

10 Datenzugang für die Qualitätsmessung in der akutstationären Krankenhausversorgung

Ulrike Nimptsch, Matthias Schömann und Thomas Mansky

Mit der Einführung des DRG-Systems, das Krankenhausleistungen auf der Grundlage von dokumentierten Patienten- und Behandlungsinformationen pauschal vergütet, sind in den administrativen Datenbeständen der Krankenhäuser umfassende Informationen in standardisierter elektronischer Form verfügbar geworden. Da diese Abrechnungsdaten (sog. DRG-Daten) in allen Krankenhäusern, die dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegen, erhoben werden und auf der Grundlage des § 21 KHEntgG an zentraler Stelle zusammengeführt werden, ist in Deutschland ein Datenbestand verfügbar, der das akutstationäre Versorgungsgeschehen nahezu vollständig abbildet.

Unter der derzeitigen Ausgestaltung des § 21 KHEntgG sind die Möglichkeiten zur Nutzung dieser Daten auf bestimmte Nutzungsberechtigte und bestimmte Nutzungszwecke beschränkt. Eine weitergehende Nutzung der deutschlandweiten DRG-Daten könnte jedoch zusätzliche Möglichkeiten zur Qualitätsmessung in der akutstationären Krankenhausversorgung eröffnen und damit zur Qualitätstransparenz und zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen beitragen.

Der vorliegende Beitrag beschreibt die Entstehung und die Eigenschaften der DRG-Daten und zeigt die derzeitigen Nutzungsmöglichkeiten des Datenbestandes gemäß § 21 KHEntgG. Es wird erläutert, welches Potenzial die deutschlandweiten DRG-Daten über die derzeitigen Nutzungsmöglichkeiten hinaus bieten könnten und welche gesetzlichen Änderungen für eine erweiterte Nutzung erforderlich wären.

10.1 Entstehung der DRG-Daten

In den Jahren 2003 und 2004 wurde zur Vergütung der akutstationären Krankenhausleistungen in Deutschland das fallpauschalierende Vergütungssystem

der Diagnosis Related Groups (DRG) eingeführt. In diesem Vergütungssystem wird ein Krankenhausfall auf der Grundlage von Diagnosen, Prozeduren, administrativen und demografischen Merkmalen und weiteren Informationen in eine Fallpauschale eingruppiert, die die Höhe des Entgeltes bestimmt. Dies hat zur Folge, dass die genannten Informationen Bestandteil der Rechnung für einen Krankenhausfall sind und standardisiert elektronisch erfasst werden müssen.

Im Unterschied zu anderen Industrienationen ist das DRG-System in Deutschland nicht auf bestimmte Versicherungsarten, Patientengruppen oder Krankenhäuser beschränkt. Der DRG-Abrechnungssystematik unterliegen die stationären Leistungen aller Krankenhäuser im Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG. Mit Ausnahme der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung und zahlenmäßig wenig bedeutsamen weiteren Ausnahmen werden daher nahezu alle akutstationären Krankenhausleistungen nach diesem Entgeltsystem abgerechnet. Im internationalen Sprachgebrauch handelt es sich damit um ein „All-Patient-/All-Payer“-System.

Das deutsche DRG-System ist ein All-Patient-/All-Payer-System.

Die Datenerhebung in den Krankenhäusern dient in erster Linie der Abwicklung des elektronischen Rechnungs- und Zahlungsverkehrs zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Dafür werden die erforderlichen Daten auf der Grundlage des § 301 SGB V einheitlich und standardisiert dokumentiert und übermittelt. Aufgrund der einheitlichen Abrechnungssystematik kommt dieses Verfahren nicht nur für gesetzlich Krankenversicherte zur Anwendung, sondern auch im Rechnungs- und Zahlungsverkehr mit privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Unfallversicherungen.

Die Dokumentation der patientenbezogenen administrativen und medizinischen Daten in den Krankenhäusern erfolgt elektronisch in den Krankenhausinformationssystemen. Die medizinischen Inhalte, also insbesondere Diagnosen und Prozeduren, werden von den behandelnden Ärzten und Pflegekräften oder von speziell für diesen Zweck beschäftigten Kodierfachkräften dokumentiert (Grobe et al. 2014). Hierfür gelten einheitliche Kodierrichtlinien, die eine vergleichbare Dokumentation der entgeltrelevanten Behandlungsdaten gewährleisten sollen. Darin ist insbesondere definiert, nach welchen Kriterien Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und signifikante Prozeduren verschlüsselt werden. Die entgeltrelevanten Inhalte von Krankenhausabrechnungsdaten werden mehrfach geprüft. Im Vorfeld der Rechnungslegung prüft in der Regel das krankenhausinterne Medizincontrolling, das für das Erlösmanagement verantwortlich ist, die Vollständigkeit und Richtigkeit der Dokumentation. Nachdem die Rechnung übermittelt wurde, prüfen auch die Krankenkassen die Datensätze auf ihre Plausibilität. In Verdachtsfällen werden gesonderte Prüfungen, z.B. durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), an-

hand von Informationen aus der Krankenakte durchgeführt. Im Jahr 2013 wurde der Anteil der stationären Krankenhausabrechnungen, die durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen einer Einzelfallprüfung unterzogen wurden, auf durchschnittlich 12% geschätzt (Auhuber u. Hoffmann 2015).

