

Dr. Fabiola Fuchs

Qualitätsindikatoren



Präambel

Routinedaten für die Qualitätsmessung in den Kliniken nutzen – diesen Ansatz verfolgen die Helios Kliniken seit dem Jahr 2000 mit viel Erfolg. Auch viele US Studien haben die Qualität solcher Daten und die Verwendbarkeit auch für die Qualitätsanalysen untersucht und sind diesbezüglich zu einer überwiegend positiven Einschätzung gekommen.

Ein Benchmark der NÖ Landeskliniken ist nun mit insgesamt 114 Kliniken in Deutschland und den Schweizer Akutspitälern möglich.

Es ist das erste Projekt einer grenzübergreifenden Qualitätssicherung im deutschsprachigen Raum.

Die Qualitätssicherung in den österreichischen Krankenhäusern liegt im Wesentlichen in der Hand des jeweiligen Eigentümers. Die Landesfonds (in NÖ der NÖGUS) sind gesetzlich zur Qualitätssicherung verpflichtet. Der NÖGUS legte den Fokus in den ersten Jahren ab Bestehen großteils auf Strukturqualität. Ab 2005 wurden durch die Erstellung von Qualitätsberichten zu bestimmten Operationen bzw. Diagnosen erste Schritte in Richtung Ergebnisqualität unternommen. Bislang gibt es jedoch noch immer kein gesamtösterreichisches Konzept zur Thematik Ergebnisqualitätsmessung, indem die einzelnen Spitäler verglichen werden können. Dadurch entschloss man sich in

Autorin: Dr. Fabiola Fuchs

© Mai 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Qualitätsindikatoren

Seite 1 von 13

Niederösterreich 2008 zur strukturierten Ergebnismessung und somit zur selbstständigen Entwicklung von Qualitätskennzahlen und entwickelte ein Set von 38 Indikatoren aus den wichtigsten Fachbereichen.

Ein Jahr später konnten dann die Helios - Kliniken aus Deutschland und das Schweizer Bundesamt für Gesundheit als Benchmarking Partner gewonnen werden.

Damit ist die Voraussetzung gegeben, dass sich Niederösterreich – als erstes Bundesland in Österreich – international messen kann.

Die Helios - Kliniken, die Schweizer Akutkrankenanstalten und die NÖ Landeskliniken verzeichnen pro Jahr rund 2 Millionen stationäre Aufenthalte.

Dieses System wird aber auch in Deutschland zunehmend flächendeckend angewandt. Vierzehn führende Krankenhausträger mit 114 Kliniken und mehr als 40.000 Betten haben sich zur Initiative Qualitätsmedizin (IQM) zusammengeschlossen und veröffentlichen ihre Ergebnisse.

Durch die Zusammenarbeit mit den Helios-Kliniken ist das Indikatorenset inzwischen auf 98 angewachsen und mit dem deutschen DRG-System als auch dem Schweizer CHOP abgeglichen.

Das neue System wurde bei den Helios -Kliniken unter der Ägide von Dr. Thomas Mansky in Deutschland entwickelt. Der besondere Nutzen besteht darin, dass dabei auf bereits vorhandene Routinedaten der Krankenhäuser zurückgegriffen werden kann. Diese Daten ermöglichen es, ein verfeinertes und aussagekräftiges Bild über die Ergebnisqualität in den jeweiligen Kliniken zu ermitteln und gleichzeitig die medizinische Leistungen und Ergebnisse punktgenau zu steuern.

Autorin: Dr. Fabiola Fuchs

© Mai 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Qualitätsindikatoren

Seite 2 von 13

Dabei handelt es sich um Parameter der stationären Behandlungsqualität wie Mortalität, Komplikationen, Intensivhäufigkeit, präoperative Verweildauer, Fehlbelegung, Anteil Tagesklinik oder reine Mengen aus verschiedenen Fachbereichen. Die 30 wichtigsten und häufigsten Krankheitsbilder sind damit abgebildet.

