

Qualitätssicherung im Krankenhaus

Uwe Deh

1. 10 Jahre QSR-Verfahren der AOK

Qualitätsmessung ist kein Wettbewerbsfeld - so der der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen: „Ein Wettbewerb der Qualitätsmesssysteme ist nicht zu empfehlen, da Qualitätsinformationen eine Infrastruktur im Sinne eines Kollektivguts darstellen, die sich ohne zentrale Steuerung nicht optimal entwickeln wird.“ (SVR 2012) Ordnungspolitisch gesehen gibt es an dieser These wenig auszusetzen. Wieso sollten Versicherte verschiedener Krankenkassen auf Basis unterschiedlicher Parameter - vielleicht auch noch von unterschiedlicher Güte - über die Qualität von Kliniken informiert werden?

Vor gut 10 Jahren hat sich die AOK dennoch anders entschieden, vor allem weil der Forschungs- und Entwicklungsbedarf immens groß war. Angesichts des Wissensvorsprungs, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) heute bei der Messung von Ergebnisqualität im stationären Sektor erzielt hat, muss man konstatieren, dass sich wissenschaftliche Erkenntnisse offenbar wettbewerbslich und im kontinuierlichen Diskurs mit den Akteuren besser entwickeln als zentral gesteuert. Um Fortschritte bei der Qualitätsmessung und -bewertung erzielen zu können, hat sich die Notwendigkeit gezeigt, dass man sich immer wieder der wissenschaftlichen Auseinandersetzung stellt, dass die Qualitätsmessung aktuellen wissenschaftlichen Standards entspricht und man die Instrumente kontinuierlich - auch im Praxistest - weiterentwickelt.

2. Funktionsweise der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)

Was vor 10 Jahren als Forschungsprojekt des AOK-Bundesverbandes, der HELIOS Kliniken, des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) und des Forschungs- und Entwicklungsinstituts für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) begonnen hat, ist mittlerweile ein etabliertes und anerkanntes Verfahren, das auf immer mehr Indikationen ausgeweitet wird.

Grundlage der Qualitätsmessung im QSR-Verfahren sind anonymisierte Routinedaten der AOK. Dazu gehören Angaben über Erkrankungen und Eingriffe,

Liegezeiten, Verlegungen und abgerechnete Krankenhausentgelte stationärer Behandlungen. Die Daten werden fallübergreifend und in Verbindung mit weiteren administrativen Versichertendaten der Krankenkasse - wie etwa dem Alter und Geschlecht der Patienten, dem Versichertenstatus und dem Überlebensstatus - analysiert. Dabei werden alle Daten so anonymisiert, dass verschiedene Behandlungsereignisse einem Patienten zugeordnet werden können, ohne dass die Identität des Patienten bekannt oder ermittelbar ist.

Der zentrale Vorteil von QSR gegenüber traditionellen Qualitätssicherungsverfahren besteht darin, dass auch Ereignisse in die Qualitätsmessung einfließen, die im Therapieverlauf nach dem zu bewertenden Krankenhausaufenthalt auftreten. Erstmals wird routinemäßig eine Langzeitbeobachtung möglich.

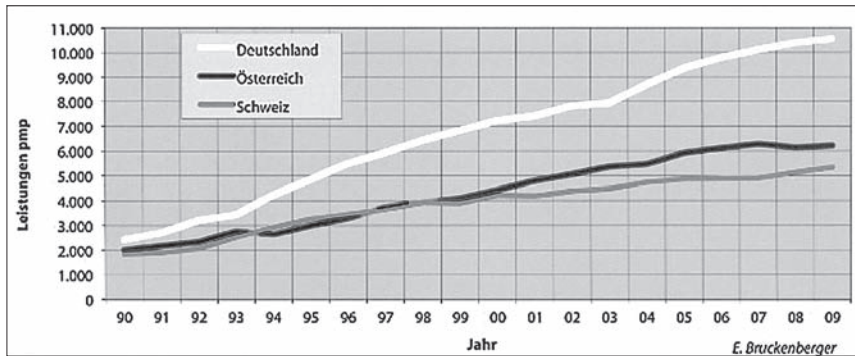
Im QSR-Verfahren wird nicht das gesamte Leistungsspektrum einer Klinik beurteilt, vielmehr werden bestimmte Leistungsbereiche definiert und innerhalb dieser Leistungsbereiche Indikatoren für die Ergebnisqualität analysiert.

Die gewählte Längsschnittperspektive erlaubt es, auch Ergebnisindikatoren außerhalb des eigentlichen Klinikaufenthaltes wie die Sterblichkeit nach 30 Tagen, 90 Tagen und einem Jahr sowie komplikationsbedingte Wiederaufnahmen zu analysieren.

Das WiDO hat jüngst die Leistungserbringung bei Koronarangiographien untersucht, wobei gleichermaßen bei der Messung der Ergebnisqualität als auch bei der Untersuchung der regionalen Verteilung der Fälle bemerkenswerte Ergebnisse zu verzeichnen sind.

Von besonderem Interesse sind Koronarangiographien schon allein deshalb, da sie in Deutschland sehr viel häufiger durchgeführt werden als in unseren Nachbarländern Österreich oder der Schweiz. Dies zeigt der Brucknerberger-Herzbericht schon seit Jahren. So sind in Deutschland allein im Jahr 2010 mehr als 880.000 Koronarangiographien durchgeführt worden, Tendenz steigend. Damit ist die deutsche Bevölkerung einer Eingriffshäufigkeit ausgesetzt, die 70 % höher ist als in Österreich und mit 98 % doppelt so hoch ausfällt, wie in der, ihre Bevölkerung gut versorgenden, Schweiz

Tabelle 1: Entwicklung der Linksherzkatheder-Untersuchungen pro 1 Mio. Einwohner von 1990 bis 2009 im 3-Länder-Vergleich

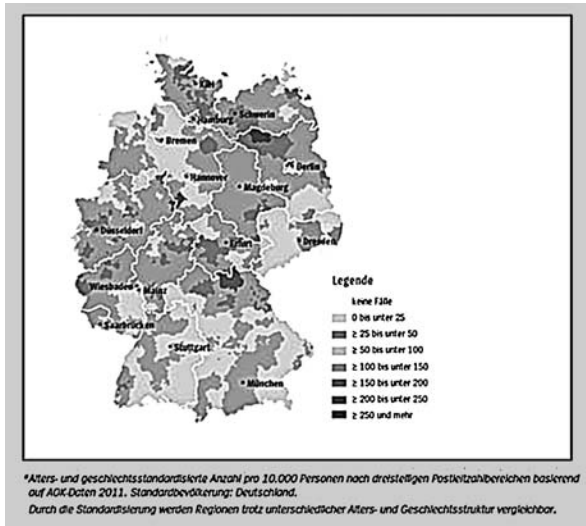


Quelle: E. Bruckenberger, eigne Darstellung

Die wenig plausiblen Eingriffshäufigkeiten in Deutschland ergeben bei Betrachtung auf regionaler Ebene ein noch beunruhigenderes Bild. Das WiDO hat die Häufigkeit der Koronarangiographien nach Postleitzahlenbereichen ausgewertet. Dabei wurde der Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur in den Regionen berücksichtigt. Das Ergebnis: Bei der Untersuchung der bundesweiten Verteilung hat das WiDO festgestellt, dass es Regionen mit weniger als 25 Fällen je 10.000 Versicherte gibt und Regionen mit über 250 Fällen. Im Bezirk mit der höchsten Rate findet die Katheteruntersuchung 10-mal häufiger statt als im Bezirk mit der niedrigsten Rate.

Neben der regionalen Verteilung der Fälle wurde auch die Ergebnisqualität bei Koronarangiographien ermittelt. Fasst man alle Qualitätsindikatoren zusammen, findet sich in 9,6 Prozent aller Fälle mindestens eine Komplikation oder qualitätsrelevantes Ereignis. Vergleicht man nun die in die Analyse einbezogenen 614 leistungserbringenden Krankenhäuser hinsichtlich des Eintretens einer Komplikation oder eines unerwünschten Ereignisses, zeigen 74 Häuser eine Rate bis zu 5 Prozent, während 37 Häuser eine Rate von mehr als 15 Prozent aufweisen.