Die Krankenhausabrechnungsdaten liegen sowohl bei den Krankenhäusern für die von ihnen behandelten Patienten vor, als auch bei den Krankenkassen, für die bei ihnen versicherten Personen. Daneben werden die Daten aller Krankenhäuser und aller Behandlungsfälle an einer zentralen Stelle zusammengeführt: Einmal jährlich übermitteln die Krankenhäuser auf der Grundlage des § 21 KHEntgG ihre Daten an die Datenstelle beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des DRG-Vergütungssystems beauftragt ist. Die Datenlieferung erfolgt in einem definierten Datenformat und umfasst neben den Strukturdaten des Krankenhauses die vollständigen fallbezogenen Abrechnungsdaten. Das InEK fungiert in diesem Zusammenhang gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG auch als Datenstelle auf Bundesebene und prüft die gelieferten Daten auf ihre Vollständigkeit und verschiedene technische und inhaltliche Plausibilitätskriterien (InEK 2017). Gemäß § 21 Abs. 5 KHEntgG werden Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen, mit Abschlägen sanktioniert, die im Rahmen der Pflege-satzverhandlungen mit den Krankenkassen zur Wirkung gebracht werden. Daher ist die Vollständigkeit der Datenlieferungen hoch.

Erstmalig fand die Datenübermittlung gemäß § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2002 statt. Mit diesem zusammengeführten Datenbestand verfügt Deutschland über ein nahezu vollständiges Register aller akutstationären Krankenhausbehandlungen.

Der Datenbestand gemäß § 21 KHEntgG ist ein nahezu vollständiges Register aller akutstationären Krankenhausbehandlungen in Deutschland.

10.2 Eigenschaften der DRG-Daten und Analysemöglichkeiten

Die Bezugsgröße in den Daten ist jeweils der Krankenhausfall, also eine Behandlungsperiode von der Aufnahme bis zur Entlassung eines Patienten, für die eine Rechnung gestellt wird.

Die Krankenversichertennummer, die im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung einheitlich und lebenslang unveränderlich vergeben wird, ist in den Daten enthalten. Neben demografischen Angaben (z.B. Alter bei Aufnahme, Geschlecht, Postleitzahl des Wohnortes) sind verschiedene administrative Informationen enthalten. Diese umfassen u.a. den Aufnahmearnass (z.B. Einweisung, Notfall, Verlegung aus einem anderen Krankenhaus) und die Entlassungsart (z.B. regulär entlassen, verlegt oder verstorben), die Art der

behandelnden Fachabteilung/-en und die Anzahl der Belegungstage. Haupt- und Nebendiagnosen sind nach der International Classification of Diseases, German Modification (ICD-10-GM), Prozeduren nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert. Daneben sind bestimmte weitere medizinische Angaben enthalten, die zur Ermittlung der DRG-Fallpauschale notwendig sind. Dabei handelt es sich um die Anzahl der Stunden maschineller Beatmung bzw. das Aufnahmegewicht bei Neugeborenen. Da all diese Informationen auf der Fallebene zur Verfügung stehen, ist es möglich, komplexe Falldefinitionen anhand von beliebigen Merkmalskombinationen aus Haupt- und Nebendiagnosen, Prozeduren und weiteren Angaben zu spezifizieren.

Zu jedem Behandlungsfall ist das Institutionskennzeichen und ggf. ein Standortkennzeichen des behandelnden Krankenhauses dokumentiert. Somit sind auch krankenhausbezogene Analysen prinzipiell möglich.

Da die DRG-Daten eine Vollerhebung der Krankenhausfälle in Krankenhäusern gemäß § 1 KHEntgG darstellen, sind sie in Bezug auf die meisten Krankheitsbilder bzw. Behandlungen in der akutstationären Versorgung als nahezu vollständig zu werten. Ein Bevölkerungsbezug kann z.B. durch die Berechnung von Raten pro 100.000 Einwohner hergestellt werden. Beachtet werden muss jedoch, dass diese Daten ausschließlich die vollstationäre Versorgung abbilden. Ambulante Krankenhausbehandlungen werden mit diesem Datenbestand nicht erfasst. Deshalb eignen sich die DRG-Daten insbesondere zur Untersuchung von Versorgungsleistungen, die vorwiegend oder ausschließlich stationär durchgeführt werden, wie die Behandlung schwerer akuter Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt oder Schlaganfall) oder größere Operationen. Aufgrund des Fallbezugs ist der Beobachtungszeitraum auf den Krankenhausaufenthalt begrenzt. Ein typischer Outcome-Parameter von Analysen der DRG-Daten ist die Krankenhaussterblichkeit, die über den Entlassungsgrund „Tod“ operationalisiert wird (Nimptsch et al. 2014).

10.3 Vor- und Nachteile der Daten gemäß § 21 KHEntgG im Vergleich zu anderen Datenbeständen

Der Wert des Datenbestandes gemäß § 21 KHEntgG liegt im Wesentlichen in seiner Vollständigkeit und dem Abdeckungsgrad. Dies ist ein Vorteil gegenüber den Datenbeständen der Krankenkassen, denen die gemäß § 301 SGB V übermittelten Abrechnungsdaten aus der Krankenhausversorgung nur für ihre eigenen Versicherten vorliegen. So beziehen sich beispielsweise die Analysen aus dem QSR-Verfahren nur auf AOK-Versicherte und können damit immer nur eine Teilpopulation der Behandlungsfälle eines Krankenhauses abbilden. Allerdings verfügen die Krankenkassen über die Möglichkeit, anhand der Krankenversichertennummer mehrere Behandlungsepisoden und/oder Abrechnungsdaten aus anderen Versorgungsbereichen versichertenbezogen miteinander zu verknüpfen. Damit können längsschnittliche Behandlungsverläufe analysiert werden. Da der Krankenkasse auch bekannt wird,

wenn ein Versicherungsverhältnis aufgrund des Versterbens eines Versicherten endet, können mit den Datenbeständen der Krankenkassen zeitlich standardisierte Endpunkte wie 30-Tage-, 90-Tage- oder 1-Jahressterblichkeit gemessen werden (WIdO 2018). Diese Möglichkeit ist in den fallbezogenen Daten gemäß § 21 KHEntgG nicht gegeben.

