

Ergebnisqualitätsmessung im Gesundheitswesen

1. Einleitung und Problemstellung

Die jüngst veröffentlichte OECD-Statistik „Health at a Glance“ (2014) zeigt, dass Österreich im internationalen Vergleich die meisten Spitalsentlassungen – nämlich 273 pro 1.000 Einwohner – aufweist. Mit 6,9 Arztbesuchen pro Kopf bewegten wir uns im Mittel der Statistik. Die Ärztedichte überstieg den EU-Durchschnitt von 3,4 Ärzten pro Kopf um 1,5, womit Österreich hier auf Platz 2 lag.

Demnach nutzten überdurchschnittlich viele Menschen die gegebenen medizinischen Versorgungseinheiten, wodurch die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der dort angebotenen Behandlung weiter an Bedeutung gewinnt. Zumindest darf vonseiten der Bevölkerung, der Ärzteschaft und der Sozialversicherung in gleicher Weise ein Interesse an der Beurteilung, Diskussion und Verbesserung der Ergebnisqualität unter Rückgriff auf geeignete Qualitätsindikatoren erwartet werden.

In vielen Lebensbereichen wird es potenziellen Kunden bereits ermöglicht, selbst Einschätzungen über die Qualität marktgängiger Produkte zu treffen. Sei es die ADAC-Pannenstatistik, seien es Testberichte diverser Online-Medien – dem Konsumenten wird eine umfangreiche und zum Großteil objektive Information über das gewünschte Produkt und dessen Vor- und Nachteile zur Verfügung gestellt und somit die Auswahl des Anbieters bzw. die Produktwahl erleichtert. Derzeit haben Bürger, Versicherte und Patienten keinen Zugang zu unmittelbaren Informationen über die Qualität von medizinischen Leistungsangeboten, wodurch eine aufgeklärte Ent-

scheidung vor der Inanspruchnahme verhindert wird. Zwar existiert dank der „A-IQI – Austrian Inpatient Quality Indicators“ (Fuchs et al., 2010) ein bundesweit einheitliches Instrument zur Ergebnisqualitätsmessung im Spitalsbereich, jedoch werden Ergebnisse bisher nur aus einer gesamtösterreichischen Betrachtungsweise und nicht auf Bundesland- oder Klinikebene veröffentlicht. Darüber hinaus gibt es bis zum jetzigen Zeitpunkt kein umgesetztes Konzept zur Qualitätsmessung im niedergelassenen oder sektorenübergreifenden Bereich. Dafür muss laut Mansky (2010) folgender Grundsatz bedacht werden:

„Qualitätsmanagementaktivitäten können nur dann gezielt ausgeführt werden, wenn verlässliche Messungen potenzielle Qualitätsmängel und Verbesserungsmöglichkeiten sichtbar machen.“

Insofern ist das im Zuge der Gesundheitsreform 2013 verstärkte Bekenntnis der Partner von Zielsteuerung Gesundheit zu einem Qualitätssystem mit einer entsprechenden Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen begrüßenswert. Verwirklicht wird dieses Vorhaben/Ziel unter anderem durch die „15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit“, in der neben der Entlastung des Krankenanstaltenbereiches, einhergehend mit der Stärkung der Primärversorgung, die Ergebnisorientierung in allen Sektoren im Fokus steht. Im Bundeszielsteuerungsvertrag lautet das konkrete operative Ziel 8.2.1: „abgestimmte Ergebnisqualitätsmessung in allen Sektoren und sektorenübergreifend aufbauen bzw. weiterentwickeln und durchführen“. Die A-IQI-Systematik soll für ein



Dr. Fabiola Fuchs

ist Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapeutin sowie Mitarbeiterin der NÖGKK. Sie war bis 2014 Leiterin der Abt. Medizin und Qualität des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS). Ihre Arbeitsschwerpunkte in der NÖGKK sind die Gesundheitsreform und die Entwicklung von Qualitätsindikatoren.

vergleichbares Qualitätssicherungssystem im ambulanten Bereich genutzt werden.

