


9. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik  
08. November 2007, Solothurn

# Qualitätssicherung durch Outcome- Messungen und Routinedaten-Analyse Potentiale und Grenzen

Constanze Hergeth



**Vergleiche sind schwierig, aber Vergleiche sind in der Wissenschaft notwendig. Solange wir keine freiwilligen Vergleiche von therapeutischen Massnahmen vornehmen, können wir nicht behaupten, dass eine stationäre Behandlung wirksam und wirtschaftlich ist. (Codman 1934)**

**Ergebnisse bleiben im Grossen und Ganzen die ultimative Beurteilungsebene für die Wirksamkeit und Qualität der medizinischen Versorgung. (Donabedian 1966)**

**Umsetzung in Praxis - 2007?**

# Forderung des Gesetzgebers nach Betriebsvergleichen zu Kosten und Ergebnisqualität

seit 1996 verlangt das KVG:

- „Vertragspartner und zuständige Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erbracht wird“ (Art. 43 Abs.6)
- „Der Bundesrat regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität zu sichern ist...“(Art.58 Abs.3)

# Revidiertes KVG - Stand nach Differenz- bereinigungsverfahren Ständerat / Nationalrat vom 24.09.2007

## 1. Angemessener Einbezug Privater (Art. 39, Abs.1 lit.d)

- Künftig gelten Private gemäss BAG dann als angemessen in die Planung einbezogen, wenn öffentliche und private Leistungserbringer bei der Vergabe von Leistungsaufträgen nach den gleichen Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit evaluiert wurden.

## 2. Einheitliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Anbieter (Art. 49 Abs.8)

- Neu wird der Bundesrat ermächtigt, in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zu Kosten und medizinischer **Ergebnisqualität** anzuordnen und diese zu **veröffentlichen**.

# Folgerungen aus dieser Gesetzgebung

- 1. Qualität als ein zentraler Aspekt der Allokation; Messung und Beurteilung der Ergebnisqualität ist ein komplexes Thema**
- 2. Kantone einzeln beauftragt, KVG umzusetzen, jedoch überkantonales Vorgehen sinnvoll**
- 3. Konflikt zwischen Anspruch des Gesetzgebers und vorhandenen Parametern zur Ergebnisqualität**
- 4. In der Übergangszeit, bis valide Qualitätsdaten zur Durchführung von Betriebsvergleichen vorhanden sind, können Qualitätsmessungen kein Planungsinstrument sein (Differenzen zwischen Leistungserbringern und Planfestsetzungsbehörde)**

# Daraus sich ergebende Probleme

- 1. Wer hat Verantwortung für das Gesamtkonzept (Datensatz, Datenerhebung, Datenqualität), gibt es eine gesamtschweizerische Instanz?**
- 2. Wer definiert Benchmark-Schwellenwerte und Standards, wann sind diese Standards anerkannt?**
- 3. Wie werden Einzelurteile zu einer Bewertung einer Fachabteilung, eines Spitals aggregiert?**
- 4. Ist ein signifikantes Abweichen von der in der Fachliteratur beschriebenen Komplikationsrate ein Qualitätsmangel?**
- 5. Was sind die Konsequenzen, wenn ein Leistungserbringer die Standards nicht erfüllt? Rechtfertigt es den Entzug des Leistungsauftrages, werden Fristen zur Verbesserung gewährt?**

# Stand der Qualitätssicherung heute (1/2)

- 1. Qualitätsmessungen in den Spitälern – allgegenwärtiges Thema (Verein Outcome, Comparisstudie, Qualitätsoffensive Unispital Basel, Aktivitäten der Fachgesellschaften)**
- 2. heute etablierte Qualitätskultur, die auf unterschiedlichen kantonalen Strategien basiert :**
  - dominiert von Aussagen zu Prozess- und Strukturqualität sowie subjektiven Patientenzufriedenheitsbefragungen
  - kaum reliable repräsentative Qualitätsaussagen auf Spital- oder Fachabteilungs- oder Einzelleistungsebene vorhanden
  - umfassende Qualitätstransparenz für die Öffentlichkeit (Kantone, Versicherer, Bevölkerung, Spitäler) nicht gewährleistet, häufig geschlossene Zirkel, Zugang zu Qualitätsdaten nicht gegeben

→ ggf. vorhandene Qualitätsmängel heute ohne Einfluss auf Leistungseinkauf

# Stand der Qualitätssicherung heute (2/2)

## 2. Qualitätskultur (Forts.)

- fehlende differenzierte Risikoadjustierung, damit mangelnde Vergleichbarkeit der Daten
- in der Regel Fallbezug – keine Betrachtung der „Patientenkarriere“
  - Beurteilung nur auf einzelnen stationären Fall beschränkt
  - keine Bewertung über Zeitpunkt des Spitalaustritts hinaus
  - heute kaum Verlaufsbeurteilungen (maligne Erkrankungen, Implantate) möglich

