



Spitzenverband

Positionen des GKV-Spitzenverbandes vom 12. August 2011

zur Qualitätsmessung von Krankenhausbehandlung
unter differenzierter Diagnoseerfassung mit dem
Zusatzkennzeichen „bei Aufnahme vorhanden“

Dr. Kerstin Gentsch, Dr. Antje Haas

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
krankenhaeuser@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Status quo der Qualitätssicherung in Deutschland	3
II. Wie könnte bei zukünftiger Integration von Routinedaten unter Nutzung des Zusatzkennzeichens „bei Aufnahme vorhanden“ das dargestellte Verfahren zur Messung der Pflegequalität aufwandsarm und zuverlässig ablaufen?	4
III. Weiterentwicklung der Qualitätsmessung im Krankenhaus zu einer sektorenübergreifenden Qualitätsmessung	4
IV. Technische Umsetzung des Zusatzkennzeichens „bei Aufnahme vorhanden“	5
V. Perspektive der Qualitätsmessung	7



I. Status quo der Qualitätssicherung in Deutschland

Derzeit basiert die Qualitätssicherung im Krankenhaus nach § 137 SGB V ausschließlich auf der gesonderten Erfassung von Behandlungs- und Patientendaten durch das Krankenhauspersonal. Der hiermit verbundene Aufwand führt dazu, dass dies nur unvollständig und unzuverlässig geschieht und die Daten nicht optimal aussagekräftig sind. Beispielsweise gibt es in den Qualitätssicherungsdaten nur noch für jeden fünften Nierentransplantierten nach drei Jahren eine Angabe zum Überlebensstatus. Auf der anderen Seite müssen für das Qualitätssicherungsverfahren zur Pflegequalität anhand des Auftretens eines Druckgeschwürs mehr als 900.000 Dokumentationen völlig unnötig erhoben werden, da sie auch Patientenverläufe beschreiben, die weder zu Beginn noch während des Krankenhausaufenthalts oder zur Entlassung ein Druckgeschwür aufwiesen. Darüber hinaus bestehen wegen des insgesamt hohen Aufwands folgende Verfahrensbeschränkungen: Es werden nur jene Patientinnen und Patienten registriert, die über 74 Jahre alt sind, und zwischen dem 1. Januar und dem 31. März eines Kalenderjahres im Krankenhaus behandelt wurden. Ein 60-jähriger Diabetiker, der bspw. nach einer Herzoperation eine längere Intensivbehandlung benötigt und damit ein höheres Risiko für ein Druckgeschwür hat, würde derzeit einfach durch das Qualitätsraster fallen. Ebenso würden Patienten nicht betrachtet, die zufällig nicht zwischen Neujahr und 31. März im Krankenhaus waren – denn nur dieser Zeitraum wird im Qualitätssicherungsverfahren dokumentiert.

Durch eine Integration von bei den Kassen vorhandenen Routinedaten (Versichertenstammdaten und Abrechnungsdaten, chiffriert und pseudonymisiert) und deren Übermittlung durch die Kassen an das Qualitätssicherungsinstitut nach § 137 SGB V könnte sowohl die Aussagekraft der Qualitätssicherungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verbessert als auch der Erfassungsaufwand für die Leistungserbringer in Krankenhaus und Arztpraxis verringert werden. Dies gilt sowohl für bestehende sektorbezogene Qualitätssicherungsverfahren am Krankenhaus und bei Vertragsärzten als auch für die zukünftige sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Eine aufwandsarme und aussagekräftige Qualitätsmessung wäre zudem Voraussetzung für qualitätsorientierte Vergütungen in Selektivverträgen. Der GKV-Spitzenverband setzt sich deshalb für die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Verwendung der bei den Kassen vorhandenen Routinedaten nach Maßgabe von im G-BA getroffenen Beschlüssen für verpflichtende und bundeseinheitliche sektorbezogene und sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren ein. Dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurden hierzu Vorschläge zur Anpassung der entsprechenden Paragraphen und Verfahrensvorschläge zur Umsetzung übermittelt. Als ein Anwendungsbeispiel unter vielen sei im Folgenden näher auf die Qualitätssiche-



rung im Bereich der Pflege mit dem Auftreten von Druckgeschwüren eingegangen.

