

Christoph Scheu/Jürgen Stausberg/Thomas Jungen

Vulnerable Patienten und Qualitätssteuerung im Gesundheitswesen

Risiken und Chancen des Einsatzes von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten

Transparenz zur Ergebnisqualität in Krankenhäusern und eine qualitätsorientierte Vergütung (Pay-for-Performance – P4P) rücken immer mehr in das Blickfeld von Patienten, Politik und Medien. Expliziter Auftrag des geplanten Qualitätsinstitutes ist es, die Qualität von Krankenhäusern auf der Basis von Routinedaten zu evaluieren und einrichtungsbezogen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Bisher existierende Qualitätsindikatoren sind nicht mit dem Ziel einer Patientensteuerung oder eines Pay-for-Performance entwickelt worden und befassen sich naturgemäß vorwiegend mit größeren, homogenen Patientenkollektiven. Vulnerable Patientengruppen (zum Beispiel Patienten mit Demenz, Palliativpatienten, Patienten mit Behinderungen etc.) bleiben dabei unberücksichtigt. Bei eingeschränkten Ressourcen und steigendem Druck auf stationäre Einrichtungen durch die Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen oder einer qualitätsorientierten Vergütung besteht daher die Gefahr, dass Ressourcen von vulnerablen Patientenkollektiven zu Patientengruppen, die mehr im Fokus stehen, verlagert werden. Um zum einen das Risiko einer schleichenden Verschlechterung der Versorgung besonders vulnerabler Patienten zu verhindern und zum anderen die Versorgung dieser Patienten gezielt zu verbessern, sind spezielle Qualitätsindikatoren notwendig. Der Verein Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser, QKK e.V., hatte entsprechende Indikatoren definiert und ihre praktische Umsetzung in den vergangenen zwei Jahren überprüft.

Im QKK e. V. sind derzeit rund 60 katholische und evangelische Krankenhäuser bundesweit organisiert. Der Verein stellt mit Aktivitäten seit 2004 die älteste, trägerübergreifende Benchmarkingplattform für Krankenhäuser in Deutschland zum Thema Qualitätsindikatoren aus Routinedaten dar. Als institutionelle Mitglieder sind der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) im QKK e. V. vertreten, die ca. 1/3 aller Krankenhäuser in Deutschland repräsentieren. Über das Benchmarking der teilnehmenden Krankenhäuser hinaus betrachtet der QKK e. V. es auch als Aufgabe, der interessierten Fachöffentlichkeit wissenschaftliche Analysen zum Thema Qualitätsindikatoren aus Routinedaten vorzustellen, verfügbare Indikatorensets zu untersuchen und neue Indikatoren zu entwickeln. Als kirchliche Krankenhäuser fühlen sich die im QKK e. V. vertretenen Einrichtungen insbesondere vulnerablen Patientengruppen verpflichtet, die in gesundheitspolitischen Debatten oftmals keine Stimme haben und bei der Umgestaltung des Gesundheitswesens leicht übersehen werden. Eine Arbeitsgruppe im QKK e. V. befasst sich seit etwa drei Jahren mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für vulnerable Patientenkollektive sowie ihrer praktischen Umsetzung und Evaluation in den teilnehmenden Krankenhäusern.

Qualitätsorientierte Steuerung und Vergütung: Was sind mögliche Auswirkungen auf vulnerable Patientengruppen?

Die 10-jährige Erfahrung des QKK e. V. im Umgang mit Qualitätsindikatoren im trägerübergreifenden Benchmarking hat gezeigt, dass die zur Zeit verfügbaren Qualitätsindikatoren (zum Beispiel G-IQI oder PSI der AHRQ)

- keine perfekte Abbildung der klinischen Realität darstellen,
- keine wissenschaftliche Aussage im Sinne medizinischer Studien ermöglichen und
- zu ungenau sind, um ein Ranking von Abteilungen oder Einrichtungen durchzuführen.

Bei einer qualitätsorientierten Steuerung mit Qualitätsindikatoren sind verschiedene Szenarien denkbar, die unterschiedliche Folgen nach sich ziehen können, zum Teil mit gravierenden Auswirkungen für vulnerable Patientengruppen.