Mit der Neuregelung der §§ 303a–e SGB V im Jahr 2012 wurde in Deutschland ein Datenbestand geschaffen, in dem Daten aller gesetzlichen Krankenversicherungen zusammengeführt sind und dessen Nutzung der Aufgabenerfüllung verschiedener Institutionen des Gesundheitswesens sowie der wissenschaftlichen Forschung dienen soll. Mit der Aufbereitung und Bereitstellung der Daten ist das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beauftragt. Der unter der Bezeichnung „Informationssystem Versorgungsdaten (Datentransparenz)“ bereitgestellte Datenbestand beruht auf den jährlichen Datenübermittlungen der gesetzlichen Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt zum Zweck der Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf der Grundlage des § 268 SGB V. In diesen Daten, die versichertenbezogen verknüpft werden können, sind auch Informationen aus der Krankenhausversorgung enthalten. Diese beschränken sich jedoch auf Haupt- und Nebendiagnosen sowie den Entlassungsmonat. Informationen zu den im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren und zum Entlassungsgrund sind nicht vorhanden. Auch ambulant durchgeführte Prozeduren sind in den Daten nicht enthalten. Damit sind die Analysemöglichkeiten dieser Daten, nicht nur im Bereich der Krankenhausversorgung, stark eingeschränkt (Mansky et al. 2012).

Neben den Daten gemäß § 21 KHEntgG ist in Deutschland noch eine weitere Vollerhebung aus der Krankenhausversorgung verfügbar, die vom Statistischen Bundesamt bereitgestellt wird: Dies sind die Daten der amtlichen Krankenhausstatistik, die seit 1991 bundeseinheitlich auf der Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) erhoben werden. Diese Daten werden, ebenso wie die DRG-Daten, von den Krankenhäusern jährlich übermittelt. Sie sind durch eine deutlich geringere Detailtiefe gekennzeichnet, umfassen jedoch alle Krankenhausfälle, auch diejenigen, die nicht dem DRG-System unterliegen. Die Merkmale der Behandlungsfälle in der Krankenhausstatistik umfassen im Wesentlichen Geschlecht, Alter, Wohnort, Fachabteilung mit längster Verweildauer und die Hauptdiagnose (§ 3 Nr. 14 KHStatV). Weitere Informationen wie z. B. Nebendiagnosen, durchgeführte Prozeduren oder Entlassungsgrund sind in diesen Daten nicht verfügbar. Damit bietet auch dieser Datenbestand im Vergleich zu den Daten nach § 21 KHEntgG nur eingeschränkte Auswertungsmöglichkeiten.

Eine weitere Datenquelle zur Qualitätsmessung in der Krankenhausversorgung sind die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3, die seit 2012 jährlich von den Krankenhäusern erstellt werden müssen. Dafür werden die Behandlungsdaten auf der Fachabteilungsebene des einzelnen Krankenhauses aggregiert. Fallzahlen werden nach

Hauptdiagnosen und Prozeduren aufgeschlüsselt. Daneben sind weitere Informationen (u.a. Indikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung) enthalten, die von den Krankenhäusern in strukturierter Form berichtet werden. Die Daten der Qualitätsberichte werden vom G-BA in maschinenlesbarer Form zur Verfügung gestellt. Sie sind auch eine wesentliche Datenquelle für die Analysen in Kapitel II.1 in diesem Buch (Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Behandlungsanlässe in Deutschland). Aufgrund der Aggregation der Daten ist es jedoch nicht möglich, Behandlungsfälle mit spezifischen Merkmalskombinationen zu definieren. Es können beispielsweise alle Behandlungsfälle mit einer Darmoperation (aus beliebigen Gründen) identifiziert werden oder alle Behandlungsfälle mit der Hauptdiagnose Darmkrebs. Es ist aber nicht möglich, die Behandlungsfälle zu analysieren, bei denen eine Darmoperation aufgrund von Darmkrebs durchgeführt wurde. Ferner besteht das Problem, dass es bei vielen operativen Eingriffen Mehrfachkodierungen gibt, die in der aggregierten Statistik nicht als solche erkannt werden können. Daher besteht die Gefahr der Mehrfachzählung von Operationen (Mansky et al. 2018).

10.4 Derzeitige Nutzung der Daten gemäß § 21 KHEntgG

Die Möglichkeiten zur Nutzung der DRG-Daten sind in § 21 KHEntgG klar geregelt. Originärer Zweck des Datenbestandes ist die Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems. Zu diesem Zweck sollen die Daten gemäß § 21 Abs. 3 Nr. 1 einmal jährlich an die Vertragsparteien gemäß § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und Verband der Privaten Krankenversicherung) übermittelt werden. Die Vertragsparteien haben die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des DRG-Vergütungssystems an das InEK als deutsches DRG-Institut übertragen.

Des Weiteren erhalten gemäß § 21 Abs. 3 Nr. 2 KHEntgG die Vertragsparteien auf Landesebene (Landeskrankenhausesellschaften, Landesverbände der Krankenkassen, Ersatzkassen, Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung) landesbezogene Auszüge aus den Daten, um auf dieser Grundlage die Landesbasisfallwerte zu vereinbaren.