Qualitätskennzahlen aus Routinedaten

Es werden in den Krankenanstalten umfangreiche medizinische Daten für die Abrechnung erhoben (LKF-Datensatz). Diese sind 100% vollständig, kontrolliert durch das jeweilige Medizincontrolling der Klinik und des Gesundheitsfonds.

Für eine Qualitätskontrolle auf Basis stärkerer Abstrahierung und Interesse am Outcome steht daher das Endergebnis im Vordergrund: Das Erreichen der medizinischen Ziele auf der Arbeits- und Prozessebene liegt im Verantwortungsbereich des jeweiligen Abteilungsleiters, da viele prozessnahe Kennzahlen nur separat und explizit erfassbar sind (Reporting-Kennzahlen) und die Datenqualität seitens der Holding-Zentrale nicht überprüfbar ist.

Eine Analyse der medizinischen Prozesse erfolgt im Peer-review-Verfahren der jeweiligen Fachbeiräte.

Todesfälle und verschiedene andere Informationen, die wir monitieren sind kaum manipulierbar.

Die Krankenhaussterblichkeit ist zwar nicht für alle, aber für viele Krankheitsbilder und Operationen einer der wichtigsten Qualitätsmerkmale überhaupt. Prinzipiell lassen sich hinsichtlich der Bedeutung der Sterblichkeit für das Qualitätsmanagement vier Hauptgruppen von Krankheitsbildern beziehungsweise Patienten unterscheiden:

Autorin: Dr. Fabiola Fuchs

© Mai 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Qualitätsindikatoren

Seite 3 von 13

- Konservativ behandelte Krankheiten mit prinzipiell beeinflussbarer Sterblichkeit. Hierzu gehören beispielsweise Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Pneumonie und Schlaganfall. Zusammen sind die Erkrankungen für zirka ein Viertel der Todesfälle in Akutkrankenanstalten verantwortlich.
- Konservativ behandelte Krankheitsbilder, bei denen die Akutsterblichkeit nichts über Qualität aussagt. Hierzu gehören insbesondere die konservativ behandelten Tumorfälle.
- Operativ versorgte Patienten mit prinzipiell höherer Sterblichkeit. Operationen mit einer Sterblichkeit von mehr als 1% sind als High-Risk-Eingriffe zu sehen.
- Operativ versorgte Patienten mit prinzipiell niedriger Sterblichkeit. Es handelt sich dabei um Eingriffe, bei denen keine Todesfälle zu erwarten sind (beispielsweise die Tonsillektomie, Herniotomie)

Die Qualität beziehungsweise Effizienz der Ablauforganisation in der Klinik ist aus den Routinedaten nicht direkt messbar. Indirekt sind aber Parameter Verweildauer, Intensivhäufigkeiten und Wiederaufnahmeraten ein Indikator für die Prozessorganisation. Eine kurze Verweildauer mit Entlassung des Patienten in gutem Allgemeinzustand ist nur erreichbar, wenn einerseits die Organisation stimmt, andererseits aber auch das prä- und perioperative Risikomanagement des Patienten als auch die Therapieverfahren an sich so gewählt werden, dass eine rasche postoperative Rekonvaleszenz möglich ist.

Die Reduktion der Sterblichkeit stellt damit die höchsten Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement überhaupt. Damit die medizinische Ziele überhaupt erreichbar sind, muss alles stimmen: Die Diagnostik muss richtig sein, die Therapie muss optimal gewählt werden, die Abläufe, die verfügbare Technik und die Strukturen müssen

stimmen ebenso wie das Komplikationsmanagement und die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Risikoadjustierung

Insgesamt wird im Indikatorenset mehrstufig risikoadjustiert, da die Erfassung von Comorbiditäten für eine mögliche Risikoadjustierung im österreichischen LKF-System sowie in den anderen DRG-Systemen nur ungenügend erfasst werden und für eine Risikoadjustierung der Sterblichkeit nicht optimiert sind.

