

Qualitätssicherung mit Routinedaten – P4P durch die Hintertür?



Qualität ganz allgemein definiert den Zustand eines Systems. Unter Qualitätssicherung versteht man jene Maßnahmen, die geeignet erscheinen, allgemein anerkannte und definierte Qualitätsanforderungen und Standards sicherzustellen. Wenn man die Einlassungen mancher Krankenkassen liest, könnte man zu dem Schluss gelangen, Qualitätssicherung sei für deutsche Mediziner ein Fremdwort. Doch wer kümmert sich in der realen Welt um die Aus- und Weiterbildung, liest und publiziert, organisiert und besucht nationale und internationale Kongresse, hospitiert im nationalen aber auch im internationalen Bereich, um bestmögliche Prozess- und Ergebnisqualität erzielen zu können?

Die Qualitätssicherung ist kein Instrument zur Qualitätssteigerung

Um eine Qualitätssteigerung zu erreichen, bedarf es vielfältiger Maßnahmen und Veränderungen. Man spricht in diesem Zusammenhang von Qualitätsmanagement. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind Voraussetzung für ein optimales patientenzentriertes Medizinsystem. Allerdings dürfte das Qualitätsmanagement in seiner heutigen rein ökonomischen Begrifflichkeit eher Teil des Problems sein, als dessen Lösung. Denn QM ist ein Begriff, welcher ursprünglich aus der Industrie stammt. Er lebt davon, dass alle Abläufe als Prozess dargestellt werden und jeder Teil des Prozesses im Sinne des Donabedian-Zyklus immer weiter verbessert wird. Im Wesentlichen geht es also um die Effizienz technischer Prozesse. Technische Prozesse lassen sich leicht mit mathematischen Formeln abbilden. Industrielle Qualitätssicherung ist somit eine relativ triviale Aufgabe. Bettina Wazecha aber meint mit guten Argumenten: „Es sei die Crux von Qualitätssicherung und – Management, dass umso mehr nicht Messbares zu berücksichtigen sei, je komplexer eine Arbeit oder Aufgabe würde.“ In jedem Falle aber muss gelten: Mathematische Operationen auf welchen Qualitätssicherung beruht, müssen vollkommen transparent und nachvollziehbar sein.

Der Qualitätsbegriff entzieht sich somit einer eindeutigen Definition, denn Qualität in der Medizin wird nicht allein definiert durch Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Definition von Qualität besitzt vielmehr auch eine psychologische Komponente. Diese ist geprägt vom Zeitgeist, Erwartungen, Befindlichkeiten und nicht zuletzt von finanziellen Gegebenheiten.

Am ehesten mag noch die Definition von David Osoba zutreffen, die da sagt: „Eine medizinische Maßnahme müsse den Stand der Wissenschaft repräsentieren und mit dem geringsten Aufwand für den Patienten und die Gesellschaft durchgeführt werden.“

Unter dieser Prämisse soll die Qualitätssicherung mit Routinedaten betrachtet und hinterfragt werden. Diese wurde 2002 als gemeinsames Entwicklungsprojekt des wissenschaftlichen Institutes der AOK (WIDO), des

Bundesverbandes der Krankenkassen, des Forschungsinstitutes Gesundheitswesen Sachsen Anhalt und des HELIOS-Konzernes aus der Taufe gehoben und seit 2008 vom WIdO mit Unterstützung des HELIOS Stiftungslehrstuhles Berlin weiterentwickelt.

Schlagzeilen als Mittel der Qualitätssicherung – oder was könnte dahinterstecken?

Jede achte Blinddarmoperation macht Probleme. Tausende von Patienten müssen an Infektionen mit Krankenhauskeimen sterben, weil in den Krankenhäusern elementare Hygienestandards nicht eingehalten werden. Die Schlagzeilen, mit denen die Krankenkassen in die Offensive gehen gegen Ärzte und Pflegepersonal, haben Methode.

