E Lesaffre, A Vleugels. Adverse outcomes in Belgian acute hospitals: retrospective analysis of the national hospital discharge dataset. *Int J Qual Health Care* 2006; 18: 211-219

Fazit

Das QSR-Verfahren im CLINOTEL-Krankenhausverbund ist ein geeignetes Medium die Mitgliedshäuser bei ihrer Standortbestimmung und der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität zu unterstützen und durch eine selbstkritische Reflexion der Behandlungsabläufe auch die Patientensicherheit zu erhöhen. Mittels der regelmäßigen Analyse der Auswertungen können Abweichungen zu anderen Trends und Veränderungen frühzeitig festgestellt und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Die Umsetzung qualitätsfördernder Aktivitäten erfolgt nicht nur innerhalb der teilnehmenden Einrichtungen, sondern auch einrichtungsübergreifend in der Fachgruppe Pflegemanagement und ist hier Grundlage für das „Lernen von den Besten“. Bei anhaltenden, nicht erklärbaren Abweichungen besteht die Möglichkeit zur Analyse und Evaluation der medizinisch-pflegerischen Versorgungsprozesse im Rahmen des Auditverfahrens im Bereich Pflegedienst. Dieses wird verbundintern mit Beteiligung pflegerischer Fachexperten und unter Berücksichtigung aktueller Evidenz (z. B. Expertenstandards, Leitlinien) durchgeführt und kann je nach Bedarf der auditierten Organisation bzw. der dortigen Pflegedienstleitung verschiedene Schwerpunkte – immer unter dem Fokus der Patientensicherheit – beinhalten (z. B. enterale/parenterale Ernährung, Prävention und Kontrolle von Infektionen, medizinisches Notfallmanagement). Im CLINOTEL-Verbund spielt die aktive Steuerung der Prozessqualität durch die Pflegedirektionen der Mitgliedshäuser eine wesentliche Rolle zur Erreichung des obersten Ziels: Von den Besten lernen, zu den Besten gehören.

Pflegewissenschaft Community

Sie finden weitere Informationen zu diesem Artikel unter

www.pflege-wissenschaft.info/artikel/1085

Kurzbiografie

Stefan Lenzen (Jahrgang 1980) ist seit 2008 in der Geschäftsstelle des CLINOTEL-Krankenhausverbundes, der aktuell 36 Mitgliedshäuser umfasst, tätig. Zu den Hauptaufgaben des Diplom-Gesundheitsökonoms gehören die Entwicklung, Projektierung und Durchführung von Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung in den Mitgliedshäusern. Hierunter fallen u.a. klinische Audits, Peer Review Verfahren, Systemische Fallanalysen, Fachgruppenleitung, Referenten-, Moderatoren- und Beratertätigkeiten.

Herr Lenzen ist staatlich examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Qualitätsauditor (TÜV) und akkreditierter Zertifizierungsauditor für Qualitätsmanagementsysteme (EA-Scope 38).