Das Helios-System hat deshalb die Differenzierung nach Alter und Geschlecht für bestimmte Krankheitsgruppen vorgenommen. Das liegt darin begründet, dass ältere Patienten häufig auch Mehrfacherkrankungen haben und damit natürlich auch andere Risiken akkumulieren. Deshalb wurden bei bestimmten Indikatoren Einteilungen auch nach Altersgruppen vorgenommen. Eine vollständige Altersadjustierung kommt nicht zur Anwendung, da die Thematik der Indikationsstellung und des Risikomanagements wegadjustiert werden würde.

Eine Untersuchung des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit konnte zeigen, dass die Faktoren Alter und Schweregrad der Komorbidität sehr stark vermischt sind und letztendlich mit der Mortalitätsrate in Beziehung stehen.

Bei den Indikatoren mit verschiedenen Altersgruppen werden auch Erwartungswerte berechnet. Die tatsächliche Sterblichkeit wird der erwarteten Sterblichkeit gegenübergestellt. Das ist die Sterblichkeit, die sich dann ergeben würde, wenn man aus den österreichischen Aufenthaltsdaten eine Stichprobe mit der gleichen Altersstruktur ziehen würde. Die erwarteten Todesfälle werden für Niederösterreich gesamt und für jedes Landeskrankenhaus pro Altersgruppe berechnet. Dabei werden die

spitalsindividuellen Aufenthaltszahlen gewichtet und mit der gesamtösterreichischen Mortalität multipliziert.

Kleine Fallzahlen

Bei Kennzahlen mit seltenen Eingriffen wie beispielsweise Operationen an der Speiseröhre oder der Bauchspeicheldrüse wird in den einzelnen Kliniken nur eine geringe Grundgesamtheit bewertet und somit ist die statistische Aussagekraft sehr eingeschränkt. Deshalb wird bei einer Fallzahl < 10 kein Ergebnis dargestellt, sondern nur die Fallzahl selbst.

Die Qualitätskennzahlen im Überblick



Erkrankungen des Herzens

- 1 Herzinfarkt
- 2 Herzinsuffizienz
- 3 Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter
- 4 Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator
- 5 Elektrophysiologie
- 6 Operationen am Herzen



Schlaganfall

- 7 Schlaganfall, alle Formen nach Altersgruppen
- Schlaganfall, differenziert nach Art der Erkrankung



Erkrankungen der Lunge

- 8 Lungenentzündung (Pneumonie)
- 9 Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)



Operationen an den Bauchorganen

- 10 Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)
- 11 Operation von Leisten-, Schenkel- und Nabelbrüchen (Herniotomie)
- 12 Große Operationen an Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)
- 13 Große Operationen an der Speiseröhre (komplexe Eingriffe am Ösophagus)
- 14 Große Operationen der Bauchspeicheldrüse (komplexe Eingriffe am Pankreas)



Gefäßoperationen

- 15 Erweiterung der Bauchschlagader (Bauchaortenaneurysma)
- 16 Operationen der Halsschlagader (extrakranielle Gefäßoperationen)



Geburtshilfe und Frauenheilkunde

- 17 Geburten
- 18 Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)
- 19 Brustkrebs
- 20 Eingriffe an der Brust



Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder

- 21 Hüftgelenkersatz elektiv (nicht bei Frakturen)
- 22 Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese
- 23 Kniegelenkersatz
- 24 Wechsel einer Kniegelenkendoprothese
- 25 Schenkelhalsfrakturen



Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane

- 26 Totalentfernung der Niere (Nephrektomie)
- 27 Teilentfernung der Niere (Partielle Nephrektomie)
- 28 Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (Prostata-TUR)
- 29 Fälle mit Prostatakarzinom
- 30 Radikaloperationen der Prostata bei bösartigem Tumor



Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)

- 31 Beatmung
- 32 Sepsis



Operationen im Bereich Rachen, Hals

- 33 Entfernung der Tonsillen
- 34 Entfernung der Schilddrüse



Fächerübergreifend

- 35 Wiederaufnahmerate, präoperative Verweildauer

Autorin: Dr. Fabiola Fuchs

© Mai 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Qualitätsindikatoren

Seite 7 von 13

Insgesamt haben wir zum heutigen Zeitpunkt 95 Qualitätsindikatoren, 80 Indikatoren sind mit dem Schweizer CHOP und dem deutschen DRG-System abgeglichen.