Neben der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems ist das InEK gemäß § 21 Abs. 3 KHEntgG verpflichtet, Auswertungen auf der Grundlage der DRG-Daten zu erstellen und zusammengefasste Daten zu veröffentlichen. Das InEK kommt dieser Verpflichtung durch die jährliche Bereitstellung aggregierter Daten in Form eines G-DRG-Browsers nach (InEK 2018). Weitere Auswertungen erstellt das InEK auf Anforderung für das Bundesministerium für Gesundheit oder das Bundeskartellamt (zum Zweck der Fusionskontrolle).

Über diese Nutzungszwecke hinaus gibt es weitere qualitätsrelevante Nutzungsbereiche der DRG-Daten, die in den folgenden Abschnitten beschrieben werden.

10.4.1 Begleitforschung

In § 17b Abs. 8 KHC ist vorgesehen, eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des DRG-Systems durchzuführen, die insbesondere die Veränderung der Versorgungsstrukturen und die Qualität der Versorgung analysieren soll. Hierzu soll das InEK insbesondere die Daten nach § 21 KHEntgG auswerten. Die Vertragsparteien können daneben auch Forschungsaufträge zur Begleitforschung ausschreiben. Bislang wurden im Rahmen der Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHC mehrere Forschungsaufträge zu den Auswirkungen des DRG-Systems (zuletzt Fürstenberg et al. 2013) sowie ein spezifischer Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung im stationären Bereich durchgeführt (Schreyögg et al. 2014). Für die Bearbeitung dieser Forschungsaufträge standen den Auftragnehmern Auszüge aus den Daten gemäß § 21 KHEntgG in aggregierter Form zur Verfügung.

10.4.2 Krankenhausplanung

Die zuständigen Behörden für die Landeskrankenhausplanung erhalten landesbezogene Auszüge der DRG-Daten, um diese zur Krankenhausplanung, zur Investitionsförderung und für Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen zu nutzen (§ 21 Abs. 3 Nr. 3 KHEntgG). Diese Daten werden beispielsweise in der Berliner Landeskrankenhausplanung genutzt, um die Beteiligung der Berliner Krankenhäuser an der Erbringung bestimmter Krankenhausbehandlungen darzustellen. Hierfür werden krankenhausspezifische Fallzahlen berechnet, mit denen beispielsweise die operative Versorgung von Krebserkrankungen oder die Akutversorgung von Herzinfarkt und Schlaganfall in den Berliner Krankenhäusern abgebildet wird. Die Analysen zeigen, welche Krankenhäuser in Berlin bestimmte Behandlungen durchführen und wie häufig diese erbracht wurden. Die Ergebnisse werden von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung veröffentlicht. Ziel dieser Veröffentlichung ist die Unterstützung von Patienten und Ärzten bei der Krankenhauswahl (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2017).

10.4.3 Externe stationäre Qualitätssicherung

Mit der Durchführung der externen stationären Qualitätssicherung gemäß § 135a SGB V ist das gemäß § 137a Abs. 1 SGB V gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt. Die externe stationäre Qualitätssicherung beruht im Wesentlichen auf eigens für diesen Zweck erhobenen klinischen Daten, wobei jedoch die Auslösung der Dokumentationspflicht auf der DRG-Dokumentation in den Krankenhäusern beruht (IQTIG 2017a).

Bereits seit dem Jahr 2008 ist in § 21 KHEntgG vorgesehen, dass das Institut gemäß § 137a SGB V bzw. die Vorgängerinstitutionen beim InEK auch ausgewählte Leistungsdaten aus dem DRG-Datenbestand anfordern kann, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Abs. 3 SGB V durchzuführen. Gemäß § 21 Abs. 3a KHEntgG muss bei einer solchen Anforderung die Notwendigkeit der Datennutzung vom Institut glaubhaft dargelegt werden.

Von dieser Möglichkeit wurde im Bereich der Frühgeborenenversorgung Gebrauch gemacht, um einen Abgleich der im Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung dokumentierten Todesfälle mit den in den DRG-Daten dokumentierten Todesfälle durchzuführen. Hierbei wurde festgestellt, dass zu den im Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung dokumentierten Todesfällen weitere 11% aus den DRG-Daten hinzukamen (IQTIG 2017b).

10.4.4 Erstellung von Bundesstatistiken durch das Statistische Bundesamt und Gesundheitsberichterstattung

Seit dem Jahr 2008 verwendet das Statistische Bundesamt gemäß § 28 Abs. 4 KHG die Daten nach § 21 KHEntgG zur Erstellung von Bundesstatistiken. Diese Statistiken werden als Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) veröffentlicht (Statistisches Bundesamt 2018). Zu diesem Zweck leitet das InEK einmal jährlich ein ausgewähltes Merkmalsspektrum aus den DRG-Daten an das Statistische Bundesamt weiter. Neben der Erstellung von Bundesstatistiken können die DRG-Daten auch für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes verwendet werden, die vom Statistischen Bundesamt gemeinsam mit dem Robert-Koch-Institut getragen wird. Bislang scheinen diese Daten jedoch noch wenig für diesen Zweck genutzt zu werden. Die meisten der dort ausgewiesenen Indikatoren (z.B. Gesundheitsberichterstattung der Länder oder Europäische Gesundheitsindikatoren), die sich auf die Krankenhausversorgung beziehen, werden auf Grundlage der nach der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) erhobenen Krankenhausdiagnosestatistik ausgewiesen (RKI und DESTATIS 2018), deren Detailtiefe weitaus geringer ist als die der DRG-Daten (s.o. unter Kap. 10.3).