II. Wie könnte bei zukünftiger Integration von Routinedaten unter Nutzung des Zusatzkennzeichens „bei Aufnahme vorhanden“ das dargestellte Verfahren zur Messung der Pflegequalität aufwandsarm und zuverlässig ablaufen?

Ein Ziel des Vorschlags ist die Konzentration der Dokumentation des Druckgeschwürs auf die Erfassung derjenigen Patienten, die entweder mit einem Druckgeschwür in das Krankenhaus aufgenommen wurden oder es im Krankenhaus erworben haben. Dabei bildet insbesondere die Gruppe der Patienten mit neu aufgetretenem Dekubitus die Behandlungsqualität des Krankenhauses ab. Durch ein verpflichtend zu kodierendes Zusatzkennzeichen „bei Aufnahme vorhanden“ könnten diese beiden Gruppen innerhalb derselben ICD-Gruppe aufwandsarm unterschieden werden. Die Unterscheidbarkeit kann neben der Auslösung einer morbiditätsgezielten Dokumentationsverpflichtung auch mehr Vergütungsgerechtigkeit schaffen. Die Unterscheidung beider Patientengruppen kann für die Relativgewichtsberechnung kostentrennend wirken und somit die Vergütung leistungsgerechter als gegenwärtig werden lassen.

Das Wichtigste für die Qualitätssicherung aber ist, dass der Dokumentationsballast von Behandlungsfällen ohne jedes Druckgeschwür (die genannten mehr als 900.000 von einer Mio. Bögen in 2009) entfallen könnte. Die ohnehin im Rahmen der Abrechnung erhobenen qualitätsrelevanten Begleiterkrankungen und Betreuungsleistungen auf den Intensivstationen können die notwendigen Informationen für eine faire Risikoadjustierung liefern. Darüber wäre die Verfahrensbeschränkung auf das Quartal und das Alter nicht mehr erforderlich. Es ließen sich alle betroffenen Patienten ohne Altersbeschränkung erfassen und das über alle Monate des Jahres hinweg. Die Aussagekraft stiege enorm.

III. Weiterentwicklung der Qualitätsmessung im Krankenhaus zu einer sektorenübergreifenden Qualitätsmessung

Zukünftig wird entsprechend dem gesetzlichen Auftrag die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (süQS) entwickelt werden müssen. Im ambulanten vertragsärztlichen Bereich ist eine verpflichtende einrichtungsvergleichende Qualitätssicherung bisher nicht etabliert. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde jedoch einge-



führt, in den verschiedenen Sektoren, soweit wie möglich, einheitlich und sektorenübergreifend Anforderungen für die Qualitätssicherung festzulegen. Der G-BA wird zukünftig für die vertragsärztliche Versorgung und für die zugelassenen Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung bestimmen. Durch die Nutzung von Routinedaten und eines Zusatzkennzeichens „bei Aufnahme vorhanden“ kann der Zusatzaufwand für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung gering gehalten werden.

Ein weiteres Beispiel für die erfolgversprechende Nutzung des Zusatzkennzeichens zur Etablierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist die Krankenhaushygiene. Neu aufgetretene Kolonisationen und Infektionen mit multiresistenten Keimen sollten sinnvollerweise von mitgebrachten unterschieden werden können. Dies sollte jedoch nicht mittels extra etablierter ICD-Gruppen geschehen, sondern auch hier könnte das Zusatzkennzeichen genutzt werden. Das heißt, dass bspw. ein bereits beim Hausarzt diagnostizierter Patient mit MRSA bei einer möglichen Einweisung schon bei der Aufnahme als solcher dokumentiert wird. Im Moment kann nicht unterschieden werden, ob ein medizinischer Zustand bereits bei Aufnahme vorhanden war oder erst während eines stationären Aufenthaltes erworben wurde. Das heißt, wird ein Patient mit der Diagnose MRSA in ein Krankenhaus eingeliefert, wird dies nicht unbedingt entsprechend dokumentiert. Das widerspricht dem gesetzlichen Auftrag nach § 137 SGB V, die Qualität sektorenübergreifend abzubilden. Zukünftig werden die Aufnahmediagnosen in der Abrechnungsdokumentation von den Entlassungsdiagnosen zu unterscheiden und auch verpflichtend vollständig zu dokumentieren sein.