Auf der Ebene einzelner Arztpraxen (Mikroebene) werden schon lange Qualitätsmanagementsysteme für den internen Anwendungsbereich eingesetzt. Zusätzlich zu Prozess- oder QM Handbüchern finden auch Veranstaltungen zum Thema Qualitätsverbesserung in Form von Kolloquien oder Qualitätszirkeln statt. Audits, Visitationen, Fehlermeldesysteme oder Zertifizierungsverfahren sind Beispiele von QM Instrumenten auf der Makroebene. Eine öffentliche Ergebnisdiskussion oder Ähnliches findet jedoch nicht statt. Wie bereits erwähnt, wird für den Spitalbereich österreichweit das Kennzahlensystem A-IQI routinemäßig eingesetzt, das 2007 in Niederösterreich entwickelt wurde. Dieses System basiert auf Diagnose- und Leistungsdaten der Krankenanstalten, wo rund 191 Indikatoren für 50 Krankheitsbilder bzw. Eingriffe abgebildet wurden. Als Parameter werden Sterberaten, Wiedereingriffe, Intensivaufenthalte und Mengenangaben jährlich ausgewertet und analysiert. Ein wesentlicher Teil des A-IQI-Systems ist das Peer-Review-Verfahren als Qualitätsverbesserungsprozess (Fuchs/Amon, 2011).

Da die Generierung von Ergebnissen à la A-IQI im niedergelassenen Bereich ungleich schwieriger ist, wurde im Projekt LEICON der Fokus vorerst auf die Prozessqualität gelegt. Für die Volkskrankheit Diabetes wurden bereits im Jahr 2008 im Rahmen des Disease-Management-Programms „Therapie Aktiv“ Prozessindikatoren entwickelt. Mit dem Datawarehouse LEICON hat die NÖGKK die technischen Voraussetzungen geschaffen, pseudonymisierte Behandlungsdaten mit pseudonymisierten Patientendaten aller Sozialversicherungsträger zu verknüpfen.

Diabetes mellitus Typ 2 wurde auch als Tracer für das Projekt „ambulante Ergebnisqualitätsmessung“ (Bundeszielsteuerungsvertrag 8.2.1) ausgewählt. Im ersten Schritt werden nun die Ergebnisse von vier Prozessindikatoren bundesweit analysiert, nämlich:

- Qualitätsindikator 1** (Arztkontakte) – die dem Arzt zugeordneten Patienten haben in mindestens drei Quartalen einen Allgemeinmediziner aufgesucht,
- Qualitätsindikator 2** (Arztkontakte) – die dem Arzt zugeordneten Patienten haben in den letzten zwei Jahren eine augenärztliche Untersuchung erhalten,
- Qualitätsindikator 5** (Laborparameter) – die dem Arzt zugeordneten Patienten haben mindestens eine HbA1c-Bestimmung erhalten,
- Qualitätsindikator 6** (Laborparameter) – der Arzt hat bei den ihm zugeordneten Patienten mindestens eine Überprüfung der im Behandlungspfad angeführten anderen Laborparameter (Kreatinin, Gesamt-Cholesterin und HDL/LDL-Cholesterin) veranlasst.

Bei der Versorgung von Diabetikern gibt es aber Leistungsbereiche, die (derzeit) mit Routinedaten nicht abbildbar sind (z. B. Schulungen) bzw. wo andere datenhaltende Stellen (Pflegegeldbezüge) involviert sind. Dadurch, dass die einzelnen „Prozessindikatoren“ jeweils nur Teilaspekte der Patientenversorgung abbilden, sind sie für eine Evaluierung der gesamten Behandlungskette vor allem chronischer Krankheiten nicht ausreichend. Für eine umfassendere Qualitätsbeurteilung ist daher die Zusammenführung verschiedener Kennzahlen aus unterschiedlichen Bereichen notwendig.