10.4.5 Wissenschaftliche Nutzung von Mikrodaten der DRG-Statistik beim Statistischen Bundesamt

Die Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder stellen für wissenschaftliche Auswertungen auch die Mikrodaten der auf den Daten gemäß § 21 KHEntgG basierenden DRG-Statistik ab dem Datenjahr 2005 zur Verfügung und liefern damit der gesundheitsbezogenen Forschung in Deutschland eine wichtige Datenquelle. Insbesondere im Bereich der Versorgungsforschung wurden auf der Grundlage der DRG-Daten bereits zahlreiche Fragestellungen bearbeitet. Da die Daten über mehrere Jahrgänge vorliegen, können damit zeitliche Entwicklungen von Behandlungsfallzahlen

(z.B. Nimptsch et al. 2018) oder die Verbreitung neuer Behandlungsmethoden (z.B. Reinöhl et al. 2015) im Verlauf beschrieben werden. Auch kleinräumige Analysen von Versorgungsmerkmalen sind möglich (z.B. Kuehn et al. 2018). Daneben können auch Verbesserungspotenziale in den Versorgungsstrukturen aufgezeigt werden, beispielsweise in Bezug auf die Umsetzung der gesetzlichen Mindestmengenregelung (Nimptsch et al. 2017) oder den Zusammenhang zwischen Leistungsmengen und Behandlungsergebnissen (Krautz et al. 2018). In Bezug auf potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte können die DRG-Daten auch Hinweise auf die regionale Qualität der ambulanten Versorgung liefern (Sundmacher et al. 2015).

Die Möglichkeiten der Analysen sind jedoch aus Datenschutzgründen begrenzt. Diese Einschränkungen ergeben sich daraus, dass die Forschungsdatenzentren bei der Bereitstellung von Mikrodaten zur wissenschaftlichen Nutzung den Anforderungen des Bundesstatistikgesetzes (BStatG) unterliegen. Daraus ergibt sich die Verpflichtung zur statistischen Geheimhaltung. Dies bedeutet, dass keine Ergebnisse freigegeben werden dürfen, die Rückschlüsse auf Einzelfälle zulassen. Dies betrifft nicht nur Personen, sondern auch Betriebe, Unternehmen oder Einrichtungen (Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2017). Daher dürfen einzelne Krankenhäuser in den Daten nicht identifiziert werden. Es dürfen aber auch keine anonymisierten Ergebnisse einzelner Krankenhäuser ausgegeben werden. Vergleichende Darstellungen, die geeignet wären, die Qualitätstransparenz zu verbessern, wie beispielsweise FunnelpLOTS (siehe z.B. AUGIS 2018), sind daher nicht möglich. Ergebnisse von Krankenhäusern müssen immer in Gruppen zusammengefasst werden.

10.5 Perspektiven einer breiteren Nutzung der DRG-Daten

10.5.1 Nutzungspotenzial unter den gegebenen Rahmenbedingungen

In § 21 Abs. 3 KHEntgG ist ausdrücklich klargestellt, dass die DRG-Daten nur zu den in diesem Paragraphen genannten Zwecken sowie zur Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG verwendet werden dürfen. Damit sind die Kreise der Datennutzer und die Verwendungszwecke abschließend definiert. Möglicherweise ließe sich jedoch bereits durch eine intensivere Nutzung der DRG-Daten unter den gegebenen Rahmenbedingungen weiteres Potenzial entfalten.

So scheint es beispielsweise in Bezug auf die Landeskrankenhausplanung denkbar, dass systematische Datenanalysen (z.B. mit eigens für Zwecke der Krankenhausplanung entwickelten Kennzahlen) die Behörden bei ihren Planungsentscheidungen sinnvoll unterstützen könnten. Eine Veröffentlichung von krankenhausbezogenen Kennzahlen durch die Planungsbehörden (wie beispielsweise durch die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung oder auch beispielhaft im Qualitätsmonitor 2017 und 2018) könnte einen wichtigen Beitrag zur Qualitätstransparenz für Einweiser und

Patienten leisten. Bei bundesweiter Vereinheitlichung könnten solche Kennzahlen auch in krankenhausbezogenen Bewertungsportalen, wie beispielsweise der Weissen Liste, verwendet werden.

In Bezug auf die externe stationäre Qualitätssicherung scheint es wahrscheinlich, dass eine intensivere Nutzung des Datenbestandes gemäß § 21 KHEntgG durch das IQTIG den Entwicklungsprozess von Qualitätssicherungsmaßnahmen sinnvoll unterstützen könnte. Gemäß § 137a Abs. 4 SGB V kann das IQTIG auch ohne Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität tätig werden und dafür jährlich bis zu 10 Prozent seiner Haushaltsmittel einsetzen.

Auch die Gesundheitsberichterstattung könnte um sinnvolle Auswertungen ergänzt werden, wenn dafür die DRG-Daten genutzt würden. So könnten damit spezifische Indikatoren anhand der fallbezogen dokumentierten Diagnosen, Prozeduren und weiteren Merkmalen definiert werden. Mit solchen Kennzahlen könnten Entwicklungen des Krankheitsgeschehens und der Inanspruchnahme im Zeitverlauf präzise und bevölkerungsbezogen beobachtet werden. Denkbare Beispiele für Kennzahlen in der Gesundheitsberichterstattung wären z.B. die Sterblichkeit bei Herzinfarkt, die Häufigkeit von Amputationen der unteren Extremität bei Diabetikern, die Häufigkeit bariatrischer Operationen oder die operative Versorgung von Krebserkrankungen.

