

Sämtliche Folien zu den Statements sind auf unserer Website unter dem Menüpunkt: Veranstaltungen / Ergebnisse und Folien aus den Workshops einzusehen.

Workshop 1.2

Qualitätssicherung und -management im Gesundheitswesen

Moderation: Dr. Otmar Kloiber, Bundesärztekammer

Statements: Burkhard Fischer, Bundesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung GmbH

Dr. Michael Held, AOK-Bundesverband (Beitrag nicht verfügbar)

Dr. Axel Meeßen, VdAK-AEV

Dr. Robert Schäfer, Ärztekammer Nordrhein (Beitrag nicht verfügbar)

Bericht: Dr. Regina Hümmelink, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Zusammenfassender Bericht:

Der Moderator Dr. Otmar Kloiber (BÄK) umriss die problematischen Rahmenbedingungen, unter denen Ärzte und medizinisches Personal heute arbeiten müssen. Er hob u. a. hervor, wie stark die Attraktivität des Arztberufs zurückgegangen ist. Hauptgründe dafür seien die wenige Zeit, die für den eigentlichen Arzt-Patientenkontakt übrig bleibe und der starke Anstieg der administrativen Tätigkeit. Ferner sei ihm bekannt, dass größere

Krankenhäuser beabsichtigten, aus den QS-Programmen auszusteigen, weil kein Feedback aus den Projekten erfolge und der administrative Aufwand zu groß sei.

Das erste Statement von Dr. Michael Held (AOK-BV) „Zukünftige externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V“ zielte genau darauf hin, dass die Daten für eine Qualitätssicherung aus den ohnehin vorhandenen Daten aus dem Abrechnungssystem gewonnen werden müssen. Nur für auffällige Bereiche sollten dann zusätzliche gesonderte Erhebungen stattfinden.

Das zweite Statement von Dr. Axel Meeßen (VdAK-AEV) „Qualitätssicherung und Technologiebewertung in der Telematik – warum und wie?“ machte sich den Aspekt des Nutzens der telematischen Anwendung zum Thema. Ziele seien die Steigerung der Versorgungsqualität, Verbesserung der Datentransparenz und wirtschaftliche Aspekte. In diesem Zusammenhang wurde ausführlich über Transparenz als eigenes Ziel und die Gemengelage von Zielkonflikten diskutiert.

Das dritte Statement von Herrn Burkhard Fischer (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) „Daten- und Prozessintegration für die externe vergleichende Qualitätssicherung“ zielte erneut auf die Akzeptanz beim Endanwender. Die Daten müssen direkt im Arbeitsprozess erhoben werden. Einmal eingegebene Daten sollen für mehrfache Nutzung zur Verfügung stehen. Es folgte eine Diskussion über Qualitätskriterien, Patientenzufriedenheit, Ergebnisqualitätsverbesserung und HTA (Health Technology Assessments).

Das letzte Statement von Dr. Robert Schäfer (Ärztekammer Nordrhein) reflektierte verschiedene Aspekte des derzeit praktizierten Qualitätssicherungsverfahrens:

- den hohen administrativen Aufwand,
- das unbefriedigende Feedback aus der externen Qualitätssicherung (kein Input für das interne Qualitätsmanagement).

Ausführlich diskutiert wurde die Notwendigkeit der Qualitätssicherung von Behandlungsketten, d. h. sektorübergreifende Beobachtungen und die dabei auftretenden Datenschutzprobleme. Hier könnte Pseudonymisierung eine Lösung darstellen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die mit konventionellen Methoden betriebene Qualitätssicherung ihre Machbarkeitsgrenze erreicht hat. Telematik wird nötig, um die ohnehin erfassten Daten auszutauschen.

Dr. Regina *Hümmelink*, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

WORKSHOP-DOKUMENTATION

Dr. Otmar Kloiber

Ich würde gerne ein paar Punkte über den Rahmen und die Bedingungen nennen, in denen Arbeit der Gesundheitsberufe, nicht nur der Ärzte, sondern auch der Krankenschwestern und Pfleger, momentan stattfindet.