Fehlende strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen sind die Stolpersteine einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

2. Lösungsansatz

Im Bereich der medizinischen Qualitätssicherung haben verschiedene Zugänge und Methoden ihre Berechtigung. Patient(inn)enbefragungen über Qualität und Erfassung klinischer Daten in speziellen Dokumentationssystemen sind nur zwei Beispiele hierfür. Nachteile sind, dass die Erhebung von Primärdaten sehr zeitaufwendig ist (sowohl für den einzelnen Arzt als auch für die auswertenden Stellen), dass nur ein Teilaspekt der Versorgung abgebildet wird (subjektive Betrachtungsebene bei der Patient(inn)enbefragung) und dass mit den Ergebnissen kein Qualitätsverbesserungsprozess auf Behandlungsebene aufgesetzt werden kann.

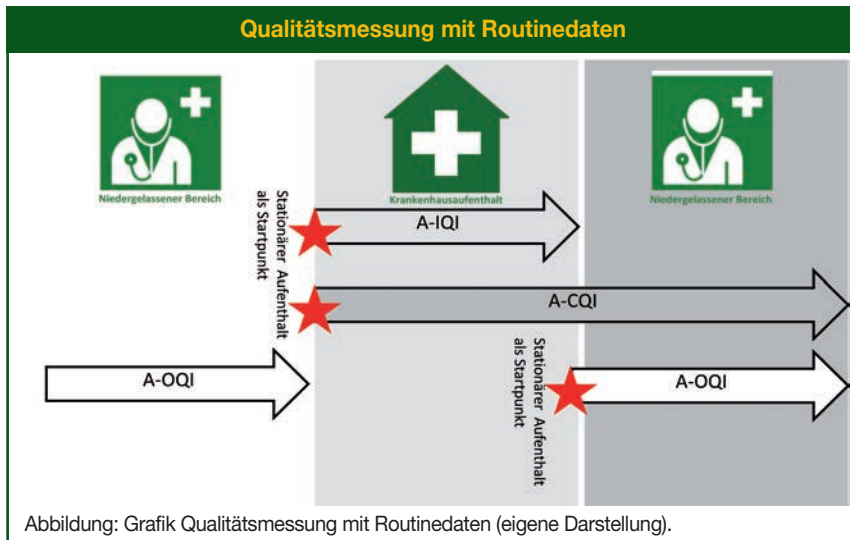
Eine Alternative dazu stellt die Berechnung von Indikatoren mit Routinedaten wie bei der A-IQI-Systematik dar. Bereits 1987 haben Wenneberg et al. die Nutzbarkeit und Aussagefähigkeit dieser Daten dargestellt und ihre Vorteile für z. B. die Zusammenstellung von Längsschnittlichen Studien belegt (Wenneberg et al., 1987).

Um die Lücken der derzeit eingesetzten Qualitätsmanagementsysteme zu schließen (die A-IQI-Systematik betrachtet nur den Klinikaufenthalt) und aussagekräftigere Informationen zu den Behandlungsergebnissen generieren zu können, wurden nun Indikatoren entwickelt, die eine Längsschnittperspektive der Patientenversorgung und hier vor allem den Behandlungsprozess im ambulanten Bereich und medizinische Komplikationen nach Operationen im Spital betrachten.

Für sieben Krankheitsbilder werden dazu die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser mit denen der Sozialversicherungen zusammengeführt (A-CQI – Austrian Cross Sectoral Quality Indicators, Fuchs/Zusser, 2012). Dies erweitert insbesondere das Zeitfenster, weil dadurch Wiedereinweisungen, Reoperationen und wie in Studien üblich auch die poststationäre Mortalitätsrate erfasst werden können. Die Ergebnisse des QSR-Projekts (Qualitäts-

Es gibt verschiedene Zugänge zur Qualitätsmessung.

sicherung mit Routinedaten) der AOK zeigte, dass rund zwei Drittel der Komplikationen sich erst nach dem Krankenhausaufenthalt ereignen (Jeschke et al., 2012).



