

Inakzeptabel

Qualität in der österreichischen Primärversorgung – eine (gewollte) Black Box?

Martin Sprenger

In den österreichischen Krankenhäusern sind Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungssysteme seit vielen Jahren etabliert. Nicht perfekt, aber Patientenanwalt Gerald Bachinger sieht zumindest „zarte Fortschritte“.

Um die Versorgungsqualität im niedergelassenen Bereich kümmert sich seit 2004 die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQMed), eine Tochtergesellschaft der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK). Die ÖQMed ist dazu verpflichtet, Qualitätskriterien auszuarbeiten, die Qualität zu evaluieren und zu kontrollieren und ein Qualitätsregister zu führen. Auf der Homepage von www.oeqmed.at und der Qualitätsplattform der GÖG sucht man dieses Register vergebens. Schon seit vielen Jahren wird diese Form der Qualitätskontrolle kritisiert, die folgendermaßen funktioniert: Alle fünf Jahre erhält der niedergelassene Arzt einen Evaluierungsbogen, den er innerhalb von vier Wochen selber ausfüllen und an ÖQMed retournieren muss. Abgefragt werden Bereiche wie Arbeitssicherheit, Brandschutz, Datenschutz, Hygiene etc. Die Antwortmöglichkeiten sind ausschließlich Ja oder Nein, wobei die gewünschte Antwort klar ersichtlich ist.

Kein Wunder, dass 97 Prozent aller befragten Ärzte sich selber als makellos bezeichnen. Bei einer stichprobenartigen Überprüfung durch ÖQMed sind es „nur mehr“ 82 Prozent. Bei einer Stichprobengröße von sieben Prozent findet also eine Überprüfung zirka alle 70 Jahre statt. 14 Jahre nach der Gründung von ÖQMed erfolgt nun die Kritik durch den Rechnungshof und das Institut für Höhere Studien (IHS). Letzteres bewertet diese fast ausschließlich auf die Strukturqualität fokussierte Form der Selbstevaluierung als wenig ambitioniert und methodisch mangelhaft.

„Alles bestens“, sagt die Ärztekammer

Der Präsident der ÖÄK Thomas Szekeres schrieb dazu in seinem Blog www.blog.szekeres.at am 1. Juli 2018 unter dem Titel *Qualität ist ethische Verpflichtung* von „polemischen Zwischenrufen“. Artur Wechselberger, der in der ÖÄK für Qualitätskontrolle zuständig ist, konnte am 18. Juli 2018 im ORF-Radio keine Interessenkonflikte bei der ÖQMed erkennen und bezeichnete die Form der Selbstevaluierung als „international gängiges Tool“. Jetzt wurde das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) beauftragt, die Ergebnisse aktueller Studien zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung zu vergleichen. Bernhard Wurzer, stellvertretender Generaldirektor des Hauptverbands

der Sozialversicherungsträger, bekräftigt diese Herangehensweise: „Wir haben die Studie beauftragt, nicht um die Qualität des niedergelassenen Bereichs in Zweifel zu ziehen – diese ist unbestritten gut –, sondern um der Frage nachzugehen, was wir von anderen Ländern in dieser Thematik lernen können.“

Passend zu dieser typisch österreichischen Diskussion ist der im Februar 2018 erschienene EU-Report *Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care*. Dieser beschreibt anhand von zehn Dimensionen mögliche Qualitätsindikatoren für eine Qualitätsmessung in der Primärversorgung. Grundlage war das Qualitätsmodell nach Avedis Donabedian mit drei in Abhängigkeit zueinander stehenden Qualitätsdimensionen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Diese Systematik wird im Folgenden verwendet, um einen kurzen Faktencheck zur Qualität der Versorgung von Diabetikern im niedergelassenen Bereich zu machen. Denn nicht zuletzt wurde Diabetes mellitus Typ 2 auch als Tracer für das Projekt der ambulanten Ergebnisqualitätsmessung (Bundeszielsteuerungsvertrag 8.2.1) ausgewählt.

Faktencheck Versorgungsqualität Diabetes

500.000 bis 800.000 Personen in Österreich gehören zur Gruppe der Diabetiker. Das sind sieben bis elf Prozent der Bevölkerung. Exaktere Zahlen gibt es nicht, denn anscheinend will es hierzulande niemand genauer wissen. „In Österreich kann die Diabetes-Prävalenz – mangels eines nationalen Diabetes-Registers – nur auf Basis fragmentierter Datenbestände ermittelt werden“, heißt es dazu etwa im Österreichischen Diabetesbericht 2017. Die gesundheitlichen Folgen von Diabetes und die negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität sind uns allen bekannt. Die jährlichen Kosten werden auf zirka zwei Milliarden Euro geschätzt. Das entspricht sechs Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Alle diese im Diabetesbericht zusammengeführten Fakten bestätigen die große Bedeutung von Diabetes für moderne Gesundheitssysteme.