Es sind einige Beobachtungen, die wichtig sind, um einzuordnen, was Qualitätssicherung leisten kann – auf welcher Ebene sie steht. Sehr fundamentale Aussagen denke ich:

Erstens: Vielleicht hatten einige von Ihnen die Gelegenheit als Besucher oder auch als Patient in westdeutsche Krankenhäuser hinein zu schauen – ich nehme einmal Bayern von dieser Betrachtung aus, weil Bayern hat in den letzten 10 Jahren noch relativ gut in Krankenhäuser investiert hat. Wenn wir also in den stationären Sektor schauen, dann wird Ihnen vielleicht aufgefallen sein, dass viele von unseren Krankenhäusern, die wir in Westdeutschland haben, nicht mehr das sind, was wir eigentlich erwarten: nämlich moderne Einrichtungen, die gut ausgestattet sind, die ein für die Gesundung notwendiges, positives Umfeld darstellen. Diese Einrichtungen sind inzwischen zum großen Teil veraltet. Und wenn mich mein Eindruck nicht ganz täuscht, dann haben manche Krankenhauswände auch vor 10 Jahren den letzten Farbeimer gesehen. Es sind schlicht und ergreifend sehr viele Einrichtungen, die große Investitionen notwendig haben und das was

sich dort an Äußerlichkeiten manifestiert reicht natürlich sehr tief. Es reicht bis in die Strukturen, die von außen nicht sichtbar sind. Auch in diesen Strukturen ist in den letzten 10 Jahren nicht mehr investiert worden, oder sagen wir, zumindest nicht in dem Maße, wie es eigentlich sein müsste und sein sollte.

Die neuen Bundesländer stellen eine Ausnahme dar, weil dort neue Einrichtungen geschaffen wurden. Aber im Westen ist die Basis nun leider einmal anders; und darauf müssen wir aufbauen, daran müssen wir denken und damit operieren.

Zweitens: Im ambulanten Bereich wurde durch die Gesetzgebung die Kostenschraube immer mehr nachgestellt. Das mag man zunächst einmal begrüßen, man mag auch der Meinung sein, dass es nicht schlimm ist, wenn z.B. die Einkommen dort real gesunken sind. Ich rede nicht nur von den Arzteinkommen, ich rede auch von den Einkommen der Arzthelferinnen, der anderen in diesem Bereich abhängig Beschäftigten. Ich rede auch davon, dass dort in den letzten Jahren bereits Stellen verloren gegangen sind – und zwar in nennenswertem Umfang.

Drittens: Die Attraktivität der Gesundheitsberufe ist in den letzten Jahren gesunken – wir haben das soeben von Herrn Prof. Rienhoff gehört und ich kann das auch nur bestätigen. Sogar unsere Statistiken, und das hat uns erstaunt, zeigen eine sinkende Attraktivität der Gesundheitsberufe in Deutschland. Besonders die Attraktivität des Arztberufes ist zurückgegangen. Genau gesagt: Sie ist drastisch zurückgegangen! Von den

ungefähr 11.000 Studenten die jedes Jahr ein Staatsexamen ablegen und eine Approbation erhalten könnten, tauchen als Arzt mittlerweile nur noch etwa 7-8000 auf. Wir wissen nicht genau, was die anderen machen, auf jeden Fall arbeiten sie nicht als Ärzte. Und wir haben inzwischen eine quantitative Migration von Ärzten aus Deutschland heraus. Während das früher die jungen Ärzte waren, die entweder aus Karrieregründen; oder weil sie keinen AiP-Platz (Arzt-im-Praktikum) bekamen, nach Großbritannien, in die USA oder auch nach Frankreich gegangen sind, sind es heute etablierte Ärzte, die aus ungekündigten Arbeitsverhältnissen abwandern. Und wenn Sie diese Ärzte fragen: „Warum willst du überhaupt weggehen? Du hast doch eine Position, die einigermaßen gut bezahlt ist.“, dann sagen die Ihnen, entschuldigen Sie, wenn ich das so ungeschminkt wiedergebe: „Wir haben die Schnauze voll!“

Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten sind unerträglich geworden und nicht nur das: Obwohl sie viel arbeiten müssen, haben die Ärzte immer weniger Zeit, um mit ihren Patienten zu sprechen und sie zu behandeln. Stattdessen sind immer mehr Formulare auszufüllen, werden immer mehr Befragungen durchgeführt, muß immer mehr administrative Arbeit gemacht werden. Es ist so viel, dass diese administrative Arbeit inzwischen die tatsächliche Behandlungszeit und Zeit mit dem Patienten bei weitem übersteigt. Es ist richtig – in anderen Ländern gibt es nicht unbedingt mehr Geld, aber man man eine 40 Stunden-Woche und nach diesen 40 Stunden darf man sogar nach Hause, zu seiner Familie. Oder, wenn man mehr arbeiten möchte, bekommt man die Mehrarbeit bezahlt.