Um Qualitätsmängel im Leistungsgeschehen aufzeigen zu können, müssen Tracer (Versorgungsbereiche) nach bestimmten Kriterien ausgewählt werden, sodass die einzelnen Bereiche gut messbar sind und auch Behandlungsergebnisse durch Verbesserungsmaßnahmen beeinflusst werden können.

Aufgrund der fehlenden Diagnosedokumentation und unterschiedlicher Leistungskataloge im gesamten ambulanten Bereich ist es wichtig, geeignete Tracer (Krankheitsbereiche) zu bestimmen (siehe auch Beitel et al., 2013), in denen folgende Kriterien Berücksichtigung finden:

- Tracer müssen mit Primär/Routinedaten abbildbar und gut definierbar sein.
- Tracer müssen eine für statistische Verfahren geeignete Fallzahl aufweisen.
- Tracer sollten genügend Evidenz für Behandlungsverfahren aufweisen.
- Referenzwerte zu Prävalenzen, Inzidenzen und für Therapieverfahren sind gegeben.

Indikationsübergreifende Qualitätsindikatoren setzen nicht auf einer Diagnose oder Leistung auf, sondern betrachten allgemeine Zusammenhänge im Sinne einer Versorgungssteuerung wie beispielsweise Arztkontakte oder Krankenhauseinweisungen. Darunter fallen auch Patientensicherheitsaspekte, vor allem im Bereich der Pharmakotherapie oder der Prävention. **Indikationsspezifische Indikatoren** messen sektorübergreifend die Versorgungsqualität bei spezifischen Krankheitsbildern; derzeit ist diese aber aufgrund der fehlenden Codierung mit Diagnosedaten nicht messbar. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern gibt es in Österreich keine standardisierte Diagnosecodierung im ambulanten Bereich nach ICD-10 oder einer anderen Systematik.

Daher bietet es sich an, die Resultate mittels fokussierter Betrachtung der einzelnen Prozesse zu kontrollieren. Andernfalls geht wertvolle Information über den Gesamtprozess verloren.

Bei einigen Krankheitsbildern, und zwar bei jenen, wo eindeutig zuordenbare rezeptpflichtige Medikamente (sofern deren Preis über der Rezeptgebühr liegt) wie beispielweise Antidiabetika zum Einsatz kommen, können Patientenkollektive gut durch Medikamentenverschreibungen (Filzmoser et al., 2009) definiert werden. Schwieriger wird die Patientenidentifikation bei jenen Krankheitsbildern, wo es keine spezifische Medikation gibt, wie z. B. beim Herzinfarkt oder Schlaganfall. Hier kann man zumindest bei jenen Patienten, die in einer stationären Behandlung standen, als Ausgangspunkt den Krankenhausaufenthalt wählen, um dann den Behandlungsprozess retrospektiv oder prospektiv verfolgen zu können. Im Forschungsprojekt der NÖGKK wird nun das ACQI Indikatorensystem um weitere Prozess- und/oder Ergebnisqualitätsparameter ergänzt, womit eine in den bisherigen Systemen bestehende Lücke gefüllt wird.

Es wäre z. B. möglich zu analysieren, wie viele Patienten nach einem Herzinfarkt einen Betablocker erhalten haben („Wie leitlinientreu ist die Versorgung“) und ob diese Medikation auch nach einem Jahr noch verschrieben wird („wie hoch ist die Therapietreue?“). Das Gleiche gilt für blutdruck- und lipidsenkende Medikamente. Damit lassen sich Rückschlüsse auf die poststationäre Prozessqualität bei Herzinfarktpatienten ziehen.

Um eine generalisierte Sicht der Versorgungsqualität im Sinne der Bundeszielsteuerung zu ermöglichen, wurden nun in der NÖGKK im Rahmen eines Forschungsprojekts auch die LEICON Indikatoren erweitert.

Ausgangsbasis waren die St.-Vincent Ziele, die unter anderem eine Reduktion der Spätschäden bei Diabetikern um 30 bis 50 Prozent anstreben. So werden nun für das Forschungsprojekt Ergebnisparameter für Herz-Kreislauf, Gefäße und Nierenschäden entwickelt und getestet.