Hypothese 1: Einheitlicher DRG-Preis (Status quo 2014)

Da der Preis als Differenzierungsmerkmal wegfällt, gewinnen langfristig die anderen Produktmerkmale (Produktkosten, Pro-

duktqualität, Produktgarantie, Produktportfolio, Produktmarketing) zunehmend Bedeutung als Differenzierungsmerkmal. Für das Krankenhaus entscheidet bei Top-DRGs die erfolgreiche Steuerung des Produktmerkmals „Kosten“ über das Überleben in einem Festpreissystem. Für die „Kunden“ – das heißt Patienten, Einweiser, Krankenkassen – wird in einem Festpreissystem die reale oder vermeintliche „Produktqualität“ zum entscheidenden Differenzierungsmerkmal zwischen den Leistungsanbietern. Eine adäquate Betreuung vulnerabler Patienten (zum Beispiel Patienten mit Demenz, Palliativpatienten, Patienten mit Behinderungen etc.) im Krankenhaus geht mit höherem Personalaufwand einher. Bei einem einheitlichen DRG-Preis bleibt dieser Mehraufwand unberücksichtigt und ist daher ökonomisch für die Leistungsanbieter problematisch. Da die vulnerablen Patientengruppen zudem sehr heterogen sind und in der Regel nicht über eine starke Lobby verfügen, ist nicht auszuschließen, dass die Versorgungsqualität dieser Patienten abnimmt und es immer schwieriger werden könnte, wohnortnah eine adäquate Betreuung sicherzustellen. Eine transparente Erfassung der Versorgungsqualität dieser Patienten im Sinne eines Public Reportings mit adäquaten Qualitätsindikatoren könnte in der Lage sein, dieser negativen Entwicklung entgegenzuwirken.

Hypothese 2: Frei verhandelbare DRG-Preise: Preiswettbewerb zwischen den Leistungsanbietern mit Risiko des Preisverfalls oder Preisdumpings

Ein solcher Preiswettbewerb dürfte die Spezialisierung der Leistungserbringer auf Leistungsbereiche beschleunigen, in denen höhere Leistungszahlen zu erreichen sind. Der Preisverfall dürfte jedoch schneller und ausgeprägter sein als mögliche Kostenreduktionen durch Skaleneffekte. Da vulnerable Patientengruppen heterogen und zahlenmäßig gering sind, ist davon auszugehen, dass die Angebote nicht den erhöhten Versorgungsbedarf dieser Patienten berücksichtigen. Aufgrund des hohen ökonomischen Drucks erscheint es wenig wahrscheinlich, dass eine transparente Qualitätsdarlegung über Qualitätsindikatoren die negativen Auswirkungen für diese Patientengruppen aufhalten könnte.

Hypothese 3: Pay-for-Performance (P4P)

Idealtypisch sollte ein P4P-System dazu führen, dass mittels ökonomischer Anreize (Zu- oder Abschläge auf DRG-Erlöse) die Qualität der Leistungen steigt. An dieser Stelle soll nicht auf die dünne Datenlage zu P4P eingegangen werden, auf die sich diese Annahmen stützen. Da bereits für große homogene Patientenkollektive die Sinnhaftigkeit eines P4P-Systems in Frage gestellt wird, erscheint es sehr wahrscheinlich, dass die besondere Situation vulnerabler Patientengruppen dort nicht ausreichend abgebildet wird. Patienten mit Behinderung oder Demenz als Begleiterkrankung stellen in einem P4P-System das Risiko eines schlechteren Abschneidens bei erlöswirksamen Indikatoren für den Leistungserbringer dar. Als Möglichkeiten zur Gegensteuerung sind eine aufwendige Risiko-

adjustierung und Maßnahmen zur Sicherstellung eines Zugangs der „schlechten“ Risiken zu Gesundheitsleistungen zu nennen.

Hypothese 4: Selektives Kontrahieren

Es ist wahrscheinlich, dass es sich hierbei um elektive, planbare Maßnahmen handeln wird, die zahlenmäßig so bedeutsam sind, dass der damit einhergehende Verwaltungsaufwand vertretbar erscheint. Aber wie schon bei P4P ist kaum zu erwarten, dass die besondere Situation und die besonderen Bedürfnisse vulnerabler Patientengruppen bei der Auswahl der Leistungserbringer das notwendige Gewicht erhalten.

Vulnerable Patientenkollektive in der stationären Versorgung

Das DRG-System hat durch die notwendige aufwendige Kodierung eine zuvor unbekannte Transparenz des Leistungsgeschehens mit sich gebracht, die Grundvoraussetzung für eine Qualitätsorientierung der Gesundheitspolitik ist. Die damit verbundenen Pauschalen sind hinsichtlich der Kosten der Standardfälle relativ homogen. Auf Einzelfallebene gibt es aber gravierende Unterschiede insbesondere bei den Langliegern. Bei einer fast ausschließlichen Finanzierung der Krankenhäuser über knapp bemessene Pauschalen besteht somit das Risiko einer unzureichenden Versorgung von Patienten, die einer überdurchschnittlichen Zuwendung bedürfen.