Das sind die Umstände, in denen wir uns in Deutschland befinden. Es ist keineswegs mehr so rosig, wie das vor einigen Jahren vielleicht noch aussah. Die Situation ist inzwischen sehr schwierig geworden und ich habe jetzt in den letzten Tagen auch gehört, dass einige von den größeren Kliniken darüber nachdenken oder dies teilweise auch schon getan haben, aus Qualitätssicherungsprojekten auszusteigen, weil sie ganz einfach den administrativen Aufwand scheuen und nicht mehr durchführen wollen. Weil sie sehen, dass die Ärzte keine Zeit mehr dafür haben, und weil sie beklagen, dass sie aus den Projekten – und das ist auch eine wichtige Frage – kein Feedback bekommen. D.h. sie können aus den Projekten nichts lernen. Es wäre schön, wenn wir vielleicht das eine oder andere in unserer Diskussion dazu hören können.

Ein letzter Punkt: Wir stehen seit ein paar Tagen vor der Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) in Deutschland. Einem System, das Organisation und Betriebswirtschaftlichkeit im Krankenhaus voran bringen soll. Ein System, das sehr viele Daten produzieren wird, die aber alle in Fragen der Qualitätssicherung nur zweifelhaft verwendbar sind. Möglicherweise werden sie auch nur marginal verwendbar sein. Jedenfalls ist das die Erfahrungen aus anderen Ländern: Aus DRG-Daten läßt sich nur bedingt Information für die medizinische Qualitätssicherung gewinnen.

Vielleicht können wir am Ende dieser Sitzung ein bisschen klarer sehen, wo uns in Zukunft Qualitätssicherungsprogramme und Methoden hinführen können, damit wir eine bessere Medizin leisten können. Und vielleicht werden wir dann auch sehen, das gerade die Informatik uns helfen kann, die

Teile und Aspekte der Qualitätssicherung in das Gesamtsystem zu integrieren.

Dr. Axel Meeßen:

Der FoKus, den ich jetzt gerne setzen möchte, ist weniger der, wo Telematik und telematische Projekte für Qualitätssicherung hilfreich sein können, sondern ich möchte gerne einmal das Umgekehrte beleuchten. Wo kann Qualitätssicherung im weiteren Sinne hilfreich sein für eine gute Qualität in der Telematik und wie beurteilt man gute Qualität in der Telematik?

Nutzen der Telematik sollte Steigerung der Versorgungsqualität bedeuten, also – was kommt auch spürbar an besserer Qualität beim Patienten an? Telematik sollte zu mehr Datentransparenz führen und zur Mobilisation von Wirtschaftlichkeitsreserven. Wenn man das im Hinterkopf hat, muss man sich natürlich fragen, wie misst man das eigentlich? Was gibt es für Kriterien, gute Telematik zu messen? Dass z. B. die Industrie auch zu Kassen kommt und sagt: „Wir haben da ein ganz tolles Projekt, das ist ein telematisches Projekt, mit dem kann man dieses und jenes machen.“ Das allein wird nicht mehr genügen, um auch am Markt zu bestehen. Telematisch allein genügt nicht. Es muss so etwas geben wie spürbare Verbesserung. Die Schlagworte Über-, Unter- und Fehlversorgung sind spätestens seit dem letzten Sachverständigengutachten im Gespräch. D. h. Telematik kann und muss einen Beitrag leisten zum Abbau von Über-,

Unter- und Fehlversorgung. Dann sind im Sozialgesetzbuch bestimmte Dinge festgelegt, an denen kann in der gesetzlichen Krankenversicherung niemand vorbeischaun, d. h. die Leistungen der GKV müssen notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Und völlig klar – und da wird auch niemand widersprechen – sie müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Das zeigt dann aber, dass bei der Beurteilung von Telematik, von Telematiktechnologien, eben auch Ressourcen mitberücksichtigt werden müssen, dass die Telematik sich also in einem Spannungsfeld bewegt, dass da Innovation ist, dass da aber auch der Nutzen und die Kosten mitberücksichtigt werden müssen.

In Zukunft wird es so sein wie auch bei anderen Verfahren, dass auch für telematische Verfahren Bundesausschuss Ärzte / Krankenkassen und auch der Ausschuss Krankenhaus hinzugezogen werden, Telematikverfahren in ihrer Güte zu bewerten und letztendlich auch zu bewerten, ob sie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfen. Dann fragt man sich: Mit welchen Instrumenten werden da eigentlich Entscheidungen getroffen? Was gibt es für Methoden und Werkzeuge, der sich die Ausschüsse bedienen? Und da gibt es natürlich so altbekannte Instrumente wie Auswertung von Datenbanken, Literaturrecherchen, Stellungnahmen, Gutachten, Reviews. Aber es gibt auch so etwas wie HTA-Berichte – und das ist der Punkt, auf den ich jetzt hier gerne den Fokus legen möchte. Das sind sog. Health-Technology-Assessmentberichte. Das Besondere an diesen HTA-Berichten ist: Bei der Bewertung von Technologien fokussieren diese HTA-Berichte eben nicht auf einzelne Aspekte, sondern HTA-Berichte erzeugen eine umfassende Bewertung entweder alter Technologien, aber

auch neuer Technologien unter ganz verschiedenen Gesichtspunkten. Dann gibt es eben nicht nur die medizinischen, sondern es gibt auch so etwas wie psychosoziale, finanzielle, ethische, rechtliche und auch organisatorische Gesichtspunkte, die insgesamt in die Bewertung von Technologien miteinbezogen werden.

In Zukunft – damit bin ich bereits am Schluss – wird es so sein, dass Telematikanwendungen, die auf dem Markt – auf dem privaten Markt oder in der GKV – bestehen wollen, beweisen müssen, dass sie sowohl ökonomischen als auch medizinischen Nutzen bringen, und das dauerhaft.

Burkhard Fischer:

Für diesen Workshop habe ich ein ganz konkretes Thema herausgegriffen aus dem großen Bereich der Qualitätssicherung, das aktuell die meisten Berührungspunkte zur Gesundheitstelematik hat. Es ist sozusagen die Vorstufe zur telematischen Anwendung "externe vergleichende Qualitätssicherung". Dieser Bereich, in dem wir zunächst die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Telematikanwendung Qualitätssicherung schaffen müssen, ist die Daten- und Prozessintegration im Krankenhaus. Nur mit einer solchen Integration ist eine vergleichende Qualitätssicherung mit vertretbarem Aufwand zu leisten. (Folie 1)

Zunächst einmal möchte ich kurz zu unserer Organisation etwas sagen, der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH, und zu unserer Vision: "Die BQS macht Qualität im Gesundheitswesen für Patienten und Akteure sichtbar. Sie ist der Qualitätsverbesserung und damit dem Wohl der Patienten verpflichtet." Das Sichtbarmachen von Qualität im Gesundheitswesen ist also unsere Hauptzielsetzung.