Zur Strukturqualität gehören die vorhandene Infrastruktur, die personelle und apparative Ausstattung, die Finanzierung, aber auch die Qualität der Ausbildung aller beteiligten Akteure. International erfolgt die professionelle Diabetesversorgung im Primärbereich vor allem durch Allgemeinmediziner und Pflegefachkräfte. Erstere werden in Österreich seit Jahrzehnten schlecht ausgebildet und derzeit zur Mangelware. Letztere sind in der österreichischen Primärversorgung kaum vertre-

Indikatoren Prozessqualität Diabetes Österreich 2015

Indikatoren Prozessqualität Diabetes Österreich	DMP	Nicht-DMP
LEICON-CCIV-Analysetools	2015	2015
Prozentanteil der Typ-2-Diabetiker, die in mindestens 3 Quartalen einen Allgemeinmediziner besuchten	94,9%	91,2%
Prozentanteil der Typ-2-Diabetiker mit Augenarztkontakten in den letzten 2 Jahren	68,0%	52,2%
Prozentanteil der Typ-2-Diabetiker, die Biguanide, Sulfonylharnstoffe oder eine Kombinationstherapie erhalten	92,8%	92,8%
Prozentanteil der Ersttherapie Typ-2-Diabetiker, die Biguanide, Sulfonylharnstoffe oder eine Kombinationstherapie erhalten	97,1%	97,3%
Prozentanteil der Typ-2-Diabetiker mit mind. einer HbA1c-Bestimmung	92,6%	76,3%
Prozentanteil der Typ-2-Diabetiker mit mind. einer Kreatinin-, Triglycerid-, Gesamtcholesterin- oder HDL/LDL-Bestimmung	90,8%	78,2%

Quelle: Schmutterer I et al (Hrsg.) (2017): Österreichischer Diabetesbericht 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, S. 39.

ten, schon gar nicht als Diabetes Nurse auf Master-Level. Hinzu kommt, dass die derzeitige Finanzierung des niedergelassenen Bereichs die Fließbandmedizin, nicht jedoch die Qualität der Versorgung von komplexen, zeitaufwendigen Krankheitsbildern wie Diabetes fördert.

Über die Prozessqualität wissen wir relativ wenig

Die Prozessqualität beschreibt, wie viele Patienten die Versorgung bekommen, die sie benötigen. Sie ist entscheidend für die Häufigkeit von Komplikationen und damit für die Inanspruchnahme von Krankenversorgungseinrichtungen, die volkswirtschaftlichen Kosten und die Lebensqualität von Personen mit Diabetes. Umso wichtiger ist das genaue Monitoring. Großbritannien (UK) verwendet dafür beispielsweise im *Quality and Outcome Framework (QOF)* elf Diabetes-bezogene Indikatoren – etwa regelmäßig erhobene Daten zu Blutdruck, Gesamtcholesterin oder Fußuntersuchung –, die jederzeit von überall für jedes Primärversorgungszentrum öffentlich einsehbar sind. Rasch wird klar, dass die Prozessqualität in der Versorgung von Personen mit Diabetes in UK flächendeckend sehr gut ist. Etwa neun von zehn Patienten bekommen die Versorgung, die sie benötigen.

Aber wie schaut es in Österreich aus? Wir wissen doch hierzu sicher auch, wie gut Diabetiker versorgt sind? Zumindest für jene 370.000 Diabetiker, die von den Krankenkassen auf Basis von Insulin- und oralen Antidiabetika-Verschreibungen abgebildet werden können? Am meisten wissen wir über jene Diabetiker, die in das seit 2007 bestehende Disease-Management-Programm (DMP) *Therapie Aktiv* eingeschrieben sind. Leider erhalten gemäß www.therapie-aktiv.at mit Stand 1. Juni 2018 nur 70.328 Diabetiker diese strukturierte Versorgung im Rahmen eines DMP. Das sind gerade einmal 19 Prozent aller über Medikamentenverschreibung erfassbaren Diabetiker. Und was wissen wir über die Qualität der Versorgung der anderen 300.000? Ein Teilaspekt der Versorgungsqualität lässt sich mithilfe des LEICON-Analysetools anhand pseudonymisierter und nicht öffentlich zugänglicher Routinedaten bewerten.

unteren Extremitäten werden bei Diabetikern durchgeführt. Gemäß der aktuellsten OECD-Statistik lag die Anzahl der Major-Amputationen, das sind Amputationen über dem Knöchel, im Jahr 2015 in Österreich bei 14,1 Fällen pro 100.000 Einwohner, im OECD-Durchschnitt bei 6,4. In Großbritannien waren es im selben Jahr 2,9 Fälle pro 100.000 Einwohner. In Österreich könnten also zwei bis drei Major-Amputationen pro Tag verhindert werden, wenn wir die gleiche Versorgungsqualität wie Großbritannien hätten. Zumindest konnte 2015 eine retrospektive Beobachtungsstudie zeigen, dass die Mortalität im DMP *Therapie Aktiv* im Vergleich zu einer Kontrollgruppe geringer ist. 3,2 Prozent in der DMP-Gruppe versus 4,9 Prozent in der Kontrollgruppe innerhalb von vier Jahren.

Qualität als Black Box

Ist die Qualität im niedergelassenen Bereich eine Black Box? Nicht ganz, aber fast. Während bei der Erkrankung Diabetes die indirekte Abbildung über Medikamentenverordnungen möglich ist, gelingt dies bei anderen Krankheitsbildern nur bedingt bis gar nicht. Zwölf Jahre nach Inkrafttreten des GQG gibt es für die österreichische Bevölkerung keine Möglichkeit, sich anhand vergleichbarer und bundesweit einheitlicher Kriterien über die Behandlungsqualität im niedergelassenen Bereich zu informieren. Während in vielen anderen Ländern Krankheitsregister geführt, Diagnosen erfasst werden und Prozessqualität gemessen sowie ein umfassendes Qualitätsmanagement umgesetzt wird, stecken diese Dinge in Österreich noch in den Kinderschuhen. Sowohl die daraus resultierenden Qualitätsmängel als auch die daraus resultierende gesundheitliche Ungleichheit sind für ein reiches Land wie Österreich eigentlich inakzeptabel. ::



Literatur beim Autor

Dr. Martin Sprenger, MPH
Public Health School, MedUni Graz
martin.sprenger@medunigraz.at