Diabetes mellitus Typ 2

- 1 Stationäre Krankenhausaufenthalte – all causes
- 2 Stationäre Krankenhausaufenthalte – Diabetes mellitus ohne Komplikationen
- 3 Stationäre Krankenhausaufenthalte – Diabetes mellitus mit Komplikationen
- 4 Stationäre Krankenhausaufenthalte – Herzinfarkt
- 5 Stationäre Krankenhausaufenthalte – Revaskularisation Koronarien
- 6 Stationäre Krankenhausaufenthalte – Schlaganfall ischämisch

7 Dialyse bei Diabetes mellitus**8 Stationäre Krankenhausaufenthalte** – Niereninsuffizienz**9 Stationäre Krankenhausaufenthalte** – Nierentransplantation**10 Stationäre Krankenhausaufenthalte** – Gangrän, Ulcus cruris**11 Stationäre Krankenhausaufenthalte** – Amputation untere Extremität**12 Stationäre Krankenhausaufenthalte** – intravitreale operative Medikamenteneinbringung**13 Verlorene Lebensjahre** – Alter zwischen 50 und 65 Jahren

Unsere Auswertungen werden vorerst auf Bezirksebene im Sinne von regionalen Variabilitäten dargestellt. Eine Zuordnung zu einzelnen Gesundheitsdiensteanbietern ist nicht immer möglich und sinnvoll. Lediglich Prozessergebnisse lassen sich auf Anbieterebene darstellen.

Weitere Bereiche für indikationsspezifische Indikatoren sind medizinische Eingriffe bzw. Untersuchungen. Die Datengrundlage sind die Abrechnungsdaten der Ärzte. Zum einen lassen sich Komplikationen nach spezifischen Eingriffen wie z. B. der Koloskopie darstellen, zum anderen wird analysiert, ob vor Behandlungen oder Untersuchungen „State of the Art“ vorgegangen wurde.

Unterschiedliche Patientenklientel machen es für einen fairen Behandlungsvergleich notwendig, eine Risikoadjustierung der Ergebnisse vorzunehmen. Für die neuen Indikatorensets werden – wo möglich und sinnvoll – sehr umfangreiche Risikoadjustierungsverfahren entwickelt. Als Parameter können Geschlecht und Alter, aber auch relevante Begleiterkrankungen und operative Eingriffe dienen. Je nach Tracer wird auch mit altersstandardisierten Prävalenzen, Krankheitsdauer, nach Wohnort (rural/urban) und teilweise auch mit sozioökonomischen Daten risikoadjustiert. Die Entwicklung und Bewertung geeigneter Modelle zur Risikoadjustierung werden für dieses Projekt neu definiert und getestet.

Limitationen

Auf die Ergebnisqualität von Gesundheitsleistungen haben viele Variablen einen Einfluss. Auf Patientenseite sind dies der sozioökonomische Status, genetische Determinanten, Umwelteinflüsse sowie das persönliche Gesundheitsverhalten (McGinnis et al 2002). Der Einfluss des Gesundheitssystems auf Morbidität und Mortalität wird bei McGinnis mit rund 20 % angegeben.

Aber auch Wertvorstellungen und subjektive Einstellungen des einzelnen Arztes und des Patienten fließen in die Behandlungsüberlegungen ein. Dimensionen wie Erreichbarkeit, Zeit, ökonomische

Faktoren und Strukturqualitätskriterien müssen bei der Ergebnisinterpretation und den anschließenden Diskussionen berücksichtigt werden.

Erschwerender Faktor für die Entwicklung eines Kennzahlensystems zur Abbildung der Qualität der Gesundheitsdienstleister ist auch die Involvierbarkeit unterschiedlicher Dienstleister in den Behandlungsprozess. Niedergelassene Allgemeinmediziner, Fachärzte, Therapeuten und Krankenhäuser sind an der Versorgung beteiligt. Eine Zuordnung einer Qualitätskennzahl ist in vielen Bereichen daher nicht möglich.