Als Verein, der seit zehn Jahren ein Benchmarking christlicher Krankenhäuser auf der Basis von Qualitätsindikatoren vornimmt, war und ist es dem QKK e. V. ein Bedürfnis, vulnerable Patientengruppen zu identifizieren und Wege zu erarbeiten, die Ergebnisqualität ihrer Versorgung zu monitoren und gezielt zu verbessern. Ebenso sieht es der QKK e. V. als sein Anliegen an, die Gesundheitspolitik auf die besondere Situation dieser Patientengruppen hinzuweisen.

In einem DRG-System der stationären Versorgung können folgende Patientengruppen als potenziell vulnerabel angesehen werden:

- terminal chronisch erkrankte Patienten,
- Patienten mit Demenz, die wegen einer anderen Erkrankung stationär behandelt werden müssen,
- stationär behandelte Kinder in nichtpädiatrischen Einrichtungen,
- Menschen mit Behinderung, die wegen eines anderen Leidens stationär behandelt werden müssen, sowie
- Patienten mit seltenen Erkrankungen.

Konkrete Indikatorenbeispiele und erste Ergebnisse

Beispielhaft sind nachstehend Definitionen und Ergebnisse von Indikatoren aus den Bereichen Palliativbehandlung und

Demenz des QKK e. V. wiedergegeben. Die aufgezeigten Ergebnisse ergeben sich nach einer zweijährigen Probezeit unter den angeschlossenen Häusern und können nicht ohne weitere Prüfung auf andere Einrichtungen übertragen werden. Die Darstellung sollte als Einstieg verstanden werden, verbunden mit der Intention, dass die Indikatoren hierüber eine breitere Nutzung erfahren.

Warum Palliativmedizin? Palliativmedizin ist aus unserer Sicht ein unverzichtbarer Bestandteil eines stationären Behandlungsangebots insbesondere in der Onkologie, Kardiologie und Neurologie. Die palliativmedizinische Versorgung kann als Struktur- und Prozessmerkmal aus Routinedaten ohne großen Aufwand abgeleitet werden. QKK ist der Auffassung, dass palliativmedizinische Kompetenz nicht nur auf die Versorgung auf einer Palliativstation beschränkt sein sollte, sondern dort, wo erforderlich, auf alle Patienten ausgerichtet ist.

Warum demenzsensible Konzepte? Bekanntlich wird die Anzahl an betagten Patienten mit Demenz zunehmen. Gerade Patienten mit Demenz werden auch in Zukunft wohnortnah zu versorgen sein, wenn sie wegen eines anderen Leidens einer stationären Behandlung in einem Akutkrankenhaus bedürfen. Daher ist jedes Krankenhaus – unabhängig vom Vorhandensein einer geriatrischen Abteilung – gefordert, diesen Patienten eine an ihre Bedürfnisse angepasste Versorgung zu kommen zu lassen.

Die nachfolgend aufgeführten Definitionen entsprechen dem ab 2015 gültigen QKK-Indikatorenset 3.0.

QKK-Indikator P-03: Palliativmedizin – Behandlung bei Sterbenden

Dieser Indikator erfasst eine palliativmedizinische Versorgung außerhalb von Palliativstationen.

Zähler: Vollstationäre Fälle des Nenners mit Palliativbehandlung als Nebendiagnose (Z.51.5) und/oder multidimensionales palliativmedizinisches Screening/Minimalassessment (1-773) und/oder standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (1-774) und/oder palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982).

Nenner: Vollstationäre Fälle mit Entlassungsart 079 (Tod) – Ausschluss: Behandlung in palliativer Einrichtung, Palliativbehandlung als Hauptdiagnose, spezialisierte Palliativstation, Palliativkomplexbehandlung (8-98e).

Bedeutung: Palliativmedizinische Kompetenz sollte auch terminalkranken Patienten außerhalb einer Palliativstation angeboten werden. Indikator zeigt an, in welchem Umfang dies geschieht.

Erste Ergebnisse im QKK e. V.: Im Jahre 2013 wurde bei 4,7 Prozent der verstorbenen Patienten außerhalb einer Palliativstation eine palliativmedizinische Versorgung durchgeführt. Die Ergebnisse je Krankenhaus schwankten zwischen 0 Prozent und 25 Prozent.