IV. Technische Umsetzung des Zusatzkennzeichens „bei Aufnahme vorhanden“

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, ein universelles Zusatzkennzeichen für „bei Aufnahme vorhanden“ in den ICD-10-GM-Katalog einzuführen, welches potentiell jede Diagnose bezüglich des Vorhandenseins bei Aufnahme kennzeichnen kann. Ganz bewusst werden keine zusätzlichen ICD-Ziffern je Morbidität vorgeschlagen, da dies, im Gegensatz zum Zusatzkennzeichen, zu einer enormen Zunahme des Kodieraufwands führen würde. Die Dokumentation von „bereits vorhanden“ sollte sich nur auf die Diagnosen verpflichtend erstrecken, für die entsprechende Qualitätssicherungsverfahren des G-BA etabliert sind oder die Kostentrennung zu einer leistungsgerechteren Vergütung führen würde. So lange keine Verpflichtung zur Dokumentation für einzelne Diagnosen durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) festgelegt ist, verläuft die Dokumentation auf freiwilliger Basis.



Der G-BA hätte zu entscheiden, in welchem Verfahren welche Daten weiterhin über die gesonderte Datenerfassung und welche über Routineabrechnungsdaten von Behandlungsleistungen in die Qualitätssicherungsverfahren eingespeist werden sollen. Es ist sinnvoll, die Daten zu nutzen, die standardmäßig in den Krankenhäusern erhoben und übermittelt werden, d. h. Daten gemäß § 21 KHEntgG bzw. § 301 SGB V. Technisch ist dieses in der folgenden Art und Weise umsetzbar:

1. Erweiterung der Metadaten zur ICD-10 durch das DIMDI um eine Spalte „Kennzeichnung ‚Bei Aufnahme vorhanden‘“ mit den möglichen Kennzeichen „J“ = Ja und „N“ = Nein. Eine ähnliche Verschlüsselung wird im ICD bereits bei der Angabe von Seitenlokalisationen verwendet.
2. Zusätzlich Erweiterung des § 301-Datensatzes (analog des Feldes „Lokalisation“) um das Feld „Kennzeichen ‚Bei Aufnahme vorhanden‘“ mit einer neuen Schlüsselliste, die die drei Kennzeichen „J“ (bei Aufnahme vorhanden), „N“ (bei Aufnahme nicht vorhanden) und „U“ (unbekannt, ob bei Aufnahme vorhanden) enthält. Das Feld „Lokalisation“ ist im § 301-Datensatz ein „Kann-Feld“, das im Aufnahmesatz, in der Verlängerungsanzeige und in der Entlassanzeige jeweils im Zusammenhang mit den Diagnosen („HD“ = Hauptdiagnose, „ND“ = Nebendiagnose und Sekundärdiagnosen) aufgeführt wird. Dies sollte auch für das neue Feld „Kennzeichen ‚Bei Aufnahme vorhanden‘“ gelten. D. h. das Feld „Kennzeichen ‚Bei Aufnahme vorhanden‘“ sollte im § 301-Datensatz ebenfalls ein „Kann-Feld“ sein. Das Feld ist nur bei den Diagnosen, bei denen gemäß Metadaten des DIMDI eine Kennzeichnung erforderlich ist, verpflichtend zu übermitteln (analog Feld „Lokalisation“).