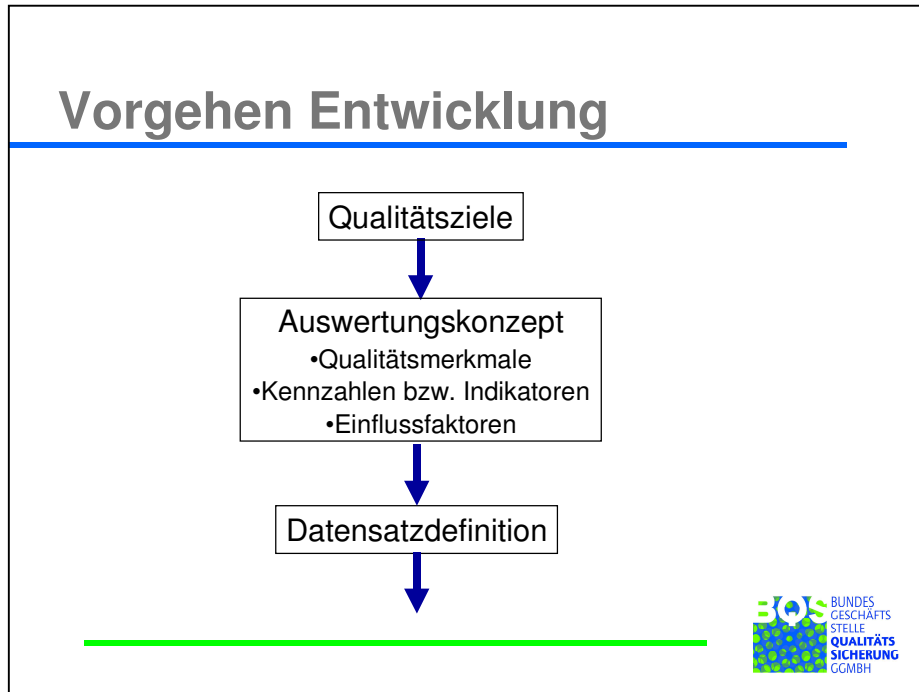
Die Situation für die externe vergleichende Qualitätssicherung im stationären Bereich ist so, dass für die 2300 Krankenhäuser in 25 Leistungsbereichen – im Moment umfasst das 2,8 Mio. Krankenhausleistungen und damit 20 % der stationären Leistungen – Qualitätssicherungsmaßnahmen verbindlich eingeführt sind. Diese hat die BQS bereits zu ihrer Gründung durch die Verträge der Selbstverwaltung mit auf den Weg bekommen. Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen ermöglichen den teilnehmenden Krankenhäusern, ihre medizinische Leistung nach Qualitätsaspekten untereinander zu vergleichen.

Die Maßnahmen erstrecken sich im Moment im Wesentlichen auf zwei Bereiche, die Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten und die Qualitätssicherung Herz. Darüber hinaus ist geplant, eine Qualitätssicherung Transplantationsmedizin einzuführen für einen zahlenmäßig nicht so umfangreichen Leistungsbereich, der aber vom Ressourcenverbrauch und vom Risiko sicherlich sehr wichtig ist. Es gibt weitere Projekte, die eher am Rande der externen vergleichenden

Qualitätssicherung angesiedelt sind und die eine integrierte Form der Qualitätssicherung ermöglichen, z. B. das Herzschrittmacher-Register.

Ich möchte jetzt einführend den Begriff der externen vergleichenden Qualitätssicherung darstellen und zwar einfach aus der Perspektive des Entwicklungsprozesses.

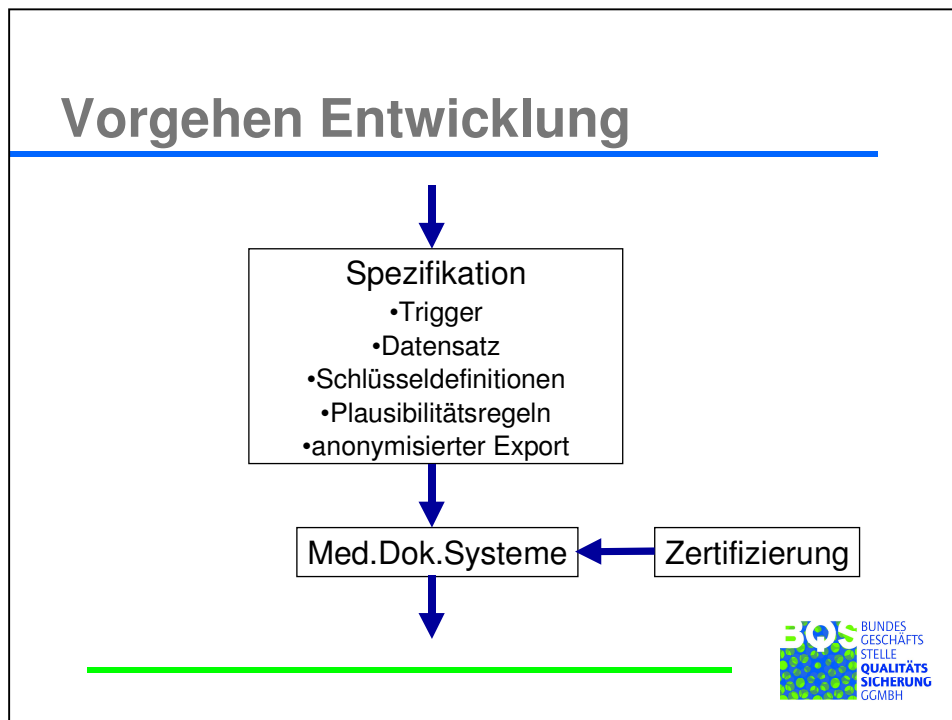
Projekte werden bei der BQS nach einer bestimmten Reihenfolge angegangen. In Fachgruppen bzw. Expertengruppen werden Qualitätsziele für einzelne Leistungsbereiche definiert: "Gute Qualität bei der ... ist es, wenn ..." – und dazu gehören Prozessziele – also z. B. "... wenn die Strahlenbelastung für den Patienten niedrig ist" – genauso wie Ergebnisziele – z. B. "... wenn die Risiko-adjustierte Mortalität niedrig ist". Die so identifizierten Qualitätsziele werden. Das Ganze wird dann in ein Auswertungskonzept übersetzt. Qualitätsmerkmale, die diesen Zielen entsprechen, das sind also die Kenngrößen, an denen dann Qualität gemessen wird. Man spricht in der Regel von Qualitätsindikatoren. Dazu werden dann noch Einflussfaktoren identifiziert, die zu berücksichtigen sind, um Qualität gerecht darzustellen und damit die Vergleiche fair zu gestalten. Erst wenn wir das haben – d. h. Qualitätsziele und Auswertungskonzept, dann erst wird daraus der Datensatz abgeleitet.