QKK-Indikator P-04: Palliativmedizin – Behandlung im Endstadium von Krebserkrankungen

Dieser Indikator erfasst eine palliativmedizinische Versorgung bei metastasierten Tumoren sowohl auf Palliativstationen als auch auf Normal- oder Intensivstationen.

Zähler: Vollstationäre Fälle des Nenners mit Palliativbehandlung als Nebendiagnose (Z.51.5) und/oder multidimensionales palliativmedizinisches Screening/Minimalassessment (1-773) und/oder standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (1-774) und/oder palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982) und/oder spezialisierte palliativstationäre Komplexbehandlung (8-98e).

Nenner: Vollstationäre Fälle mit Hauptdiagnose Karzinom (Kode C00-C75, C76.-, C80) und mindestens zwei Organe mit Metastasen als Nebendiagnose (C77.-, C78.-, C79.-) und/oder Lymphknoten mehrerer Regionen als Nebendiagnose (C77.8) und/oder Karzinose (C79.9).

Bedeutung: Der Indikator gibt die Häufigkeit der begleitenden Palliativbetreuung bei Patienten mit multiplen Metastasierungen an.

Erste Ergebnisse im QKK e. V.: Im Jahre 2013 wurde bei 15 Prozent der Patienten im Endstadium von Krebserkrankungen eine palliativmedizinische Versorgung durchgeführt. Die Ergebnisse je Krankenhaus schwankten zwischen 0 Prozent und 73 Prozent.

QKK-Indikator D-01: Inzidenz der Demenz als Begleiterkrankung

Zähler: Vollstationäre Fälle mit Alter über 64 Jahren des Nenners mit mindestens einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30 oder D31 als Nebendiagnose.

Nenner: Vollstationäre Fälle mit Alter >64. Ausschluss: Fälle mit einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30 oder G31 als Hauptdiagnose.

Bedeutung: Der Indikator erfasst die Co-Morbidität „Demenz“ bei stationären Aufenthalten aus anderen medizinischen Gründen. Daher ist der Indikator einerseits ein Indiz für die pflegerische Mehrbelastung der Einrichtung aufgrund der begleitenden Demenz. Andererseits kann der Indikator auch

— Anzeige —



RECHTSANWÄLTE WIGGE
BERATUNG IM MEDIZINRECHT
MÜNSTER • HAMBURG • KÖLN • MÜNCHEN
BERATUNGSKOMPETENZ FÜR KRANKENHÄUSER

Krankenhausplanungsrecht
Finanzierungs- und Vergütungsrecht
Arbeits- und Personalrecht
Sektorenübergreifende Kooperationen
Gründung und Betrieb von MVZ

Gerne stehen wir Ihnen für ein persönliches Gespräch zur Verfügung.

48151 Münster Scharnhorststr. 40 Tel: 0251 53595-0	20354 Hamburg Neuer Wall 44 Tel: 040 3398705-90	50931 Köln Aachener Str. 75 Tel: 0221 800683-47	81671 München Großvenedigerstr. 23b Tel: 089 124737-16
--	---	---	--

kanzlei@ra-wigge.de • www.ra-wigge.de

Hinweis für die Aufmerksamkeit und Sensibilität eines Krankenhauses zum Thema Demenz sein.

Erste Ergebnisse im QKK e. V.: Im Jahre 2013 wurde bei 9 Prozent der Patienten ab 65 Jahren eine Demenz als Begleiterkrankung erkannt. Die Ergebnisse je Krankenhaus schwankten zwischen 4 Prozent und 16 Prozent.

QKK-Indikator D-03: Demenz – Delir

Der Indikator erfasst die Häufigkeit eines Delirs bei Demenz als Begleiterkrankung.

Zähler: Vollstationäre Fälle des Nenners mit mindestens einem Kode F05.1, F05.8 oder F05.9 als Nebendiagnose.

Nenner: Vollstationäre Fälle mit Alter >64 und mindestens einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30 und G31 als ND. Ausschluss: Fälle mit einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30 oder G31 als Hauptdiagnose.

Bedeutung: Da ein Delir bei Demenzerkrankten mit einer verschlechterten Prognose einhergeht, zielt der Indikator darauf, die Aufmerksamkeit für das erhöhte Risiko bei dementen Patienten, die wegen anderer Erkrankungen stationär behandelt werden, sicherzustellen und zu monitoren.