10.5.2 Nutzungspotenzial der DRG-Daten unter erweiterten Rahmenbedingungen

Die vorangegangenen Ausführungen lassen erkennen, dass der Datenbestand gemäß § 21 KHEntgG weiteres Nutzungspotenzial entfalten könnte, wenn die derzeit gültigen Einschränkungen auf Nutzerkreise, insbesondere in Verbindung mit spezifischen Nutzungszwecken, erweitert würden. Daneben könnte eine Auflösung der bestehenden Einschränkungen in Bezug auf krankenhausbezogene Auswertungen zu einer erheblichen Verbesserung der Qualitätstransparenz beitragen.

Erweiterung des Kreises der Nutzungsberechtigten und der Nutzungszwecke

Ein Beispiel für eine weit gefasste Regelung zur Nutzung von Daten aus der Gesundheitsversorgung stellt § 303e SGB V dar. Darin ist die Datenverarbeitung und Nutzung der zum Zweck der Datentransparenz zusammengeführten Krankenkassendaten gemäß der §§ 303a–f SGB V geregelt. Hier werden zahlreiche Institutionen und Einrichtungen genannt, die die Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nutzen können. Dazu gehören unter anderem Einrichtungen der Akteure im Gesundheitswesen wie Krankenkassen und deren Verbände, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer. Darüber hinaus ist auch eine Nutzung durch Institute mit

gesetzlichem Auftrag wie IQTIG oder IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) und durch die Institutionen der Gesundheitsberichterstattung vorgesehen. Auch Interessenvertretungen der Patienten und der Leistungserbringer auf der Bundesebene sowie Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung, Hochschulen und sonstige Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung sind als Nutzungsberechtigte genannt. Im Unterschied zu § 21 KHEntgG ist in § 303e SGB V nicht für jeden Nutzerkreis ein spezifischer Nutzungszweck festgelegt. Vielmehr werden in § 303e Abs. 2 SGB V Beispiele genannt, für die die Daten genutzt werden können. Dies sind u.a. Zwecke der Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner, die Verbesserung der Qualität der Versorgung, die Krankenhausplanung und Analysen des Versorgungsgeschehens zur Erkennung von Fehlentwicklungen und von Ansatzpunkten für Reformen. Diese Aufzählung ist aber nicht abschließend, sodass die in § 303e Abs. 1 SGB V genannten Akteure die Daten auch durchaus für andere, nicht im Gesetz genannte Zwecke verarbeiten dürfen.

Eine Anpassung des § 21 KHEntgG nach dem Vorbild des § 303e SGB V würde vielen Einrichtungen, die derzeit noch keinen Zugriff auf die DRG-Daten oder nur eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten haben, neue Möglichkeiten zur datengestützten Erfüllung ihrer Aufgaben eröffnen.

Ermöglichung krankenhausesbezogener Auswertungen

Derzeit ist es in Deutschland aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen kaum möglich, krankenhausesbezogene Analysen durchzuführen bzw. krankenhausesbezogene Ergebnisse identifizierbar zu veröffentlichen. Die Transparenz in der Krankenhausversorgung beschränkt sich auf die von den Krankenhäusern selbst berichteten Angaben in den gesetzlichen Qualitätsberichten sowie auf freiwillige Veröffentlichungen von Zusammenschlüssen der Leistungserbringer (wie z.B. Initiative Qualitätsmedizin). Einzige Veröffentlichungen durch Krankenkassen, wie im Rahmen des QSR-Verfahrens, stellen eine Qualitätsmessung „von außen“ dar, die sich auf der Grundlage der datenschutzrechtlichen Regelungen des SGB V und SGB X jedoch nur auf die Versicherten einer Krankenkasse beziehen kann. Eine kassenartenübergreifende Zusammenführung der nach § 301 SGB V an die Krankenkassen übermittelten Abrechnungsdaten ist im Gesetz nicht vorgesehen. Soweit die Krankenkassen bereits heute Zugriff auf die Daten gemäß § 21 KHEntgG haben, dürfen sie diese nicht für Zwecke der Qualitätsmessung nutzen, sondern ausschließlich zu dem in § 21 Abs. 3 Nr. 2 KHEntgG genannten Zweck.

Um krankenhausesbezogene Qualitätsinformationen bereitzustellen, sollten verschiedene Akteure Zugriff auf die DRG-Daten haben, mit der Möglichkeit, diese auch krankenhausesbezogen auswerten und veröffentlichen zu können. Als mögliche Nutzer wären hier sowohl die Krankenkassen, als auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu nennen. Aber auch das IQTIG, das gemäß

§ 137 Abs. 3 Nr. 5 SGB V damit beauftragt ist, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität der stationären Versorgung zu erstellen und im Internet zu veröffentlichen, sollte für diese Aufgabe nicht nur (wie derzeit vorgesehen) auf die Daten der gesetzlichen Qualitätsberichte beschränkt sein, sondern auch auf die DRG-Daten zugreifen können. Durch eine Ermächtigung unterschiedlicher Akteure zur Verarbeitung der DRG-Daten könnte ein Wettbewerb bei der Entwicklung von Qualitätsvergleichen entstehen. Möglicherweise könnten konkurrierende Systeme der Qualitätsberichterstattung die Entwicklung der Qualitätstransparenz in Deutschland erheblich beschleunigen. Um dieses Ziel zu erreichen, wäre lediglich eine Änderung des § 21 KHEntgG erforderlich. So könnte § 21 KHEntgG um einen Absatz ergänzt werden, der die Verarbeitung der Daten zum Zweck der der krankenhausbezogenen Qualitätsmessung und -transparenz regelt.

