QUALITÄTSSICHERUNG 11.03.2016

Ein objektiver Vergleich? Probleme der Qualitätsmessung



© iStock/macgyverhh

Das Krankenhausstrukturgesetz wirft seine Schatten voraus. Zukünftig soll die Höhe der Vergütung von Krankenhausleistungen abhängig von deren Qualität sein. Was aber ist Qualität und (wie) ist sie überhaupt zu messen? Im vorliegenden Artikel gehen die Autoren diesen Fragen nach, setzen sich kritisch mit einer populären Bewertungsmethode auseinander und liefern Denkanstöße für den G-BA, der aufgefordert ist, bis zum 31. Dezember 2016 rechtssichere Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln.

Eine erste krankenhausspezifische Definition von Qualität geht auf Donabedian zurück und stammt aus dem Jahr 1966: „Quality of care is the extent to which actual care is in conformity with pre-set criteria for good care.“ Auf ihn ist auch die heute noch aktuelle Differenzierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zurückzuführen. Es ist zu berücksichtigen, dass der Qualitätsbegriff nicht mit der reinen Patientenzufriedenheit zu verwechseln ist, da die sich häufig nicht auf die medizinische Hauptleistung bezieht, sondern eher mit der Freundlichkeit des Personals, der Speiseversorgung und weiteren Serviceleistungen zu tun hat.

Schwierigkeiten der Beurteilung

Die Messung der Krankenhausqualität ist deswegen mit einer Reihe von Problemen verbunden, weil es sich bei Krankenhausleistungen um Dienstleistungen handelt, bei denen Produktion und Inanspruchnahme gleichzeitig erfolgen. Aufgrund dieses so genannten uno-actu-Prinzips ist es im Vorfeld eines Krankenhausaufenthaltes nicht möglich, verschiedene Angebote in Augenschein zu nehmen und miteinander zu vergleichen. Während man andere Dienstleistungen, zum Beispiel die eines Restaurants, durch Ausprobieren kennenlernen oder sich auf die Erfahrungen anderer verlassen kann, ist das bei Krankenhausleistungen nicht ohne Weiteres möglich. Gesundheitliche Probleme sind zudem nie ganz vergleichbar.

Außerdem enthält die Therapie eine individuelle Arzt-Patienten-Komponente und hängt von den Selbstheilungskräften sowie der Compliance der Patienten ab. Gesundheitsleistungen unterscheiden sich auch deutlich von Industrieprodukten, wie zum Beispiel Waschmaschinen, die man zwar ähnlich wie Krankenhausleistungen selten kauft beziehungsweise in Anspruch nimmt, bei denen eine objektive Qualitätsbeurteilung zum Beispiel durch Test-Institute, allerdings möglich ist.

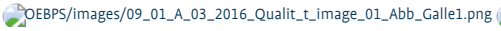
Beispiele für Qualitätsrankings

Daran ändern nach Ansicht der Autoren auch verschiedene bekannte Instrumente, die sich dem transparenten Vergleich von Kliniken verschrieben haben, nichts, wie zum Beispiel die Weiße Liste, der TK-Klinikführer oder der AOK-Krankenhaus-Report.

Beim Klinik-Report der AOK Rheinland/Hamburg werden die Kliniken Jahr für Jahr in den sechs Kategorien Gallenblasen-OP, Hüft-Bruch, Blinddarm-OP, neues Hüftgelenk, neues Kniegelenk und Herzkatheter bewertet. Die Kasse untersucht die Daten ihrer Mitglieder daraufhin, ob es während oder nach dem Eingriff zu Komplikationen gekommen ist und wie viele Komplikationen zu erwarten waren. Auf Basis dieser Auswertung werden die Häuser in den verschiedenen Kategorien in folgende drei Gruppen eingeteilt: überdurchschnittliche, durchschnittliche und unterdurchschnittliche Qualität. Fraglich ist allerdings, ob

die von der AOK vorgenommene Risikoadjustierung sinnvoll ist. Ausgehend von dieser Fragestellung, setzen sich die Autoren im Folgenden kritisch mit der Methodik der Bewertung der Gallenblasen-OPs auseinander.

Abb. 1: Cholecystektomie bei akuter Cholecystitis, 32 Jahre mach Magenoperation (Billroth 2). Offene Operation bei gleichzeitig notwendiger Gallengangsanastomose ohne Komplikation. Quelle: Lukaskrankenhaus Neuss



AOK-Krankenhaus-Report

Zunächst fällt auf, dass beim AOK-Report sämtliche Patienten, die einer in Abbildung 1 exemplarisch dargestellten Gallenblasenentfernung (Cholecystektomie) unterzogen wurden, in die Auswertung einfließen. Eine Differenzierung, ob es sich um eine Elektiv- oder um eine Notfalloperation handelte, erfolgt dabei nicht. Zwar wird in beiden Fällen die gleiche Operation vorgenommen, jedoch ist der Risikokontext ein vollkommen anderer. Während eine sogenannte chronische Galle zu einem Elektiveingriff führt, besteht bei einer schweren akuten Galle Lebensgefahr für den Patienten.

Eine Vermischung dieser unterschiedlichen Risikoklassen sollte unzulässig sein, da bestimmte Kliniken fast ausschließlich Elektivpatienten behandeln. Große renommierte Krankenhäuser wie das Lukaskrankenhaus Neuss, das jährlich einen im NRW-Vergleich um ein Drittel höheren Anteil an schweren akuten Gallen operiert, erhalten auf diese Weise einen Expertenmalus, der zu einer negativen Bewertung im Krankenhaus-Report führt.

Auffällig ist auch, dass beim AOK-Report die Entfernung eines Stents innerhalb von zehn Wochen als Re-OP und mithin als Indikator für negative Qualität aufgefasst wird. Im Neusser Lukaskrankenhaus werden die Stents, soweit es medizinisch vertretbar ist, häufig bereits innerhalb der ersten sechs Wochen entfernt. Auch diese, die Lebensqualität des Patienten deutlich steigernde Maßnahme, führt zu einer schlechteren Bewertung im Klinik-Report.

Abweichungen von Leitlinien

Als Indikatoren für Qualitätsmängel definiert die AOK Transfusion/Blutung innerhalb von sieben Tagen nach der OP, sonstige Komplikationen sowie die Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen.

Nach den bisherigen Ergebnissen an mehreren hunderttausend Patienten lassen sich als unabhängige Faktoren für zu erwartende Komplikationen Patientengruppen herausfiltern, die

•älter als 65 Jahre sind,

•ASA über III zeigen (Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen),

•eine schwere akute Cholecystitis bei Cholecystolithiasis erlitten,

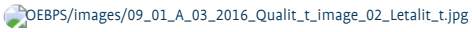
•ein primär offenes operatives Verfahren oder den Umstieg auf ein offenes Verfahren benötigten oder

•unter anderen schweren Begleiterkrankungen einschließlich der Lebererkrankungen litten.

Diese Patientengruppen müssen somit getrennt voneinander betrachtet werden. Der alleinige Ausschluss von Patienten mit Malignomen ist nicht ausreichend. Als Indikator für einen guten Qualitätsstandard gilt nach den Ärztekammern und den Leitlinien der Deutschen Gesellschaften für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie denen der Viszeralchirurgie ein vollständiges Gesamtkonzept. Das umfasst die präoperative Sicherung der Diagnose mittels Ultraschall und Laborbefunden sowie die histologische Sicherung postoperativ.

Die intraoperative Notwendigkeit der offenen Cholecystektomie beziehungsweise der intraoperativen Konversion zum offenen Verfahren wird registriert (allgemeine CE 2-4 %, bei schwerer akuter Galle bis 30 %). Als operative und postoperative Probleme werden Verletzung des großen Hauptgallengangs (< 0,5 %), postoperative Re-Interventionen, Komplikationen (allgemein 2-3 %, bei schwerer akuter Galle bis 20 %) und der mögliche Tod bei ASA I-III Patienten (< 0,3 %; bei ASA > III und bei offener Cholecystektomie erhöht) angesehen. Die Notwendigkeit der Blutsubstitution wird mit unter 2 % nicht registriert, da sie meist durch weitere externe Faktoren bedingt ist. So fällt im QS-Vergleich (QS = Qualitätssicherung) des Neusser Lukaskrankenhauses mit den anderen Kliniken des Landes NRW auf, dass die Gesamtzahl der Cholecystektomien wegen akuter Cholecystitis mit 40,7 % versus 39,2 % nicht unterschiedlich zu sein scheint, jedoch schwere akute Cholecystitis (pathologische Leucocytenzahl plus Histologie) hier mit 38,5 % versus 26,3 % etwa ein Drittel häufiger zu verzeichnen war, als in den anderen Kliniken (s. o.). Das wirkt sich mit einer minimal erhöhten Umsteigerate von 10,1 % gegenüber 8,1 % aus. Die Letalitätsrate der Patienten liegt dagegen im untersten Perzentilenbereich aller Kliniken (**Abb. 2**).

Abb. 2: Letalitätsrate des Lukaskrankenhauses Neuss im NRW-Vergleich Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Qualitätsberichts der Ärztekammer Nordrhein



Schwachstellen in der Bewertung

Beispielhaft zeigen sich auch hier einige Schwachstellen der AOK-Bewertung. Es werden abrechnungs- und verschlüsselungsspezifische Daten ausgewertet. Medizinische Daten werden nicht nach ihrer in Studien belegten Relevanz erhoben, sondern unbewiesen in einen kausalen Zusammenhang zum Ergebnis gestellt, was sich in der subjektiven Auswahl der Faktoren zur Ermittlung des standardisierten Morbiditäts-/Mortalitätsratio widerspiegelt.

Das erscheint umso unverständlicher, als dass die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung seit Jahren Operationen an der Gallenblase registriert und nach wissenschaftlich erwiesenen Qualitätsindikatoren erfasst (s. S3 Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und der deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie; AWMF Register-Nr. 021/008):

•Erhebung eines histologischen Befundes (100 %),

•Durchführung präoperativer Diagnostik bei Zeichen der extrahepatischen Cholestase (100 %),

•Rate eingriffsspezifischer behandlungsbedürftiger Komplikationen (Blutung, periphere Gallengangsverletzung, Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus, Residualstein im Gallengang) (≤ 95 %-Perzentile aller Kliniken)

•Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus (Sentinel Event = Komplikation, der in einer Einzelfallanalyse nachgegangen werden sollte, um sie vollständig zu vermeiden),

•Rate allgemeiner behandlungsbedürftiger postoperativer Komplikationen (≤ 95 %-Perzentile aller Kliniken),

•Reinterventionsrate bei laparoskopisch begonnener Cholecystektomie (≤ 2 %)

•Letalität in den ASA-Risikoklassen I-III (Sentinel Event).

Kritik an statistischer Methodik

Die Autoren haben sich auch mit der Frage beschäftigt, ob der Krankenhaus-Report auf einer wissenschaftlich validen Faktorenanalyse, wie sie zum Beispiel als Grundlage für die Erstellung von Leitlinien verlangt wird, basiert. Um diese Frage zu bejahen, hätten zuerst die Prämissen überprüft werden müssen.

Ereignisse wie sämtliche Komplikationen nach einer Prozedur müssen immer auf ihre Unabhängigkeit beziehungsweise Abhängigkeit von äußeren Faktoren (zum Beispiel Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, Ausprägung einer spezifischen Erkrankung) hin kontrolliert werden. Das gilt auch für die subjektive Bewertung von Ereignissen, wie zum Beispiel die Bedeutung einer lokalen Wundheilungsstörung bis zum Tod des Patienten. Allerdings hätte das sicherlich den Aufwand massiv gesteigert und zusätzlich mit den entsprechenden medizinisch wissenschaftlichen Gremien und Ärztekammern nochmals diskutiert werden müssen.

Positiv ist zu erwähnen, dass die AOK-Systematik ein externes Monitoring beinhaltet, sodass die Daten – trotz aller Schwächen – als belastbar anzusehen sind. Von einer objektiven Risikoadjustierung kann aus Sicht der Autoren gleichwohl keine Rede sein.

Konträre Ergebnisse

Zieht man neben dem wohl härtesten aller Qualitätskriterien, der Mortalität, andere sinnvolle Indikatoren, nämlich die MRSA-, Dekubitus- und Sepsisquote heran, gelangt man zu vollkommen anderen Ergebnissen. Für das Lukaskrankenhaus Neuss im Allgemeinen sowie dessen Klinik für Allgemeinchirurgie im Speziellen lässt sich hieraus, wie in Tabelle 1 dargestellt, eine stark überdurchschnittliche Qualität ableiten – und keine unterdurchschnittliche wie für die Gallenblasen-OPs beim AOK-Report. Ebenfalls zu sehr positiven Ergebnissen für das Lukaskrankenhaus gelangte eine zusammen mit der Firma 3M durchgeführte Qualitätsmessung auf Basis der German Inpatient Quality Indicators. Dieser Widerspruch zeigt eindrucksvoll die Schwierigkeiten auf, die mit dem Versuch verbunden sind, eine objektive und eindeutige Messung der Leistungsqualität eines Krankenhauses vorzunehmen.

Tab. 1: Alternative Qualitätsmessung. Qualitätsindikatoren aus Routinedaten (2014) der Städtische Kliniken Neuss – Lukaskrankenhaus – GmbH. Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Lukaskrankenhauses Neuss und des Krankenhauszweckverbandes Rheinland e.V.

Klinik	Indikatoren	Lukas-KH Ergebnis	Erwartetes Ergebnis
Allgemein	Sterblichkeit im Krankenhaus	1.76%	2.05%
	Anteil der Patienten mit MRSA an allen stationär behandelten Patienten	0.53%	0.83%
	Anteil der Patienten mit Dekubitus 2. bis 4. Grades an allen stationär behandelten Patienten	0.62%	1.28%
	Sepsis (als Hauptdiagnose), Anteil Todesfälle	7.09%	19.48%
Allgemeinchirurgie	Beatmung > 24 Stunden (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle	34.38%	38.96%
	Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Todesfälle	3.51%	8.17%
	Pankreasresektionen gesamt (Alter > 19 J., ohne Transplantation), Anteil Todesfälle	9.09%	10.30%
	Größere Resektionen von Lunge oder Bronchien über alle Diagnosen, Anteil Todesfälle	0.00%	2.71%
	Teilresektion der Lunge bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	0.00%	1.92%
	Schilddrüsenresektionen – Anteil Beatmungsfälle (> 24 Std.)	0.37%	0.71%
	Cholezystektomie bei Gallensteinen, Anteil Todesfälle	0.00%	0.39%
	Iatrogene Verletzungen im Rahmen einer Cholezystektomie und transfusionspflichtige intra- und postoperative Blutungen	1.48%	2.83%
	Allgemeine schwerwiegende postoperative Komplikationen nach Cholezystektomie	1.11%	3.20%
	Patienten mit Herniotomie ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	0.00%	0.12%
	Komplikationen nach Hernien-OP	0.00%	3.24%
	Komplikationen nach Appendektomie	0.94%	3.27%

Quelle: Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.

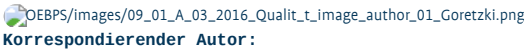
Fazit und Ausblick

Es ist auffällig, dass kleine Krankenhäuser beim AOK-Klink-Report prinzipiell besser abschneiden als Kliniken der Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Das widerspricht dem Prinzip, dass Größe und Leistungsmenge eines Hauses bei diversen Mindestmengenentscheidungen des G-BA als positive Qualitätsindikatoren angesehen we rden. Hier schlägt der Expertenmalus solcher Häuser, die multimorbide Patienten mit höheren Behandlungsrisiken aufnehmen, durch. Durch die Veröffentlichung von Negativbewertungen kommt es zu einer Verunsicherung von Patienten. Vor dem Hintergrund der Mängel klagen verschiedene Krankenhäuser vor dem Sozialgericht Berlin gegen den Klinik-Report.

Natürlich wird sich kein Krankenhausvertreter gegen gute Qualität aussprechen. Allerdings muss sie richtig, fair und unzweifelhaft gemessen werden. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien fällt dem G-BA eine Aufgabe zu, die nicht leicht zu bewältigen sein dürfte. Er wäre gut beraten, eine Vorabklassifikation von Patienten und die Definition eigenständiger Faktoren vorzunehmen. Wie die Qualitätsmessung am Ende ausfallen wird, bleibt abzuwarten. Bis dahin ist es noch ein langer, schwerer Weg.

Literatur bei den Verfassern

Dieser Artikel ist in der November-Ausgabe 2015 der „KU Gesundheitsmanament“, Seite 61-64, erschienen.



Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. Peter E. Goretzki

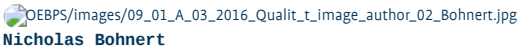
Chefarzt Chirurgische Klinik I

Städtische Kliniken Neuss

Lukaskrankenhaus GmbH

Preußenstr. 84, 41464 Neuss

apohl@lukasneuss.de



Nicholas Bohnert

Oberarzt Chirurgische Klinik I

Städtische Kliniken Neuss

Lukaskrankenhaus GmbH


OEBPS/images/09_01_A_03_2016_Qualit_t_image_author_03_Kr_mer.jpg

Dr. Nicolas Krämer

Kaufmännischer Geschäftsführer

Städtische Kliniken Neuss

Lukaskrankenhaus GmbH


OEBPS/images/09_01_A_03_2016_Qualit_t_image_author_04_Lammers.png

Dr. Bernhard J. Lammers

Leitender Arzt Chirurgische Klinik I

Städtische Kliniken Neuss

Lukaskrankenhaus GmbH

Goretzki P.E. / Bohnert N. / Krämer N. / Lammers J. Ein objektiver Vergleich? Probleme der Qualitätsmessung. Passion Chirurgie. 2016 März, 6(03): Artikel 09_01.