Geflissentlich übersieht man dabei die dramatischen Auswirkungen der Ökonomisierung, der man in der Hoffnung auf maximale Einsparungen doch so enthusiastisch zugestimmt hat. Outsourcing der “niederen” Dienste mit Verdienstverlust von 20 % und Leistungsvorgaben, die zu Hygienemängeln führen müssen. Reduktion der Pflegedienste unter jedes zulässige Maß, obwohl man weiß, dass damit die Zahl der Komplikationen steigen muss. Zunehmender ökonomischer Druck auf die Leistungsträger mit der Vorgabe in einem übersättigten Markt die Leistungen zu steigern, EBITDA Erwartungen, die nur durch den Verkauf überflüssiger Leistungen zum Höchstpreis erfüllt werden können, Überbelegung von Stationen mit steigender Fehlerwahrscheinlichkeit und dann der Aufschrei der Kassen – zu viel, zu schlecht, zu unhygienisch.

Ist man auf dem einen Auge blind, oder sind die Beweggründe für die Aktionen möglicherweise neben sehr berechtigten Forderungen sehr viel weniger human, als die Protagonisten der Qualitätssicherung mit Routinedaten den Anschein erwecken wollen?

Stecken dahinter vielleicht handfeste wirtschaftliche Interessen, denen das Mäntelchen der Qualität besonders gut zu Gesichte steht? Denn welcher Arzt, welcher Pfleger würde nicht nachhaltig Qualität im Sinne des Patientenwohles fordern?

Mancur Olsen, hat das Problem auf den Punkt gebracht. Wenn es Gesellschaften lange Zeit zu gut geht, erstarren sie und mächtige Lobbygruppen reißen die Macht an sich. Dieses Principal Client Phänomen lässt sich im Medizinsystem besonders gut beobachten.

Einflussreiche Interessengruppen haben eine Pattsituation untereinander herbeigeführt, die dem Machterhalt dient und eine vernunftgeleitete Veränderung des Systems fast unmöglich macht.

Betrachtet man die objektiven demographischen und wirtschaftlichen Daten kommt man den Beweggründen der Kassen möglicherweise näher. Gerne wird vom Juliusturm der Krankenkassen gesprochen, der die sagenhafte Summe von dreißig Milliarden Euro enthält. Es wird der Eindruck erweckt, man könne mit dem Füllhorn durch die Lande eilen und jeden Wunsch erfüllen. Es wird dabei übersehen, dass diese Summe kaum mehr als die Ausgaben der Krankenkassen für einen Monat zu decken vermag.

Und schon werden für das Jahr 2015 Zusatzbeiträge angekündigt, welche die von der Politik verordnete Absenkung der allgemeinen Beiträge möglicherweise sogar übersteigen. Beske hat darauf hingewiesen, dass im Jahre 2016 voraussichtlich eine halbe Million gut bezahlter Arbeitnehmer in den Ruhestand gehen wird. Hinzu kommen all jene, welche die Rente mit 63 in Anspruch nehmen werden. Die Sozialsysteme in Deutschland könnten so bereits an ihre Grenzen gelangen. Hans Werner sieht den Zeitpunkt der Insuffizienz bestehender Sozialsysteme zwischen 2016 und 2026 gekommen. Und Drabinski weist mit gutem Zahlenmaterial darauf hin, dass sich die Bemessungsgrundlage der Kassenbeiträge, wegen der demographischen Entwicklung bis zum Jahre 2036 asymptotisch einem Maximalwert angenähert haben dürfte, während die Anforderungen einer alternden, zunehmend multimorbider Gesellschaft an das Medizinsystem steigen und der wissenschaftliche Fortschritt finanziert sein will.

Zieht man all diese Daten ins Kalkül und ergänzt diese durch bekannten Zahlen der Bevölkerungsentwicklung und der prognostizierten Zunahme von Krankheiten und deren Kosten könnte, wie Beske dies beschrieben hat, bis zum Jahre 2050 ein Defizit von vier Billionen Euro in den Sozialsystemen entstanden sein.

Selbst wenn man davon ausgeht, dass die Menschen bei steigender Lebenserwartung länger gesund bleiben, das Renteneintrittsalter der Vernunft folgend deutlich nach oben korrigiert wird, sich eine deutliche Zuwanderung verstetigt und die Einsicht Raum greift, dass eine Gesellschaft ohne ausreichenden Nachwuchs nicht überlebensfähig ist, bleiben die Aussichten dramatisch und verlangen besonders im Medizinsystem nach einem verantwortungsbewussten Umgang mit dem Kapital. Und dies wiederum zwingt zu radikalen Reformen – Reformen zu denen sich derzeit kaum irgendjemand bereitfindet.