Dieser Datensatz geht – und jetzt kommen wir mehr ins Technische, in die Umsetzung der telematischen Anwendung – in eine Spezifikation für Krankenhaus-Anwendungssoftware ein. D. h. hier werden für Krankenhausinformationssysteme, für medizinische Dokumentationssysteme, für QS-Software Anforderungen zusammengefasst, wie: wann ist zu dokumentieren, was ist zu dokumentieren, welchen Plausibilitätsregeln müssen die Daten genügen und wie sind die Daten datenschutzgerecht zu anonymisieren.

Diese Anforderungen werden von den Softwareanbietern – außerhalb des Verantwortungsbereiches der BQS – in medizinische Dokumentationssysteme integriert. Darauf, welche Zielsetzung aus unserer

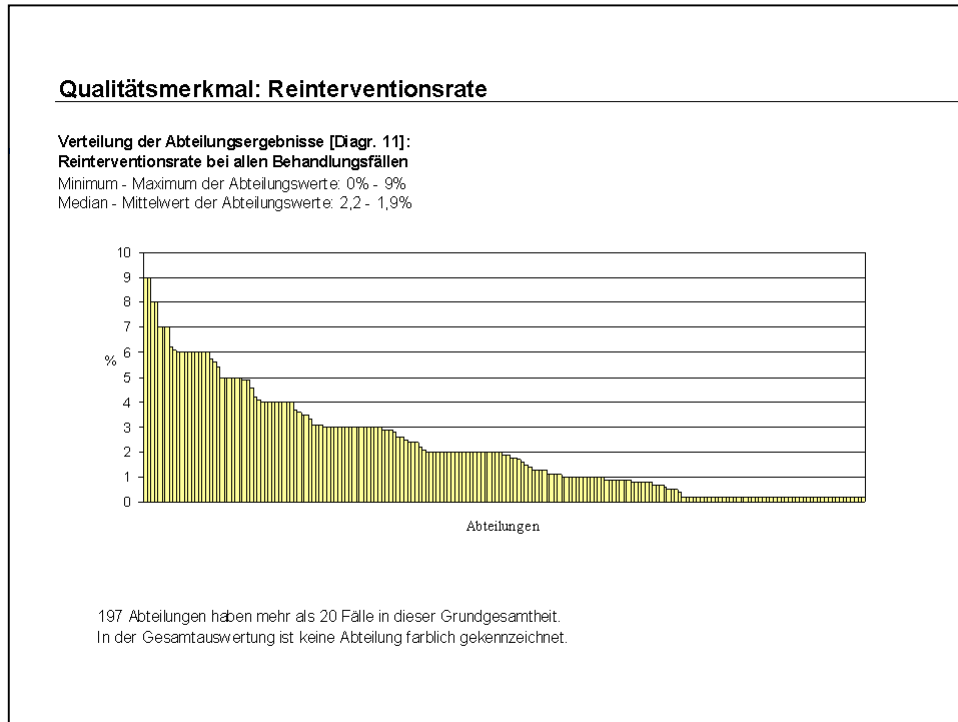
Sicht dabei die richtige ist, werde ich gleich näher eingehen. Die BQS bietet voraussichtlich ab Sommer diesen Jahres ein Zertifizierungsprogramm an, das die Umsetzung in die Krankenhaus-Anwendungssoftware durch Ihre Hersteller prüft. Das Zertifikat wird erteilt, wenn die BQS-Spezifikation erfüllt ist, also die exportierten Qualitätssicherungsdaten den dort gestellten Anforderungen entsprechen.