Die 15 speziellen NÖ Indikatoren sind Indikatoren für Prozess und Strukturqualität wie zum Beispiel Anteil Schlaganfälle auf Nicht Neurologien oder der Anteil der präoperativen Verweildauer bei elektiven (das sind geplante) Operationen.

Zusätzlich monitieren wir die Wiederaufnahmerate innerhalb von 14 Tagen auf Normal- aber auch Intensivstationen.

Herausforderungen

Die große Herausforderung in der Abstimmung der Inhalte mit dem deutschen und Schweizer System war die Überwindung der Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Leistungskatalogen. Kompliziert wurde die Abstimmung noch durch die unterschiedliche Definition der Hauptdiagnose.

Dieses Problem sollte zu Beginn die in NÖ verwendete „ziehende MEL“ (diejenige Operation, die den höchsten Aufwand verursacht und hauptabrechnungsrelevant ist) lösen, konnte schlussendlich jedoch nur durch komplexe Ausschlusskriterien behoben werden.

Die Schwierigkeiten des Abgleichs am Beispiel des Indikators

Gallenblasenoperation bei Gallensteinen oder Entzündung, Anteil Todesfälle

Im deutschen System ist die Abfrage folgendermaßen definiert:

Hauptdiagnose Gallenblasenstein, Gallenblasenentzündung ohne Tumorfälle

DRG Leistung Gallenblasenentfernung

Im österreichischen LKF-System ist die Hauptdiagnose anders als in Deutschland definiert. In Deutschland ist die Hauptdiagnose die Diagnose, mit der der Patient stationär aufgenommen wird und ändert sich nicht mehr während des Aufenthaltes.

In Österreich ist die Hauptdiagnose jene, die den größten Aufwand verursacht hat und kann somit auch eine Komplikation sein wie die generalisierte Blutvergiftung (Sepsis) bei einer Gallenblasenoperation.

Somit mussten wir Haupt- und Nebendiagnose Gallenblasenstein, Gallenblasenentzündung ohne Tumorfälle in den Indikator einschießen.

Sowohl der deutsche als auch der Schweizer Leistungskatalog sind deutlich differenzierter ausgestaltet und haben somit deutlich mehr Leistungen als der Österreichische.

Die Gallenblasenentfernung als Begleiteingriff ist im LKF System im Gegensatz zu den beiden anderen nicht extra abgebildet; Begleiteingriffe in Österreich haben grundsätzlich keine eigene MEL (medizinische Einzelleistung).

Deshalb mussten wir jene Fälle ausschließen, wo bei der Hauptdiagnose Gallenblasenstein, Gallenblasenentzündung ein höherwertiger Eingriff wie zum Beispiel eine Darmresektion geplant durchgeführt wurde und die Gallenblasenentfernung als Begleiteingriff gewertet werden kann.

Eingeschlossen wurden jene Aufenthalte wo Komplikationen wie eine Operation bei Darmverschluss sowie Magenoperationen bei Magengeschwür aufgetreten sind und zwar dann, wenn das Leistungsdatum dieser Operationen nach dem der Gallenblasenentfernung stattgefunden hat und somit als Komplikation identifizierbar war.

Die Vorteile der neuen Qualitätsmessung liegen klar auf der Hand. Sie sind:

- effektiv
- zeitsparend
- ohne zusätzlichem Dokumentationsaufwand umsetzbar
- vergleichbar (international im deutschsprachigen Raum)

Um die medizinökonomische Perspektive nicht außer Acht zu lassen, kamen zu den Qualitätsindikatoren die Steuerungsindikatoren Verweildauer, Tagesklinikpotenzial, Intensivhäufigkeit sowie Wiederaufnahmeraten hinzu für die 15 häufigsten Leistungen auf Abteilungsebene abbilden.

Vorgehen bei Auffälligkeiten

Neue Elemente der Qualitätsorganisation der Landeskliniken Holding sind die Regionalen Medizinischen Beiräte und die Fachbeiräte.