Bereinigung des Klinikmarktes durch Qualitätsindikatoren?

Wer die Pressemitteilungen der AOK verfolgt, findet immer wieder ein bezeichnendes Diktum. Krankenhäuser, die schlechte Qualität liefern, müssen vom Markt verschwinden!

Welcher Patient würde einem solchen Ansinnen nicht aus vollem Herzen zustimmen und auch von Seiten der Ärzteschaft kann dem kaum widersprochen werden.

In diesem Zusammenhang sei an die Definition von David Osoba erinnert. Die Maßnahmen müssen dem Stand der Wissenschaft entsprechen. Insofern erscheint es wichtig zu fragen, wie objektiv richtig die Entscheidungen sein können, welche auf den Argumenten der risikoadjustierten Qualitätssicherung mit Routinedaten fußen und wo Probleme zu identifizieren sind, die zu Fehlinterpretationen Anlass geben könnten.

Als Argumente für die vorliegende Form der Qualitätssicherung dienen die Verfügbarkeit der Daten, die Richtigkeit der Interpretation in einem sehr großen Kollektiv, die Erhöhung der Patientensicherheit, die Elimination ungenügender Leistung und der schwarzen Schafe.

Darüber hinaus sollen Kosten vermindert, der Klinikmarkt bereinigt und erheblicher gesellschaftlicher Nutzen gestiftet werden.

Der zu diesem Zwecke verwandte Score geht zurück auf Anne Elixhauser, die ein Messinstrument den Elixhauser-Score entwickelt hat, welches auf einem administrativen Datensatz basiert und in der Lage ist, den Zusammenhang zwischen Komorbidität, Morbidität, Mortalität und Kosten zu erfassen.

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Komorbiditäten unabhängig voneinander Wirkungen auf das Behandlungsergebnis entfalten. Sie beeinflussen das Behandlungsergebnis verschiedener Patientengruppen in sehr unterschiedlicher Weise. Damit dürfen sie nicht als einfacher Index dargestellt werden. Insgesamt werden 31 wichtige Komorbiditäten identifiziert von denen zehn die Mortalität um im Schnitt 50 % und die Kosten um 25 % erhöhen.

Diese wichtigen Komorbiditäten sind:

- Kongestives Herzversagen,
- pulmonale Zirkulationsstörungen,
- Paralyse,
- AIDS,
- neurologische Erkrankungen,
- Lymphome,
- metastasierende Karzinome,
- Koagulopathie,
- Gewichtsverlust und
- Störungen des Wasser und Elektrolythaushaltes.

Da der Elixhauser-Score den Berechnungen administrative Daten hinterlegt, muss die Frage beantwortet werden, wie genau die Daten Zustand und Risiko eines Patienten darstellen. Dies zu beurteilen, bedient man sich der sog. ROC-Kurven, welche in einem Diagramm entwickelt werden, das Sensitivität gegen Spezifität aufträgt. Je genauer sich die Kurven dem linken oberen Bereich des Diagrammes anschmiegen, um so valider sind die Aussagen, die getroffen werden. Eigene Untersuchungen an einem Kollektiv von 33.000 Patienten validiert (Abb. 1) zeigen, dass man mit guten klinischen Daten extrem genaue Aussagen treffen kann. Administrative Daten besitzen dagegen nur eine sehr limitierte Genauigkeit (Abb. 2).

Abb. 1: Beziehung von Sensitivität und Spezifität für das Eintreten eines letalen Ausgangs (Mortalität) in Abhängigkeit des Cut-off für p. Für $p = 0,031$ ist die Sensitivität 85,7 % und die Spezifität 85,2 %. (N = 1.496). 2001 (Quelle: C. Bürk, Habilitationsschrift)