Im Krankenhaus werden die Daten erfasst, auf Plausibilität geprüft und anonymisiert. Die Daten gehen dann an eine Datenentgegennahmestelle. Das sind entweder Auswertungsstellen, die auf der Landesebene angesiedelt sind oder bei einigen Verfahren z. B. Qualitätssicherung Herzchirurgie direkt auf der Bundesebene. Auf der Basis der Auswertungskonzepte

werden die zusammengeführten Daten ausgewertet. Mit dieser Auswertung schließt sich wieder der Kreis zurück zu den Qualitätszielen, die ganz am Anfang des Entwicklungsprozesses standen.

Das Beispiel zur Reinterventionsrate bei Schenkelhalsfraktur zeigt, wie dann eine grafische Darstellung des Qualitätsvergleichs aussieht. Für die einzelnen Abteilungen ist hier ein Qualitätsmerkmal aufgetragen und man sieht die Verteilung für dieses Merkmal. Wenn ein einzelnes Krankenhaus diese Auswertung bekommt, ist eine Säule rot markiert, die die Ausprägung des Qualitätsmerkmals in der eigenen Abteilung zeigt. Links davon sind die Krankenhäuser, die "schlechter" sind als das eigene Haus; rechts sind die, die "besser" sind. Wichtig ist, dass man diese Ergebnisse natürlich richtig interpretieren können muß. Die Auswertungen gehen zum Einen an die Krankenhäuser und zum Anderen an die Arbeitsgruppe auf der Landesebene oder die Fachgruppe auf der Bundesebene, die die Krankenhäuser in einem strukturierten Dialog über diese Ergebnisse fachlich begleiten.



Nach diesem Überblick möchte ich jetzt zu meinem Schwerpunktthema der Daten- und Prozessintegration zurückkommen. Ein wichtiger Punkt für das reibungslose Funktionieren der externen Qualitätssicherung ist, dass die Dokumentation keinen großen zusätzlichen Aufwand für die Krankenhausärzte, für die Krankenschwestern darstellt, die täglich dokumentieren müssen, dass die Datenerhebung integriert in die normalen Dokumentationssysteme erfolgt.

Wir haben im Moment häufig die Situation, dass es Abrechnungssysteme gibt, in die Daten erfasst werden. Dann gibt es medizinische Dokumentationssysteme und jetzt kommt auch noch dieser Qualitätssicherungsbogen dazu, so wie Herr Held das soeben gesagt hat. Das

ist natürlich Gift für die Akzeptanz der Qualitätssicherung gerade in der aktuellen Zeit von Bleistift- und Computerstreiks.

Es ist nicht so, dass die Krankenhäuser diese Papierbögen, die Sie vorher bei Herrn Held gesehen haben, jetzt noch ausfüllen müssen, sondern sie übermitteln einen elektronischen Datensatz. Je intelligenter dieser Datensatz entsteht – integriert entsteht –, desto geringer wird der Aufwand sein. Inhaltlich gibt es eine starke Überlappung der Qualitätssicherungsdaten mit den Daten in der medizinischen Dokumentation und den administrativen Systemen. Der Umfang, in dem eine zusätzliche Erfassung nötig ist, ist verschwindend gering. Es wird dies nur in wenigen Bereichen geben, z. B. dort, wo einzelne Sachverhalte im eigenen Haus normalerweise anders dokumentiert werden, als sie in der Qualitätssicherungsdokumentation abgefragt werden. Das Ganze kann man dann unter zwei Aspekten betrachten, einmal die Datenintegration, dass Daten nur einmal eingegeben werden in das elektronische Dokumentationssystem und mehrfach zu nutzen sind und das andere ist die Prozessintegration, dass die Daten am Ort und zum Zeitpunkt der Entstehung erhoben werden. (Folie 12)