Für wissenschaftliche Auswertungen der DRG-Daten beim Statistischen Bundesamt wäre es zudem wünschenswert, wenn die Einschränkungen des Bundesstatistikgesetzes in Bezug auf die Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik gelockert würden, um für wissenschaftliche Zwecke zumindest anonymisierte Darstellungen der Ergebnisse einzelner Krankenhäuser zu ermöglichen.

10.5.3 Sektorübergreifende Erweiterung des Datenbestandes

Bereits jetzt werden auf der Ebene einzelner Krankenkassen zusammengeführte stationäre, ambulante und weitere Datenbestände (u.a. Arznei-, Heil- und Hilfsmittelmittelverordnungen) für umfassendere Analysen des Versorgungsgeschehens und der Versorgungsqualität genutzt (beispielsweise WiDO 2018). Sektorübergreifende Auswertungen sind sowohl technisch als auch konzeptionell längst möglich. Kassenartenbezogene Auswertungen sind jedoch in Bezug auf die Repräsentativität eingeschränkt. Auch sind die Fallzahlen insbesondere bei krankenhausbezogenen Auswertungen häufig zu klein.

Der beim DIMDI zur Verfügung gestellte Datenbestand, der für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zusammengeführt wird, ist für die genannten Zwecke der Qualitätsmessung und Verbesserung der Qualitätstransparenz in der Krankenhausversorgung nicht brauchbar, da wichtige Datenfelder komplett fehlen (beispielsweise Prozeduren und Sterbezeitpunkt). Konzepte für eine umfassende Zusammenführung der vorhandenen kassenbezogenen Datenbestände liegen vor (Mansky u. Nimptsch 2010). Derzeit stehen wir vor der Situation, dass in Deutschland sehr gute und sehr umfassende Datenbestände vorliegen, die aber mangels Zusammenführung nicht genutzt werden können. Die in Deutschland in der Gesundheitspolitik intensiv geführte Diskussion um die sogenannten „Big Data“ im Gesundheitswesen sollte dies unbedingt berücksichtigen. Die Nutzung der vorhandenen Daten würde logischerweise als ersten Schritt zunächst deren Zusammenführung erfordern.

10.6 Resümee

Der Datenbestand gemäß § 21 KHEntgG ist ein nahezu vollständiges Register der akutstationären Krankenhausversorgung in Deutschland, der alle Krankenhäuser und alle Behandlungsfälle – unabhängig von der Versicherungsart des Patienten – abdeckt. Die derzeitigen Rahmenbedingungen beschränken die Möglichkeiten zur Nutzung dieser wertvollen Daten auf streng eingegrenzte Nutzerkreise und Nutzungszwecke. Wie in diesem Beitrag ausgeführt, bieten die Daten jedoch darüber hinausgehendes Potenzial. Daher ist eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu fordern, um einerseits weiteren Institutionen und Einrichtungen eine Nutzung zu ermöglichen. Andererseits müssen die bestehenden Beschränkungen in Bezug auf krankenhausbezogene Analysen gelockert werden. Die volle Verwertung von Qualitätsmessungen ergibt sich häufig erst dann, wenn Ergebnisse bezogen auf einzelne identifizierbare Krankenhäuser verfügbar sind.

Eine intensivere Nutzung der DRG-Daten unter erweiterten Rahmenbedingungen könnte neue Möglichkeiten zur Qualitätsmessung in der akutstationären Krankenhausversorgung eröffnen und damit zur Qualitätstransparenz und zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen erheblich beitragen. Erheblich darüber hinausgehende Möglichkeiten würde die überfällige Zusammenführung der weit über den stationären Sektor hinausreichenden Datenbestände der Krankenkassen eröffnen.



Take home messages

- *Der Datenbestand gemäß § 21 KHEntgG ist ein nahezu vollständiges Register aller akutstationären Krankenhausbehandlungen in Deutschland.*
- *Die derzeitigen Rahmenbedingungen beschränken die Möglichkeiten zur Nutzung dieser Daten auf streng eingegrenzte Nutzerkreise und Nutzungszwecke.*
- *Eine intensivere Nutzung der DRG-Daten unter erweiterten Rahmenbedingungen könnte neue Möglichkeiten zur Qualitätsmessung in der akutstationären Krankenhausversorgung eröffnen und damit zur Qualitätstransparenz und zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen erheblich beitragen.*

Literatur

- AUGIS [Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of Great Britain and Ireland]. Outcomes data 2018. <http://www.augis.org/outcomes-data-2018/> (Zugriff 10.07.2018).
- Auhuber T, Hoffmann R. Medizincontrolling als medizinökonomisches Dienstleistungszentrum. Unfallchirurg 2015; 118(1): 71–75.
- Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Regelungen zur Auswertung von Mikrodaten in den Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (FDZ).