Der entscheidende Unterschied zu der jetzigen Verfahrensweise besteht darin, dass die Dokumentationspflicht ausschließlich für Patienten mit Druckgeschwüren ausgelöst wird und das Qualitätssicherungsverfahren differenziert nach „bereits bei Aufnahme vorhanden“ und „im Krankenhaus erworben“ gestaltet werden kann. Es wird nicht nur der bisherige Mehraufwand für die dokumentierenden Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonals mit den Dokumentationen der Patienten ohne jedes Druckgeschwür vermieden, sondern die Aussagefähigkeit des Verfahrens deutlich verbessert.

Der vorliegende Vorschlag ist weiterentwicklungsfähig in Abhängigkeit von der Fortentwicklung der Schweregradifferenzierung der im ICD-Katalog verschlüsselbaren Krankheiten. Auch wird die weitere Differenzierung mittels „bei Entlassung vorhanden“ derzeit nicht vorgeschlagen. Alternativ wäre für wenige zu dokumentierende Items auch ein zusätzlicher Kode, z. B. aus U69, zur Dokumentation besonderer Ereignisse verwendbar. In beiden Fällen wäre der Kodieraufwand aber zu hoch. Dieses wird als nicht sinnvoll eingeschätzt. Wir befürworten



daher zum jetzigen Zeitpunkt die Einführung eines einfachen Zusatzkennzeichens „bei Aufnahme vorhanden“ mit schrittweiser Anpassung des ICD-Kataloges zur Dokumentation von Schweregraden.

Ein weiterer Vorteil der Diagnosenkennzeichnung „bei Aufnahme vorhanden“ für qualitätssicherungsrelevante Diagnosen ist die bereits kurz erwähnte Möglichkeit zur leistungsgerechten Umverteilung von Erlösen. Hierbei kann es von kostentrennender Bedeutung sein zu unterscheiden, welche Diagnosen bei Aufnahme vorhanden sind und welche nicht. Ein sinnvoller Kostentrenner im DRG-System könnte z. B. das Vorhandensein des Dekubitus bei Aufnahme, die Infektion mit multiresistenten Keimen oder das Bestehen eines kardiogenen Schocks bei Herzinfarkt sein. Von daher ist die Dokumentation von Diagnosen, die im Krankenhaus erworben sind oder nicht, neben der Qualitätsrelevanz auch abrechnungstechnisch sinnvoll und sollte im Interesse der Krankenhäuser sein.

Dieser Vorschlag geht auch auf umfangreiche Erfahrungen in der Analyse von Routinedaten für medizinisch relevante Diagnosen in den USA zurück (vgl. Pine et al. Enhancement of Claims Data to Improve Risk Adjustment of Hospital Mortality. JAMA 297(1): 71-76. 2007), die dort zur Einführung eines „present on admission“ -Indikators (PoA-Indikator) durch Medicare geführt haben.

V. Perspektive der Qualitätsmessung

Insgesamt ist dieses Verfahren kurzfristig hilfreich für den Abbau von Bürokratie im Krankenhaus, weil weniger Qualitätssicherungsdokumentationen erforderlich sein werden, und das bei zugleich verbesserter Aussagekraft des Verfahrens. Es sollte eine umfassende Integration von Routinedaten in die Qualitätssicherungsverfahren des G-BA mit Teilablösung des bisherigen hohen Aufwands ermöglicht werden. Diese Informationen können so übermittelt werden, dass der Datenschutz für den einzelnen Patienten in jedem Falle gewährleistet bleibt. Langfristig könnte dieses Verfahren auch ein Zugang zu einer qualitätsorientierten Vergütung sein, bei der Krankenhäuser mit einer entsprechend besseren Qualität in der Behandlung finanziell besser gestellt werden. Langfristig stellt die Zusatzkennzeichnung somit eine wertvolle Information für die Qualitätssicherung in Krankenhäusern dar, was auch die Erfahrungen in den USA und anderen Ländern bestätigt haben.