Hier komme ich zu dem im Einleitungsstatement Gesagten zurück. Die Situation in den deutschen Krankenhäusern ist, was das Vorhandensein und die Integration von Informationssystemen angeht, häufig desolat. Die Verbreitung medizinischer Dokumentationssysteme und ihre elektronische Integration in das KIS ist, auch auf Grund der nicht ausreichenden Investitionen im Bereich der Informationssysteme, sehr schlecht. Aber das hängt auch damit zusammen, dass Krankenhäuser häufig eine große

Resistenz gegen Prozessorganisation und Integration von Prozessen zeigen. Das sind jedoch Voraussetzungen dafür, dass man das was ich zuvor dargestellt habe, nämlich eine Daten- und Prozessintegration, auch schaffen kann und tatsächlich erreicht.

Es ist die Aufgabe des einzelnen Krankenhauses, diese Prozessintegration anzugehen, d. h. die Dokumentation so zu gestalten, dass die externe vergleichende Qualitätssicherung mit abgedeckt wird, die Prozesse so zu gestalten, dass mit der Routedokumentation auch die externe vergleichende Qualitätssicherungsdokumentation gleich erledigt ist. Die Softwareanbieter unterstützen die Krankenhäuser hierbei. Das ist sicherlich eine vereinfachte Darstellung des nötigen Weges.

Wir haben die Erfahrung machen müssen, dass es zwar eine Reihe von kleinen Krankenhausinformationssystemanbietern gibt, die sich sehr intensiv um die Daten- und Prozessintegration der Qualitätssicherungsdokumentation kümmern. Aber viele – gerade die großen – kümmern sich leider wenig darum. Dort werden häufig getrennte Systeme eingebunden und die Schnittstellen sind so schmal, dass sie zum Teil nur in der Übergabe einer Aufnahmenummer bestehen. Damit ist der verbleibende zusätzliche Dokumentationsaufwand für die Qualitätssicherung groß. Es ist praktisch – wie ich vorher gezeigt habe – eine zusätzliche Dokumentation notwendig.

Wir, die BQS, unterstützen Krankenhäuser und Softwareanbieter, indem wir eine Spezifikation herausgeben, mit der die Qualitätssicherungsdokumentation integriert werden kann in die normale

Erfassung. Die einzelnen Eingaben kann man dann in der Routinedokumentation dort platzieren, wo sie anfallen. Die Prozesse der KIS und der einzelnen Krankenhäuser sind unterschiedlich. Die zertifizierten Softwareprodukte werden gezeigt haben, dass die Daten, die aus diesem System exportiert werden, tatsächlich den Anforderungen genügen, die wir an sie stellen, um Qualitätsvergleiche, wie ich sie vorhin gezeigt habe, tatsächlich durchführen zu können. Diese Vergleiche brauchen Vergleichbarkeit und je nachdem wie das Instrumentarium gestaltet ist, könnten ohne einheitliche Anforderungen der Spezifikation Verzerrungen in den Daten und dann auch in den Ergebnissen auftreten.

Zusammengefasst: Die Dateneingabe für die Qualitätssicherung sollte im wesentlichen über die Primärdokumentation in das Qualitätssicherungs- oder das medizinische Dokumentationsmodul erfolgen. Die Übernahme von Daten in das QS-Modul sollte möglichst groß sein. Die Nacherfassung zusätzlicher Daten für die Qualitätssicherung sollte möglichst gering sein.

Das war der kurze Einstieg in den Bereich externe vergleichende Qualitätssicherung als Telematikanwendung. Sie haben gesehen, die Krankenhäuser stehen hier noch ganz am Anfang einer Entwicklung. Wenn wir den Punkt der Integration erreicht haben, d. h. die Qualitätssicherungsdokumentation den Aufwand nicht mehr darstellt, dann wird auch eine größere Akzeptanz geschaffen. Dann werden wir mehr über die Ergebnisse reden können und weniger über den Aufwand der Datenerfassung.