Tabelle 2: Koronarangiographien (diagnostische Herzkatheter) 2011 je 10.000 Personen nach Postleitzahlbereichen*



Quelle: WiDO 2012

Derart große Unterschiede zwischen Krankenhäusern haben auch Bestand, wenn man eine Risikoadjustierung durchführt, d. h. berücksichtigt, dass die Krankenhäuser unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichen Risiken haben. Im Ergebnis zeigt sich, dass 10 Prozent der Häuser die für sie zu erwartende Ereigniszahl um mindestens 49 Prozent unterschreiten, während aber auch 10 Prozent der Häuser am anderen Ende der Skala eine Überschreitung um mindestens 41 Prozent zeigen. Auf der Ebene der Einzelindikatoren, wie z. B. der Sterblichkeit, zeigen sich gleichfalls große Unterschiede.

Aus der Perspektive der Patienten ist diese Situation äußerst unbefriedigend: Ob eine Koronarangiographie durchgeführt wird und ob man dann in einem Krankenhaus mit hoher Qualität behandelt wird, hängt zu einem guten Teil von Wohnort und Zufall ab. Auch aus der Perspektive der Beitragszahler ist der Zustand kaum akzeptabel: Unabhängig von der Qualität muss jede Leistung bezahlt werden. Krankenkassen haben keine Möglichkeit schlechte Kliniken auch schlechter zu bezahlen oder besonders schlechte Qualität auszusortieren.

Tabelle 3: Qualität bei Koronarangiographien: 9,6 % Komplikationen und unerwünschte Ereignisse

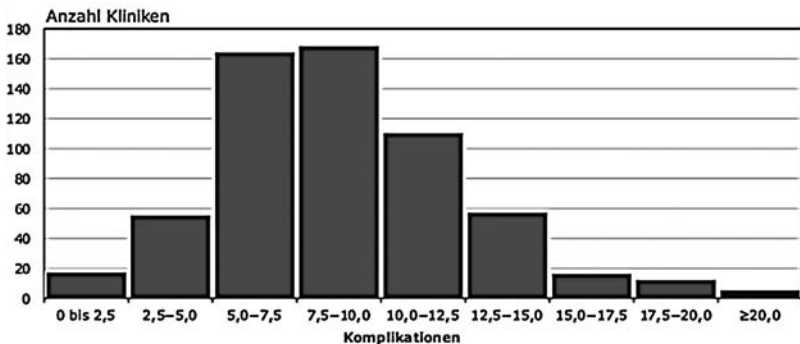
Komplikationsindex: 9,6 %* * Mehrfachereignisse möglich (führt zu abweichendem Gesamtwert)

	1,0 %	Todesfälle innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme
	3,5 %	Komplikationen im Krankenhausaufenthalt, zum Teil innerhalb 30 Tage (Gefäßverschlüsse, Blutungen, Lungenembolien, Nierenversagen u. a.)
	2,6 %	Unerwünschte Ereignisse: Bypass-OP Innerhalb 31 bis 365 Tagen nach Entlassung
	1,5 %	Ballonkatheter (PCI) Innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung
	2,0 %	Erneute Koronarangiographie im gleichen Haus Innerhalb von 365 Tagen

Darstellung: Komplikationen und unerwünschte Ereignisse nach Koronarangiographien bei AOK-Versicherten
 Datenbasis: 330.687 AOK-Versicherte Patienten aus 614 Kliniken (2007 bis 2009)
 Quelle: Krankenhaus-Report 2013

Quelle: Krankenhaus-Report 2013

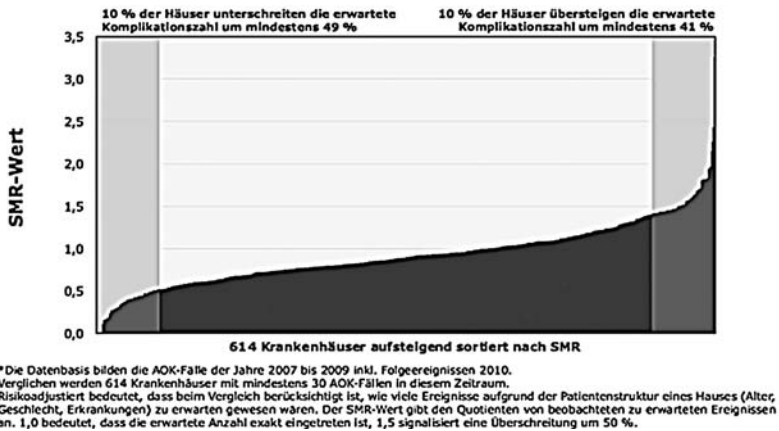
Tabelle 4: Komplikationen und unerwünschte Ereignisse bei Koronarangiographien*