Sie übernehmen wichtige Aufgaben im Bereich des ergebnis- und zielorientierten Qualitätsmanagementsystems, welches sie als Gremien des medizinischen Führungspersonals entscheidend mit gestalten.

Die quartalsweise ausgewerteten Daten werden in den Gremien mit den ärztlichen Leitern bzw. den Abteilungsvorständen besprochen und in Bezug auf die Steuerungsindikatoren Zielvereinbarungen getroffen. Die Qualitätsindikatorenergebnisse werden zusätzlich in den betroffenen Fachbeiräten besprochen und Auffälligkeiten in einem Peer Review Verfahren mit einheitlichen Prüfbogen analysiert.

Autorin: Dr. Fabiola Fuchs

© Mai 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Qualitätsindikatoren

Seite 10 von 13

Kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität findet in den medizinischen Fachbeiräten im konstruktiven Austausch mit der medizinischen Geschäftsführung, der Abteilung Strategische Qualitätsentwicklung, dem regionalen medizinischen Beirat sowie im transparenten Dialog auf Abteilungsebene vor Ort in den Kliniken statt.

Die Beiräte – Fachbeiräte und Regional Medizinische Beiräte

In unseren 26 Fachbeiräten sind alle Primärärzte sowie NÖ Landeskliniken-Holding Mitarbeiter als auch Vertreter der Landesregierung eingebunden. Folgende Fachbeiräte wurden beispielsweise eingerichtet:

Anästhesie und Intensivmedizin

Chirurgie

Augenheilkunde

Gynäkologie und Geburtshilfe

Innere Medizin und Geriatrie

Kardiologie und Herzchirurgie

Neurologische Medizin

Orthopädie

Unfallchirurgie

Riskmanagement

Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Aufgaben der Beiräte

Eine der Aufgaben der Fachbeiräte ist das kontinuierliche Hinterfragen bestehender Standards und Abläufe in den jeweiligen Fachabteilungen. Dies erfordert von den Abteilungsleitern die Bereitschaft, sich dem fachlich kritischen, aber kollegialen Blick auf die eigene Arbeit auszusetzen.

Ein weiterer entscheidender Teilbereich besteht in der Auseinandersetzung mit den Medizinischen Unternehmenszielen und den darüber hinaus zur Verfügung stehenden internen Qualitätskennzahlen sowie den Ergebnissen der Peer- und Selbst- Reviews.

Ein weiterer Arbeitsbereich ist die Prüfung und Einführung von medizinischen Innovationen, Empfehlungen zu Prozessoptimierungen sowie NÖ - weite (Versorgungs-) Leitlinien soweit sie nicht auf Abteilungsebene geregelt sind.

Bedarfsweise werden auch interdisziplinäre und interprofessionelle fachgruppenübergreifende Arbeitsgruppen gebildet (in der Regel temporär).

Der Regionale Medizinische Beirat besteht aus der medizinischen Geschäftsführung der Landeskliniken-Holding, den Ärztlichen Direktoren und Standortleiter der Region und dem jeweiligen Regionalmanagement.

Er berät die Geschäftsführung in medizinischen Belangen der Region, fungiert als Koordinationszentrum und Schnittstelle für die Fachgruppen und diskutiert die Ergebnisse der Steuerungs- und Qualitätsindikatoren auf regionaler Ebene.

Die medizinischen Beiräte treffen sich regelmäßig quartalsweise.

Über die Autorin:

Frau Dr. Fabiola Fuchs

- Arzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapeutische Medizin
- seit 1998: NÖGUS, Abteilung für medizinische Qualitätssicherung
- seit 2005: Leitung der Abteilung Medizin / Pflege / Soziales / Wissenschaft des NÖGUS
- Seit 2008: Leitung der Abteilung Strategische Qualitätsentwicklung der NÖ Landesklinikenholding
- Seit 1998: Vertretung des Bundeslandes NÖ bzw. der Zone OST in diversen Gremien und Arbeitskreisen des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesundheit Österreich GmbH

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autorin: Dr. Fabiola Fuchs

© Mai 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Qualitätsindikatoren

Seite 13 von 13