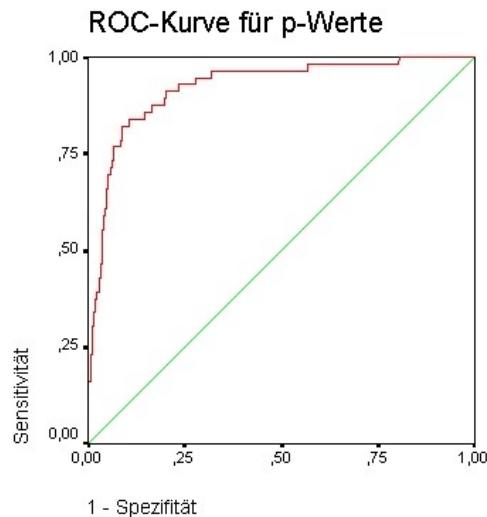
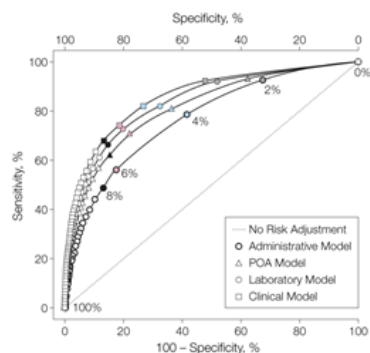


Abb. 2: ROC-curves for 4 different risk adjustment models of inpatient mortality based on 3 years of data from an administrative database of 188 Pennsylvania hospitals. The "Administrative" model was based on standard claims data and the other models represent progressive addition of "Present on Admission" data, Laboratory data, and abstracted Clinical data. Reproduced from Pine et al. [Reprinted from The American Journal of Surgery, Fink A. S. Adjusted or unadjusted outcomes, S28-S35, (2009) 198 (Suppl to 11/2009), with permission of Elsevier]



Administrative Daten haben neben den mathematischen Gegebenheiten weitere gravierende Schwächen, die man kennen und berücksichtigen muss, will man Ungerechtigkeiten in der Qualitätsbeurteilung vermeiden. Administrative Daten sind in der Regel inkomplett. Noch dazu beruhen sie auf dem relativ grobkörnigen ICD-Schlüssel. Die Unterscheidung zwischen Haupt- und Nebendiagnosen kann auf nicht klinischer Entscheidung beruhen. Finanzielle Aspekte beeinflussen die Verschlüsselung, dies ganz besonders unter dem zunehmenden ökonomischen Druck. Komorbiditäten lassen sich manchmal nur schwer oder überhaupt nicht von Auswirkungen differenzieren, die der Hauptdiagnose zuzuordnen sind. Außerdem sind administrative Daten häufig nicht geeignet, die Frage zu beantworten, ob ein krankhafter Zustand als Komplikation einer Maßnahme, als Komorbidität, primärdiagnoseabhängig oder als sonstiges Ereignis gewertet werden muss.

Und es existiert eine Reihe weiterer Argumente, warum die risikoadjustierte Qualitätssicherung mit Routinedaten Augenmaß und Vernunft voraussetzt, um Nutzen und Risiko gerecht abzuwägen. Man muss zur Kenntnis nehmen, dass Risikoprofile nicht selten inkomplett abgebildet werden. Damit werden Qualitätsmängel bei risikoarmen Fällen leicht verdeckt. Versorger von Hochrisikofällen sind in der Regel dramatisch benachteiligt. Administrative Kunstgriffe werden befördert, die als moralisch bedenklich einzustufen sind – Upcoding und Risikovermeidung.

Sind administrative Daten, die unter den gegebenen Bedingungen, im Sinne der risikoadjustierten Qualitätssicherung eingesetzt werden, zur ökonomischen Marktbereinigung geeignetes Instrument? Dies kann in Kenntnis der Tatsachen nur dann zutreffen, wenn Objektivität und Gerechtigkeit ökonomischen Prinzipien geopfert werden.

Vielleicht sind chirurgische Eingriffe deswegen im Fokus der AOK. Glaubt man doch “mechanische Eingriffe” auch als chirurgischer Laie besonders gut beurteilen zu können.

Kreative Lösungen sind gefragt!