- Düsseldorf: Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2017. http://www.forschungsdatenzentren.de/publikationen/fdz-allgemein/fdz_broschuere_regelungen.pdf (Zugriff 28.05.2018).
- Fürstenberg T, Laschat M, Zich K, Klein S, Gierling P, Nolting H-D, Schmidt T. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 bis 2010). Berlin: IGES Institut GmbH 2013.
- Grobe TG, Nimptsch U, Friedrich J. Krankenhausbehandlung. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg.) Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber 2014, 121–145.
- InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2018. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Siegburg: InEK GmbH 2017. https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2018 (Zugriff 09.05.2018).
- InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Datenveröffentlichung gem. § 21 KHEntgG. https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/Datenveroeffentlichung_gem_21_KHEntgG (Zugriff 09.05.2018).
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Methodische Grundlagen V1.0. Berlin: IQTIG 2017a. https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf (Zugriff 23.05.2018).
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Qualitätsreport 2016. Berlin: IQTIG 2017b. <https://iqtig.org/berichte/qualitaetsreport/> (Zugriff 23.05.2018).
- Krautz C, Nimptsch U, Weber GF, Mansky T, Grützmann R. Effect of Hospital Volume on In-hospital Morbidity and Mortality Following Pancreatic Surgery in Germany. *Ann Surg* 2018; 267(3): 411–417.
- Kuehn A, Salvermoser M, Erk A, Trenner M, Schmid V, Eckstein HH. Spatial Analysis of Hospital Incidence and in Hospital Mortality of Abdominal Aortic Aneurysms in Germany: Secondary Data Analysis of Nationwide Hospital Episode (DRG) Data. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2018; pii: S1078-5884(18)30122-9.
- Mansky T, Drogan D, Nimptsch U, Günster C. Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Behandlungsanlässe in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J, Kühlen R (Hrsg.) Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018, 171–223.
- Mansky T, Nimptsch U. Notwendigkeit eines ungehinderten Zugangs zu sozial- und krankheitsbezogenen Versichertendaten für die Bundesärztekammer und andere ärztliche Körperschaften sowie wissenschaftliche Fachgesellschaften zur Optimierung der ärztlichen Versorgung. Expertise im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer. Berlin: Technische Universität Berlin 2010. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Datenzugang-2.pdf (Zugriff 23.07.2018)
- Mansky T, Robra B-P, Schubert I. Qualitätssicherung: Vorhandene Daten besser nutzen. *Dtsch Arztebl* 2012; 109(21): A 1082–5.
- Nimptsch U, Bestmann A, Erhart M, Dudey S, Marx Y, Saam J, Schopen M, Schröder H, Swart E. Zugang zu Routinedaten. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg.) Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber 2014, 270–290.
- Nimptsch U, Bolczek C, Spoden M, Schuler E, Zacher J, Mansky T. Mengenentwicklung stationärer Behandlungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule – Analyse der deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten von 2005 bis 2014. *Z Orthop Unfall* 2018; 156(2): 175–183.
- Nimptsch U, Peschke D, Mansky T. Mindestmengen und Krankenhaussterblichkeit – Beobachtungsstudie mit deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten von 2006 bis 2013. *Gesundheitswesen* 2017; 79(10): 823–834.
- Reinöhl J, Kaier K, Reinecke H, Schmoor C, Frankenstein L, Vach W, Cribier A, Beyersdorf F, Bode C, Zehender M. Effect of Availability of Transcatheter Aortic-Valve Replacement on Clinical Practice. *N Engl J Med* 2015; 373(25): 2438–2447.
- RKI und DESTATIS. Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=97449877&p_sprache=D (Zugriff 28.05.2018).

- Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J et al. Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Hamburg: Hamburg Center for Health Economics 2014. https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/Begleitforschung_DRG/Forschungsauftrag_gem_17b_Abs_9_KHG (Zugriff 09.05.2018).
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Abteilung Gesundheit. Fallzahlen ausgewählter Krankenhausbehandlungen in Berlin im Jahr 2015. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2017. <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/stationaere-versorgung/krankenhaus-transparenzdaten/> (Zugriff 23.05.2018).
- Statistisches Bundesamt (Destatis). Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 2016. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/FallpauschalenKrankenhaus.html> (Zugriff 24.05.2018).
- Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. Health Policy 2015; 119(11): 1415–1423.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). QSR Qualitätssicherung mit Routinedaten. <http://www.qualitaets-sicherung-mit-routinedaten.de/> (Zugriff 08.05.2018).

Ulrike Nimptsch

Examinierte Krankenschwester. Studium des Pflegemanagements an der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt und der Gesundheitswissenschaften (Public Health) mit Schwerpunkt Epidemiologie an der Universität Bremen. 2004–2010 Tätigkeit in der Abteilung für Medizinische Entwicklung bei den HELIOS Kliniken. Seit 2010 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität Berlin im Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.



Rechtsanwalt Dr. Matthias Schömann

Studium der Rechtswissenschaften in Dresden, anschließend Referendariat am OLG Düsseldorf mit Station u.a. in Brüssel. Nach 2-jähriger Tätigkeit als Referent beim Bundesversicherungsamt Justitiar beim AOK-Bundesverband mit medizin- und datenschutzrechtlichem Schwerpunkt. 2006 Zulassung als Rechtsanwalt bei der Rechtsanwaltskammer Köln, seit 2008 bei der Rechtsanwaltskammer Berlin. Berufsbegleitend Promotion zum Dr. iur. an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.



Prof. Dr. med. Thomas Mansky

Medizinstudium in Göttingen. Anschließend dreijährige Tätigkeit in der Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Neuroendokrinologie am Göttinger Max-Planck-Institut für biophysikalische Chemie. Danach Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin an der Universität zu Lübeck bei Prof. Dr. P.C. Scriba. Im Rahmen einer weiteren Forschungstätigkeit in der Medizinischen Informatik in Lübeck Habilitation an der Technisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Lübeck. Von 1994 bis 1996 Leiter der Hauptabteilung für Medizinische Leistungsplanung und Dokumentation bei der Evangelischen Krankenhäuser im Siegerland gGmbH. 1996–2000 Berater bei 3M Health Information Systems, Beteiligung an den grundlegenden Vorbereitungen zur Einführung des DRG-Systems in Deutschland. 2000–2010 verantwortlich für den Bereich Medizinische Entwicklung bei den HELIOS Kliniken. 2010 Berufung an die Technische Universität Berlin, Leitung des Fachgebietes Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Wichtiger Schwerpunkt: Weiterentwicklung der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI).