

Nachjustieren

Der erste Bericht der Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten der Krankenhäuser liegt vor. Nicht nur bei den Indikatoren muss noch nachgebessert werden. Aber bringt Messen und Prüfen automatisch mehr Qualität?

Elisabeth Tschachler

Wenn Michael Hirschl einer Spitalsabteilung Besuch abstattet, schlägt ihm nicht immer freudige Erwartung entgegen. Der Kardiologe und Interne-Primarius aus dem Krankenhaus Zwettl ist einer der 21 niederösterreichischen Reviewer, die seit vier Jahren Krankenhausabteilungen besuchen, wenn sich in deren Routinedaten statistisch signifikante Auffälligkeiten zeigen. „Manchmal wird man begrüßt wie die Steuerfahndung.“

Routinedaten zu vergleichen, um daraus Schlüsse auf die Ergebnisqualität abzuleiten, ist in Österreich relativ neu. In Niederösterreich wurde 2009 nach dem Vorbild der deutschen Helios-Kliniken damit begonnen, das Gesundheitsministerium nahm sich ein Beispiel daran. 2011 startete die österreichweite Qualitätsmessung anhand der in Zusammenarbeit mit der Schweiz und Deutschland auf Basis der LKF-Abrechnungsdaten entwickelten Austrian Inpatient Quality Indicators A-IQI. Als Indikatoren dienen für einzelne Krankheitsbilder etwa die Mortalitätsraten, Intensivhäufigkeit, Komplikationen, Mengeninformation und Operationstechnik ebenso wie Versorgungsprozesse.

Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 wurde A-IQI rechtlich verankert und somit verbindlich gemacht, der erste Bericht wurde vor Kurzem veröffentlicht.¹ Resümee: Es gibt in einzelnen Krankenhäusern statistische Auffälligkeiten bei Herzinfarkt, in anderen bei Schlaganfall oder Lungenentzündung. Doch das allein sagt noch nicht viel.

Der Ablauf der Ergebnismessung

Zeigt die Analyse der Schwerpunktindikatoren, die jedes Jahr aus 1091 Einzelkennzahlen



Foto: Schliemer - Fotolia.com

festgelegt werden, in gewissen Spitälern statistische Auffälligkeiten, erfolgt eine Meldung an den jeweiligen Landesgesundheitsfonds bzw. den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds PRI-KRAF. Dort werden vertiefende Datenplausibilitätsprüfungen durchgeführt und Fragen im Zusammenhang mit den Codierungen analysiert. Im dritten Analyseschritt werden die betroffenen Krankenanstalten bzw. Abteilungen aufgefordert, eine Selbstanalyse durchzuführen und die Ergebnisse an den Fonds zurückzumelden. Schließlich kommen drei Peer-Reviewer – speziell geschulte Primärärzte – in die Abteilung, besprechen Einzelheiten und machen Verbesserungsvorschläge. Ein Protokoll geht sowohl an die Krankenhausleitung als auch an den Krankenanstaltenträger sowie ans Gesundheitsministerium.



Foto: Landeskrankenhaus Zwettl

Internist Michael Hirschl:
„Begrüßt wie die Steuerfahndung.“

„Natürlich ist man in den von Reviewern besuchten Abteilungen zuerst nervös“, sagt Fabiola Fuchs, Leiterin der Abteilung Medizin/Qualität im Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds NÖGUS, die von Anfang an gestaltend am A-IQI-Projekt mitgearbeitet hat. „Aber bis jetzt haben alle gesagt, dass sie profitiert haben.“ Schließlich gehe es um Qualitätsverbesserung, nicht um Schuldzuweisungen. „So genau hat sich noch nie jemand die Krankengeschichten unserer Abteilung angesehen“, sagt Michael Hirschl, dessen Abteilung ebenfalls bereits gereviewt wurde. Dass Nutzen daraus gezogen wird, setze allerdings Kooperationsbereitschaft der Mitarbeiter voraus sowie

soziale Kompetenz der Reviewer. Abgesehen davon bedeute nicht jede Datenauffälligkeit automatisch schon einen Qualitätsmangel.

Problem: Indikatoren

Dass ICD-basierte Routinedaten nicht immer die Wirklichkeit abbilden, ist bekannt. „Angemerkt wird, dass die Daten zum Teil verzerrt sein können, da sie für den Zweck der Abrechnung erhoben werden und dementsprechende Anreize bei der Dokumentation auftreten können“, heißt es im Bericht lakonisch. Oft zeigen sich die Gründe für die Abweichungen erst bei genauerer Analyse. So gab es im aktuellen Berichtszeitraum, in dem detaillierte Analysen für die Behandlung von Herzinfarkten, Lungenentzündungen und Oberschenkelhalsbrüchen vorgenommen wurden, in vier Krankenhäusern auffällig viele Todesfälle bei Lungenentzündung (Bundesdurchschnitt: 8,92%). In den Peer-Reviews stellte sich allerdings heraus, dass anhand der Daten Qualitätsmängel – außer solche der Abrechnung – gar nicht feststellbar sind. „Es gab 30 Prozent Codierfehler“, sagt Hirschl. Die Hauptdiagnose Pneumonie müsse neu definiert und präzisiert werden. Schlussfolgerung im Bericht: „Der Indikator ist dzt. nicht dazu geeignet die statistischen Auffälligkeiten verlässlich wiederzugeben.“

Für andere Indikationen wie beispielsweise COPD, Magen- oder Gebärmutteroperationen gibt es im ersten Bericht hauptsächlich Mortalitätsvergleiche. „Sterblichkeit bei Hysterektomie ist höchstens in Ländern der Dritten Welt ein etablierter Qualitätsindikator“, sagt Andreas Obermair. Der Frauenarzt und Spezialist für gynäkologische Krebsoperationen ist vor 15 Jahren nach Australien ausgewandert und hat für gynäkologische Eingriffe ein Programm zur Qualitätsverbesserung entwickelt (siehe Kasten). „In der industrialisierten Welt sind Infektionen, Bluttransfusionen, Wiederaufnahmeraten Schlüsselindikatoren, doch einige davon scheinen nicht



Fabiola Fuchs:
„Niemand an den Pranger stellen.“

im ICD-Katalog auf, und die ICD-Kodierung ist die Basis für die Routinedaten.“

Kritiker machen zudem darauf aufmerksam, dass das Bemühen, Qualitätsvorgaben zu entsprechen, auch das Gegenteil von Patientensicherheit bewirken kann. Etwa dass jene Leistungen, deren Ergebnisse nicht gemessen werden, an Bedeutung verlieren und vernachlässigt werden. Oder dass mit aller Kraft versucht wird, besonders positive Ergebnisse zu liefern. Ein Gütemaßstab in Spitälern ist etwa die geringe Verwurfsrate von Blutkonserven. Um keine hohen Raten zu produzieren, kommt es deshalb vor, dass Patienten von Chirurgen vorab bestellte Blutkonserven verabreicht bekommen, obwohl es gar nicht notwendig wäre. Nicht immer zu

ihrem Besten, wie sich in mehreren Studien gezeigt hat. So ist schon länger bekannt, dass nach einer Bluttransfusion die Gefahr von Infektionen und möglicherweise auch das Risiko eines Wiederauftretens von bösartigen Tumoren steigt.

Nur im Spital

Überhaupt muss bei der Datenerhebung noch an so mancher Stelle nachjustiert werden. Wird ein Patient etwa wegen derselben Grunderkrankung zweimal stationär aufgenommen, werden in der Messung der Kennzahlen auch zwei Krankenhausaufenthalte gezählt. Da die Daten in anonymisierter Form vorliegen, kann daraus nicht abgelesen werden, dass es sich um ein- und dieselbe Person handelt. Auch das verzerrt die Ergebnisse, insbesondere dann, wenn es zwischen verschiedenen Regionen oder Krankenanstalten systematische Unterschiede im Bereich von Entlassungen und (Wieder-)aufnahmen bzw. Transferierungen gibt. Klar ist allen Beteiligten auch, dass A-IQI nur einen Teil der Ergebniswirklichkeit darstellen, nämlich jenen, der die Behandlung im Krankenhaus betrifft.

Die Qualität verbessern

Daten messen und vergleichen ist das Eine. Das Andere ist, die Ergebnisqualität tatsächlich zu verbessern. Dass die Fingerfertigkeit von Chirurgen in Zusammenhang mit postoperativen Komplikationen, Nachoperationen und Wiederaufnahmen steht, scheint logisch, empirische Daten gibt es dazu allerdings kaum. Zumal sich die Qualitätssicherung bisher auf das konzentriert, was vor und nach der Operation geschieht: Blutverdünnung und Infektionsvermeidung. Erst unlängst wurde jedoch anhand von bariatrischen Eingriffen in Michigan unzweideutig gezeigt, dass die geschickteren Chirurgen insgesamt die besseren Resultate liefern.²

Allerdings wissen die wenigsten Chirurgen, wie gut (oder schlecht) sie tatsächlich sind. „Wir müssen Ärzte dafür gewinnen, dass sie sich für ihre Outcomes interessieren“, sagt Andreas Obermair. Der nach Australien ausgewanderte öster-

reichische Frauenarzt hat das Softwareprogramm SurgicalPerformance entwickelt: Dort können Gynäkologen ihre Daten anonymisiert eingeben und ihre eigene Leistung mit anderen – ebenso anonymen – Operateuren weltweit vergleichen.³ „Wichtig ist die Anonymität“, sagt Obermair, „die User fürchten sich meist, dass sie ‚named and shamed‘ werden und ihren Ruf aufs Spiel setzen.“

„Bis jetzt wissen wir nur gefühlsmäßig, wo Verbesserungspotenzial ist“, sagt Klaus Reisenberger, Leiter der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Klinikum Wels-Grieskirchen. Aus diesem Grund hat er vor Kurzem SurgicalPerformance an seiner Abteilung eingerichtet, auf freiwilliger Basis, als Chef hat er keinen Zugriff auf die Daten seiner Mitarbeiter. „Wir haben alle Stärken und Schwächen. Es geht darum, beim einzelnen Chirurgen Bewusstsein zu schaffen.“

Da ist man in Deutschland schon etwas weiter. Dort werden wenigstens in einem Teil des Bundesgebietes bereits sektorenübergreifend Daten gemessen und verglichen. So werden Patienten beispielsweise nach Entfernung der Gallenblase auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiterverfolgt – über insgesamt ein Jahr. Betrachtet werden dabei die Indikatoren Sterblichkeit, chirurgische Komplikationen, ungeplante Folgeoperationen, Thrombosen bzw. Lungenembolien und Oberschenkelhalsbruch. Allerdings muss auch dort die Qualitätsbewertung noch weiter geschärft werden, wie Werner Wyrwich, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin, im *Deutschen Ärzteblatt* sagte: „Wenn bei einer Hüftoperation im Krankenhaus alles glatt gelaufen ist, der Patient aber zu Hause stürzt, die Prothese bricht und er wieder eingewiesen werden muss, hat das nichts mit der erbrachten Qualität der Hüftoperation im Krankenhaus zu tun.“⁴



Gynäkologe Andreas Obermair:
„Wer nicht misst, kann nicht verbessern.“

talsaufenthalt mit einer Wiederaufnahme im Zusammenhang steht, beispielsweise eine Lungenembolie nach Operationen“, sagt Fabiola Fuchs. Gleichzeitig läuft ein Forschungsprojekt mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger: Sozioökonomische Daten sollen zur Risikoadjustierung herangezogen werden. „Aber das ist ein weiter Weg.“ Denn im niedergelassenen Bereich sind die Fallzahlen gering, zudem gibt es verschiedene Versorgungsebenen. Das Regierungsprogramm sieht jedenfalls vor, dass krankheitsspezifische Ergebnisqualitätsindikatoren aus Routinedaten erarbeitet und je Versorgungsregion und Versorgungsebene dargestellt werden. Zudem hat sich die Koalitionsregierung die Stärkung und den

„Ausbau eines transparenten Qualitätswettbewerbs als Steuerungsinstrument für die Gesundheitsplanung („outcome measurement“) und zur Stärkung von Innovationen im Gesundheitswesen“ vorgenommen.

Entsprechende Kennzahlen für eine sektorenübergreifende Erfassung von Ergebnisdaten auszuklügeln, hat man in Niederösterreich in Zusammenarbeit mit der Sozialversicherung bereits in Angriff genommen. „Wir haben für zwölf Leistungsbereiche Indikatoren erstellt, die die Mortalität auch nach dem Krankenhausaufenthalt messen und auch inwiefern ein früherer Spi-

Weiter Weg zur Transparenz

Allerdings ist es nicht nur bis zur Definition der richtigen Indikatoren ein weiter Weg, sondern auch bis zur Transparenz. Aus dem erwähnten Bericht an die Bundes-Zielsteuerungskommission über die Einführungsphase des A-IQI-Projektes können keinerlei Schlüsse auf die Qualität einzelner Krankenanstalten gezogen werden – alles ist anonymisiert.

Von deutschen Verhältnissen, wo Patienten über die Adresse www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de und den Krankenhausnavigator Kliniken miteinander vergleichen können, oder bei der Wahl eines geeigneten Krankenhauses von ihrer Krankenkasse auf der Grundlage einer Auswertung von Routinedaten beraten werden, können österreichische Patienten nur träumen. „Es soll niemand an den Pranger gestellt werden“, sagt Fabiola Fuchs, die Primarii seien nicht zuletzt durch Medienberichte über mangelnde Qualität auf der Hut, man müsse ihnen Zeit geben und sie arbeiten lassen. Und da man oft nicht wisse, was tatsächlich hinter statistischen Auffälligkeiten stecke, würde ein solches Benchmarking die Patienten nur verwirren. „Ich bin dafür, alle Zahlen zu veröffentlichen“, sagt der Internist Hirschl. „Es besteht immer die Angst, dass irgendein Journalist daherkommt und Vergleiche zwischen einzelnen Spitälern zieht. Aber das passiert so oder so. Und außerdem weiß ohnehin jeder, welche Abteilung gut ist.“ ::

Literatur:

- Türk S et al (2013): Bericht an die Bundes-Zielsteuerungskommission über die Einführungsphase des A-IQI-Projektes Zugang: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/. Zugriff: 23.12.2013
- Birkmeyer JD (2013): Surgical Skill and Complication Rates after Bariatric Surgery. *N Engl J Med*; 369:1434-1442. In der Arbeit sind übrigens die Links zu zwei aufschlussreichen Videos: die Operation eines sehr geschickten und eines weniger talentierten Chirurgen.
- Surgical Performance. Improve tomorrow's clinical outcomes by measuring your surgical performance today. Zugang: <https://www.surgicalperformance.com/>
- Osterloh F (2013): Qualitätsmessung von Krankenhäusern: Die Krankenkasse empfiehlt. *Dtsch Arztebl*; 110(33-34): A-1544 / B-1363 / C-1341.

Elisabeth Tschachler
tschachler@schaffler-verlag.com

25. Juni 2014
Austria Trend Eventhotel Pyramide, Vösendorf bei Wien
www.diespital.at

ForumSpital 2014

750m² | 40 Aussteller |
drei Schwerpunkte |
über 300 Besucher |

15 % Ermäßigung
mit Schaffler Verlag
Vorteilskarte

Teilnahme-
gebühr ab
€ 300,-

Der OP der Zukunft

IT Unterstützung im Krankenhaus

Bau und Betrieb von Gesundheitsimmobilien

Key Note:
Bundesminister
Alois Stöger

Key Note:
Bundesminister
Rudolf Hundstorfer

Kontakt:
Magdalena Ludl
Customer Service, IIR Österreich GmbH
Tel.: +43 (0)1 891 59 - 212
E-Mail: magdalena.ludl@iir.at

Unsere Partner: