



Welcher zusätzliche Nutzen kann durch die Verwendung weiterer
Datenquellen für QS-Verfahren erschlossen werden?

ADMINISTRATIVE DATEN

Administrative Daten

- ⇒ Daten, die im Rahmen administrativer Prozesse entstehen
- In der Regel zum Zweck der Leistungsabrechnung („Abrechnungsdaten“)
 - In nahezu allen Sektoren der Gesundheitsversorgung
 - Im Bereich der GKV über (pseudonymisiertes) Versichertenkennzeichen verknüpfbar

Zusätzlicher Nutzen für Verfahren der Qualitätsmessung:

- Entlastung von Dokumentationsaufgaben für klinisch tätiges Personal
 - Durch konsequente Nutzung verfügbarer administrativer Daten in bestehenden QS-Verfahren
 - Durch vorrangige Nutzung administrativer Daten für neue QS-Verfahren (soweit möglich)

Welche QS-relevanten Informationen lassen sich aus administrativen Daten gewinnen?

QS-relevante Informationen

Krankenhausabrechnungsdaten

- Seit Einführung des DRG-Systems umfangreiche medizinische Informationen
 - Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Prozeduren, ...
 - Gut geprüft durch Krankenhäuser (Vollständigkeit) und Krankenkassen bzw. MD (Richtigkeit)
- Werden bereits in der externen Qualitätssicherung genutzt
 - Auslösung der Dokumentationspflicht
 - Übernahme von im KIS vorhandenen Angaben in die QS-Dokumentation
- Geringere Detailtiefe als Erhebungsdaten

Krankenhausabrechnungsdaten

Können bestehende QS-Verfahren mit Krankenhausabrechnungsdaten ersetzt werden?
Beispiel: Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren ambulant erworbene Pneumonie [1]

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	2018	2019 ¹	Tendenz ²
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie					
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	 ≥ 95,00 %	98,49 %	 98,59 %	→
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	 ≥ 90,00 %	95,10 %	 95,26 %	→
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	 ≥ 90,00 %	93,87 %	 94,24 %	↗
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	 ≥ 95,00 %	95,56 %	 96,04 %	↗
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus					
50778	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	 ≤ 1,88 (95. Perzentil)	1,02	 0,98	→
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	 ≥ 95,00 %	96,49 %	 96,72 %	↗

*Verwendete Risikofaktoren
größtenteils nicht abbildbar*

Krankenhausabrechnungsdaten

Geeignet zur Messung der Ergebnisqualität in Leistungsbereichen, die bisher nicht von QS-Verfahren abgedeckt werden

- Beispiel: Krankenhaussterblichkeit bei komplexen Operationen [3]

	G-IQI Version 5.3 Bundesauswertung DRG-Statistik 2019	Anzahl Kliniken (mit mind. 1 Fall)	Anzahl Fälle	Anteil Todesfälle	Klinikperzentile		
					25	50	75
	Erkrankungen der Bauchorgane						
21.311	Kolonresektion bei kolorektalem Karzinom ohne kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	919	30.262	4,0%	0,0%	3,3%	6,7%

Risikoadjustierung ist prinzipiell möglich [4, 5]

Krankenhausabrechnungsdaten

Zeitangaben (Aufnahmezeitpunkt und Zeitpunkt einer Prozedur) könnten wesentliche Prozessindikatoren liefern

- Beispiel: Zeit zwischen Aufnahme und OP bei Schenkelhalsfraktur [3]

	G-IQI Version 5.3 Bundesauswertung DRG-Statistik 2019	Anzahl Kliniken (mit mind. 1 Fall)	Anzahl Fälle	Anteil	Klinikperzentile		
					25	50	75
	Erkrankungen der Bauchorgane						
46.12	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19) mit operativer Versorgung, Anteil mit OP am Aufnahme- oder Folgetag	983	56.938	81,3%	73,8%	83,1%	89,8%

Qualität der Zeitangaben derzeit unsicher:

- *Aufnahmezeitpunkt nicht klar definiert*
- *Kein Anreiz zur korrekten Dokumentation des Zeitpunkts einer Prozedur*
- *Hohe Variation unplausibler Zeitangaben auf der Krankenhausebene (Beispiel: STEMI und PCI [7])*

Episoden- und sektorenübergreifende Qualitätsmessung

Voraussetzung: Personenbezogene (pseudonymisierte) Verknüpfbarkeit \Leftrightarrow Sozialdaten der GKV

- Beispiel: QSR-Verfahren (WIdO) [8]
 - z.B. Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose
 - Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen
 - Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen
 - ...
- Auch sektorenübergreifende Betrachtungen möglich
 - z.B. Medikation oder andere Inanspruchnahme nach einem Indexereignis
 - z.B. konservative Behandlung vor einem operativen Eingriff
 - ...
- Sozialdaten der GKV werden bereits in QS-Verfahren genutzt (z.B. postoperative Wundinfektion)

QS-relevante Informationen

Welche QS-relevanten Informationen lassen sich aus administrativen Daten gewinnen?

- Eingeschränkte Abbildbarkeit bestimmter Sachverhalte
 - z.B. kleinteilige Prozessindikatoren nicht abbildbar
- Ergebnisqualitätsmessung gut möglich (siehe QSR)
- Informationsgehalt administrativer Daten für Zwecke der QS könnte verbessert werden:
 - z.B. Kennzeichen für Present-on-admission (siehe QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe)
 - z.B. Bewusstseinszustand bei Aufnahme (insbesondere für Risikoadjustierung)
 - z.B. Anreize zur korrekten Dokumentation von Zeitangaben
- Entwicklung neuer QS-Verfahren (neue Leistungsbereiche, neue Indikatoren) ohne zusätzlichen Erfassungsaufwand möglich

Referenzen

- (1) IQTIG. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Ambulant erworbene Pneumonie. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/pneu/QSKH_PNEU_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf
- (2) IQTIG. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Pflege: Dekubitusprophylaxe. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/dek/QSKH_DEK_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf
- (3) Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.3. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2019. Working Papers in Health Services Research Vol. 4. Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-12342> (im Druck).
- (4) Nimptsch U, Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ Open* 2017; 7(9): e016184.
- (5) Schwarzkopf D, Nimptsch U, Graf R, Schmitt J, Zacher J, Kuhlen R. Möglichkeiten und Grenzen der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren aus Krankenhausabrechnungsdaten - ein Werkstattbericht. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2021; 163:1-12.
- (6) Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 2019. DOI: 10.21242/23141.2019.00.00.1.1.0, eigene Berechnungen.
- (7) Nimptsch U, Busse R. Analyse der Zeitangaben in Krankenhausabrechnungsdaten bei ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt und Linksherzkatheterintervention. *Gesundheitswesen* 2021. DOI: 10.1055/a-1557-1130 (online ahead of print).
- (8) Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). QSR Qualitätssicherung mit Routinedaten. Qualitätsindikatoren. <https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/methoden/indikatoren/index.html>

Interessenkonflikte

- Von 2010 bis 2018 als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der TU Berlin: Finanziert durch die Helios Kliniken GmbH
- Honorare von der 3M Deutschland GmbH
- Seit 2021 Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Initiative Qualitätsmedizin