Die Wirtschaftsforschungsinstitute, Eurostat und das statistische Bundesamt versorgen jeden Interessierten mit allen wichtigen Informationen, welche notwendig sind, um voraussehbare, zukünftige Entwicklungen zu begreifen. Die Prognosen basieren auf Daten der Bevölkerungsentwicklung. Diese Daten sind wegen der Generationenabhängigkeit mit kleinen Einschränkungen als richtig anzusehen. Die Gesetzgebungsmaßnahmen der politischen Entscheider werden aller Voraussicht nach nicht hinreichen, die strukturellen Verwerfungen im Gesundheitssystem zu beseitigen, die sich über die Jahrzehnte ungebremsten Wirtschaftswachstums entwickelt haben. Immerhin werden mehr oder weniger geeignete Maßnahmen verordnet, die ambulante Überversorgung in den Ballungsgebieten zurückzuführen und die Zahl der Klinikbetten zu begrenzen. Den Krankenkassen drohen dennoch massivste Defizite. Die Veränderungen, die notwendig wären die Strukturen zu bereinigen, sind längst bekannt. Es darf daher nicht verwundern, wenn alle Möglichkeiten, auch die der Qualitätssicherung mit Routinedaten, genutzt werden, um die notwendige “Marktbereinigung” herbeizuführen. Dabei sollte die risikoadjustierte Qualitätssicherung nicht in ein schwarz-weiß-Schema gepresst werden. Mindestmengen und Zentralisierung risikoreicher Eingriffe sind eine *Conditio-sine-qua-non* geworden. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind, wie gesagt, Voraussetzungen für ein optimales patientenzentriertes Medizinsystem. Allerdings müssen die mathematischen Operationen, auf welchen die Qualitätssicherung beruht, vollkommen transparent und nachvollziehbar sein. Und es muss das ehrliche Bestreben erkennbar sein, Schwächen zu beseitigen und die Objektivität der Beurteilung zu erhöhen. Da nimmt ein Bonmot wirklich Wunder, welches Francesco de Meo in den Mund gelegt wurde: „Tot ist tot, da kann man nichts diskutieren – das belegt schon die Güte des Indikators...“ Den Tod als härtestes Kriterium der Qualitätssicherung etwa in der Maximalversorgung zu definieren, ist jedenfalls sehr verkürzt und wird der Sachlage in keiner Weise gerecht.

Qualität wird erkennbar, darauf reduziert möglichst effizient bestimmte Standards zu erreichen. Das Streben nach dem Guten und Richtigen nach Caritas und Humanitas, wie es Patienten fordern, hat aber mit industriellen Qualitätsstandards nur mittelbar zu tun – zumal sich diese Standards jederzeit beliebig verändern lassen. “Wenn wir aber Qualität handhaben wollen, müssen wir Qualität als Übereinstimmung mit den Anforderungen definieren”(Philip B. Crosby) – Obliegt diese Definition den Krankenkassen?

Als Ärzteschaft sollten wir erkennen, dass unsere Expertise gefragt wäre, kreative Lösungen zu entwickeln, die den zukünftigen Entwicklungen Rechnung tragen und den Regeln der Klinischen Ökonomik nach Osoba gerecht zu werden, mit dem geringsten Aufwand für Patienten und Gesellschaft auf dem Stand der Wissenschaft den größten Nutzen für den Patienten zu gewährleisten. Andernfalls werden überbordende Bürokratie, staatlich verordneter Konformismus und geheimnisvolle mathematische Operationen auf ganzer Linie obsiegen. Risikovermeidung, P4P und „Quality Adjusted Life Years“ könnten dann den medizinischen Alltag bestimmen.

Literatur

- [1] Fink A.S. Adjusted or adjusted outcomes. The American Journal of Surgery (2009) 198 (Suppl. To November 2009): 28-35
- [2] van Walraven C. et al. The Kaiser Permanente impatient risk adjustment methodology was valid in an external patient population. Journal of Clinical Epidemiology 63 (2010), 798-803
- [3] van Walraven C. et al. A Modification of the Elixhauser Comorbidity Measures Into a Point System for Hospital Death Using Administrative Data. Medical Care. Vol. 47, Nb. 6. 2009: 626-633
- [4] Bing L. et al. Risk adjustment performance of Charlson and Elixhauser comorbidities in ICD-9 and ICD-10 administrative databases. BMC Health Services Research 2008: 8-12
- [5] Elixhauser A. et al. Comorbidity Measures for Use with Administrative Data. Medical Care. Vol.36(1), 1998, 8-27
- [6] Pine M, Jordan HS, Elixhauser A. et al Enhancement of claims data to improve risk adjustment of hospital mortality. J AM Med Assoc 2007: 297: 71-6