Erste Ergebnisse im QKK e. V.: Im Jahre 2013 entwickelte sich bei 10 Prozent der Patienten mit einem Alter ab 65 Jahren und einer Demenzerkrankung ein Delir. Die Ergebnisse je Krankenhaus schwankten zwischen 0,7 Prozent und 23 Prozent.

QKK-Indikator D-04: Demenz – Entlassung in häusliche Versorgung

Der Indikator bestimmt die Häufigkeit, mit der es gelingt, einen an Demenz erkrankten Patienten in seine häusliche Umgebung zu entlassen.

Zähler: Vollstationäre Fälle des Nenners deren Behandlung „regulär beendet“ wurde (Entlassungsgrund 011, 012, 019, 021, 022 oder 029).

Nenner: Vollstationäre Fälle mit Alter >64 und mindestens einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30 oder G31 als ND. Ausschluss: Fälle mit einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30 oder G31 als Hauptdiagnose.

Bedeutung: Erfassung der Häufigkeit, mit der demente Patienten in ihre häusliche Umgebung entlassen werden – also nicht in ein Pflegeheim oder Krankenhaus. Der Indikator eignet sich nicht zum Vergleich von Krankenhäusern, da die Herkunft von Patienten (z.B. Heim oder von zuhause) nicht in Routedaten abgebildet ist und große Unterschiede zwischen den Häusern bestehen. Auf Einrichtungsebene kann der Indikator jedoch im Zeitverlauf interessante Veränderungen aufzeigen.

Erste Ergebnisse im QKK e. V.: Im Jahr 2013 wurden 65 Prozent der an Demenz erkrankten Patienten mit einem Alter ab 65 Jahren in die häusliche Versorgung entlassen. Die

Ergebnisse je Krankenhaus schwankten zwischen 12 Prozent und 85 Prozent.

QKK-Indikator D-05: Demenz – Mortalität

Der Indikator bestimmt die Sterblichkeit bei Patienten mit Demenz als Begleiterkrankung.

Zähler: Anzahl vollstationärer Fälle des Nenners mit Entlassungsgrund 079.

Nenner: Anzahl vollstationärer Fälle mit Alter >64 und mindestens einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30 und G31 als ND. Ausschluss: Fälle mit einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30 oder G31 als Hauptdiagnose.

Bedeutung: Erfassung der Mortalität bei dementen Patienten, die wegen anderer Erkrankungen stationär behandelt werden.

Erste Ergebnisse im QKK e. V.: Im Jahre 2013 verstarben 8 Prozent der Patienten mit der Begleiterkrankung Demenz und einem Alter ab 65 Jahren. Die Ergebnisse je Krankenhaus schwankten zwischen 3 Prozent und 11 Prozent.

Fazit

Bei der begrüßenswerten Orientierung der Gesundheitspolitik an Qualitätsaspekten der Leistungsgestaltung und dem damit verbundenen Einsatz von Qualitätsindikatoren dürfen vulnerable Patientengruppen nicht außer Acht gelassen werden. Gerade das Instrument der Qualitätsindikatoren sollte dazu genutzt werden, um auch diesen Patientengruppen eine qualitätsorientierte Versorgung zukommen zu lassen und die Qualität ihrer Betreuung kontinuierlich zu verbessern. Im Hinblick auf Patienten mit Demenz sowie auf terminal erkrankte Patienten, für die eine palliativmedizinische Behandlung sinnvoll sein kann, hat der QKK e. V. trägerübergreifend die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit von Qualitätsindikatoren für ein einrichtungsübergreifendes Benchmarking geprüft. Dieses Vorgehen wird hiermit zur breiteren Anwendung empfohlen. Der beispielhaft an zwei Patientenkollektiven aufgezeigte Weg sollte mit der Entwicklung spezifischer Indikatoren auch zum Schutz anderer vulnerabler Patientengruppen weiter verfolgt werden.

Anschriften der Verfasser

Dr. Christoph Scheu, Vorsitzender QKK e. V., Geschäftsführer Klinikum St. Elisabeth Straubing, St.-Elisabeth-Str. 23, 94315 Straubing/Thomas Jungen, stellv. Vorsitzender QKK e. V., Geschäftsführer Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland, Caritasverband für die Diözese Trier e. V., Postfach 12 50, 54202 Trier/Prof. Dr. Jürgen Stausberg, wissenschaftlicher Berater QKK e. V., Medizinische Informatik und Ärztliches Qualitätsmanagement, Kordulastr. 13, 45131 Essen ■