* Die Datenbasis bilden die AOK-Fälle der Jahre 2007 bis 2009 inklusive Folgeereignisse 2010. Verglichen werden 614 Krankenhäuser mit mindestens 30 AOK-Fällen in diesem Zeitraum. Der Komplikationsindex enthält Komplikationen und unerwünschte Ereignisse gemäß vorhergehender Folie.
 Quelle: Krankenhaus-Report 2013

Quelle: Krankenhaus-Report 2013

Tabelle 5: Komplikationen und unerwünschte Ereignisse bei Koronarangiographien (risikoadjustiert)*



Quelle: Krankenhaus-Report 2013

3. Einsatz und Wirkung der QSR-Ergebnisse

Je weiter das QSR-Verfahren entwickelt wird, desto dringender stellt sich der AOK die Frage, wie man verantwortungsbewusst mit diesen Daten umgeht. In einem ersten Schritt wurden die QSR-Ergebnisse ausschließlich interessierten Kliniken für die interne Qualitätssicherung zur Verfügung gestellt. Zugegebenermaßen ist der Einfluss dieser Informationen auf das Klinikgeschehen nur von begrenzter Wirkung, da der finanzielle Erfolg von Kliniken eben nicht von diesen Qualitätskriterien abhängt. Im Jahr 2010 hat sich die AOK entschlossen einen Schritt weiter zu gehen und Patienten und Öffentlichkeit bei bestimmten planbaren Operationen über die Ergebnisqualität von Kliniken zu informieren. Hauptinstrument ist der AOK-Krankenhausnavigator, der kontinuierlich ausgebaut und erweitert wird. Im vergangenen Jahr hat das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) dem Gemeinsamen Bundesausschuss sogar empfohlen, unsere QSR-Indikatoren bei der Hüftprothesenversorgung und im Wesentlichen auch bei der Knieprothesenversorgung zum Bestandteil der externen sektorenübergreifenden Qualitätssiche-

rung zu machen. Diese Indikatoren werden bereits heute für die öffentliche Berichterstattung im AOK-Krankenhausnavigator verwendet. Die Information auf Basis wissenschaftlich fundierter Ergebnisse kann aber nur der erste Schritt sein. In einem zweiten Schritt sollte die Qualität auch die Basis für die Entscheidung bei der Wahl einer Klinik werden. Dabei spielt der einweisende Arzt eine entscheidende Rolle. Aus diesem Grund haben die AOK Nordost und die AOK Hessen in diesem Jahr eine Information für einweisende Ärzte entwickelt. Sie soll die Grundlage für die Auswahl guter Krankenhäuser darstellen. Die AOK Rheinland-Hamburg will im kommenden Jahr sogar noch einen Schritt weiter gehen. Die Arzt-information wird um eine Patientenberatung ergänzt. Die Versicherten werden bei einer geplanten Hüftendprothesen-Operation zu Kliniken beraten, die eine besonders gute Qualität bieten. Ziel ist es dabei, die Versorgungsqualität der AOK-Versicherten zu erhöhen. Erklärtes Ziel ist es auch, den Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern zu intensivieren. Es mag kaum überraschen, das QSR-Verfahren wird gerade im Spannungsfeld zwischen regionalen Akteuren und allgemeingültigen wissenschaftlichen Standards vor besondere Herausforderungen gestellt.

Die AOK wird sich dafür einsetzen, dass die Rahmenbedingungen weiter verändern. Angesichts der steigenden Transparenz hinsichtlich der Qualitätsunterschiede zwischen den Kliniken in Kombination mit der ökonomisch motivierten Mengenentwicklung im stationären Sektor steigt der Handlungsdruck. Um von einer der Mengenorientierung zur Qualitätsorientierung gelangen zu können, benötigt das DRG-System eine Flankierung durch Qualitätskriterien bei Krankenhausplanung und -finanzierung.