# Qualität als Vertragsinhalt - Qualität als Wettbewerbselement (1/2)

- 1. Definition der Qualitätsdimensionen (Donabedian), die gemessen werden sollen**
  - Strukturqualität
  - Prozessqualität
  - **Ergebnisqualität**
- 2. Konzeption der Messverfahren / Auswahl der Indikatoren**
  - geeigneter Indikatorensatz zur Abbildung der Ergebnisqualität
  - eindeutige Definition medizinischer Leistungen (Diagnosen, Prozeduren)
    - DRG-Bezug oft nicht sinnvoll, da Fallgruppe ökonomisch, aber nicht zwingend medizinisch homogen

# Qualität als Vertragsinhalt - Qualität als Wettbewerbselement (2/2)

- Indikatoren müssen Ergebnis der medizinischen Behandlung abbilden, andere Faktoren sollten weitgehend ausgeschaltet werden – Risikoadjustierung
- Schweregradlevel (PCCL) zur Risikoadjustierung nicht geeignet, da keine Differenzierung zwischen neu erworbener bzw. vorbestehender Komorbidität, beide Nebendiagnosen erhöhen ggf. Schweregrad

**3. Qualität muss nachvollziehbar und valide bewertbar sein (spitalübergreifend) als Voraussetzung für datengestützte Entscheide**

**4. Erteilung von Leistungsaufträgen muss justiziabel sein, deshalb Abstützen auf objektive Qualitätsdaten notwendig**

**aber Aufbauprozess über Jahre**

# Routinedaten -Vorteile

## 1. gesicherte Datenlage und -qualität

- kaum Manipulationsmöglichkeiten (Vollständigkeit der Daten, Datenprüfungen)
- finanzielle Vergütung direkt von Falldaten abhängig; Kodierung der Komplikationen bedingt oft Ansteigen der Fallschwere und damit eine erhöhte finanzielle Abgeltung
- keine Selbstmessungen

## 2. einheitliche Kodierregeln, definiertes Datenformat, elektronisch vorhandene Datensätze

## 3. vertretbarer Aufwand für die Datenerhebung, kaum Zusatzdokumentationen erforderlich

## 4. Falldaten aus dem stationären Aufenthalt bilden Ergebnisqualität punktuell ab, keine Verlaufsbeurteilung, deshalb Rückgriff auf Routinedaten der Kostenträger z.B. über Versicherung zu erwägen (setzt stabile Versicherungsverhältnisse voraus)

# Routinedaten - Nachteile

- 1. DRG-System bildet Komplexität hinsichtlich Ressourcenverbrauch ab, medizinische Heterogenität teilweise fraglich (bestimmte Diagnosen dürfen nach aktuellen Kodierrichtlinien nicht kodiert werden, Routinedaten sind nicht für Qualitätsmessung optimiert)**
- 2. klinische Informationen fehlen partiell (Tumorstadium)**
- 3. keine Differenzierung zwischen vorbestehender bzw. während des stationären Aufenthaltes erworbener Erkrankungen (Dekubitus, Pneumonie)**
- 4. Indikatoren zur Lebensqualität, Funktionalität, Arbeitsfähigkeit, Patienten-Compliance derzeit kaum verfügbar**

# Zusammenfassung – Messung der Ergebnisqualität

- 1. zuerst bedachtsame Definition der Messparameter**
  - Auswahl, Aussagekraft
  - vermeidbare Komplikationen müssen von unerwünschten nicht vermeidbaren Erscheinungen unterschieden werden
- 2. differenzierte Risikoadjustierung zwingend erforderlich zur Kompensation der Unterschiede im Patientengut**
- 3. Erläuterungen bzw. Interpretationshilfen bei der Ergebnisdarstellung notwendig**



**Grundlage kann nur ein koordiniertes Vorgehen aller Akteure im Gesundheitswesens sein**



**zügige Projektkonzeption und Festlegung der Verantwortlichkeiten nötig, damit Qualitätsdaten in angemessener Zeit zur Verfügung stehen**

# Zusammenfassung – Möglichkeiten der Routine- datenanalyse

- 1. Routinedaten bilden Ergebnisqualität begrenzt ab, zusätzliche Elemente (Funktionalität, Rehospitalisationen, Arbeitsfähigkeit usw.) erforderlich**
- 2. fallbezogene Routinedatenanalyse für umfassende Qualitätsbeurteilung nicht optimal, aber 1. Schritt**
- 3. deshalb Verwendung personenbezogener, den einzelnen Spitalfall übergreifende Routinedaten („Patientenkarriere“) als längerfristiges Ziel**
- 4. ständige Systemweiterentwicklung notwendig**
  - Abbildung bestimmter bisher fehlender klinischer Informationen über die Klassifikation (z. B. Tumorstadium)
  - Differenzierung in vorbestehende / in Behandlungsfolge aufgetretene Komorbiditäten

## Quellen:

**AOK-Bundesverband, FEISA, Helios Kliniken, WIdO:  
Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten,  
Abschlussbericht, 2007**

**Siebers, L et al.: Möglichkeiten und Chancen der Analyse von  
Qualitätskriterien auf der Basis von DRG-Routinedaten, 2007**