Conclusio

Aufgrund der rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen haben sich die derzeitigen Qualitätssicherungssysteme in einem relativ kleinen Segment bewegt. Für die Zukunft gilt es, diese Stolpersteine aus dem Weg zu räumen und an der Weiterentwicklung einer sektorenübergreifenden Qualitätssystematik zu arbeiten. Viele methodische Ansätze schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich. Nur über die Zusammenführung verschiedener Möglichkeiten wird es gelingen, die vieldimensionalen Aspekte zu berücksichtigen.

Hohe Komplexität durch Involvierbarkeit unterschiedlicher Dienstleister.

LITERATUR

<http://www.oeamtc.at/portal/adac-pannenstatistik-2013+2500+1399471> (letztes Zugriffsdatum: 26.3.2015).

Beitel, C., Labek, A., Dragosits, A., Goltz, A., Pfeffer, N., Scheuringer, M. (2013): Performance-messung im österreichischen Gesundheitswesen. Schwerpunkt: Outcomes – Grundlagenbericht I – Theorie, Framework, übergeordnete Indikatoren. Version: 19.12.2013. ÖÖGKK – Forum Gesundheit. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungs-träger.

Filzmoser, P., Eisl, A., Endel, F. (2009): ATC – ICD: Determination of the reliability for predicting the ICD code from the ATC code. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Fuchs, F., Amon, M., Nimptsch, U., Mansky, T. (2010): A-IQI – Austrian Inpatient Quality Indicators. Qualitätsindikatoren der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding. Definitionshandbuch, Version 1.0, Datenjahr 2010. Universitätsverlag der TU Berlin.

Fuchs, F., Amon, M. (2011): Das Peer Review Verfahren. Die standardisierte Vorgehensweise der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding am Vorbild der Initiative Qualitätsmedizin zur Bearbeitung der Austrian Inpatient Quality Indicators. Version 1.0. ISBN 978-3-902505-22-4.

Fuchs, F., Zusser, M. (2012): A-CQI – Austrian Cross Sectoral Quality Indicators. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Definitionshandbuch, Version 1.0, nicht veröffentlicht.

Fuchs, F. (2013): Qualität messen nach dem Klinikaufenthalt. In: Gesund & Leben Intern. NÖ Landeskliniken-Holding.

Fuchs, F., Zusser, M. (2013): Qualitätsmessung in der Medizin. Erstmals sektorenübergreifend. In: Newsletter NÖ Patientenanzwaltschaft.

Fuchs, F., Zusser, M. (2013): Sektorenübergreifende Qualitätssicherung. In: HTA-Newsletter Nr. 114 des Ludwig Boltzmann Institutes, Wien 2/2013.

Mansky T., Nimptsch U., Vogel K., Hellerhof F. (2010); G-IQI German Inpatient Quality Indicators, Definitionshandbuch Version 2.5, Datenjahr 2009. Stand 20.03.2010. Universitätsverlag TU Berlin.

McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. (2002): The case for more active policy attention to health promotion. In Health Affairs. März 2002.

Jeschke, E., Hyde, K., Günster, C. (2012): Der Zusammenhang von Komplikationen im Krankenhaus und im Follow-up und Implikationen für die Qualitätsmessung bei Hüftgelenksendoprothesen: eine Analyse von AOK Routinedaten. Das Gesundheitswesen 2013; 75: 288–295.

OECD 2014: Health at a Glance: Europe 2014, publiziert 03.12.2014

Robausch, M., Fingerlos, U. (2014): Prozessqualität bei der Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 im niedergelassenen Bereich: das Analysetool von LEICON-CCIV. In: Soziale Sicherheit 4/2014 und 5/2014.

Wenneberg, J. E., Roos, N., Sola, L., Schori, A., Jaffe, R. (1987): Use of claims data systems to evaluate health care outcomes. JAMA 257, 933–936.