

# Behandlungsqualität und Risikoadjustierung

## Behandlungsqualität macht Schlagzeilen

„Mehr Tote durch Behandlungsfehler als durch Straßenverkehr“, so titelt die Boulevard-Presse und zitiert aus dem AOK-Krankenhausreport 2014. Von 18.000 toten Klinikpatienten ist die Rede. Die hohe Zahl ergibt sich aus einer Schätzung mit anschließender Hochrechnung, insgesamt also ein sehr fragwürdiges Vorgehen. Hinter der Schlagzeile aber steckt die Botschaft, dass der Qualität der Behandlung wieder mehr Wert beigemessen wird. Dieser Paradigmenwechsel findet auch seinen Niederschlag im Koalitionsvertrag der neuen Regierung: Mit einer Qualitätsinitiative wird die Qualität der stationären Versorgung verbessert, wie es dort heißt. Mehr noch, finanzielle Anreize sollen für ein Umdenken sorgen („Pay for Performance“). Was hat dieser Ansatz für Konsequenzen, welche Probleme ergeben sich?

## Keine einfache Entscheidung

Um höhere Behandlungsqualität belohnen zu können, muss sie zunächst gemessen werden. Wie aber misst man sie? Diese Frage ist keineswegs trivial, denn sie beeinflusst das Ergebnis wesentlich. Ob man Patientenzufriedenheit, Überlebensdauer, Behandlungskosten oder medizinischen Behandlungserfolg heranzieht, das Ergebnis wird jedes Mal ein anderes sein: Ein Belohnungssystem für kostengünstige Behandlungen wird unser Gesundheitswesen anders beeinflussen als ein System, das den medizinischen Behandlungserfolg fördert. Der Messgröße kommt also entscheidende Bedeutung zu.

## Der „Äpfel-Birnen-Vergleich“

Auch nach der Einigung darüber, welche Daten zur Messung der Behandlungsqualität erhoben werden, werden die Herausforderungen nicht geringer: Es ist nicht sinnvoll, die Messwerte einfach miteinander zu vergleichen. Das würde zu einem völlig verzerrten Bild führen.

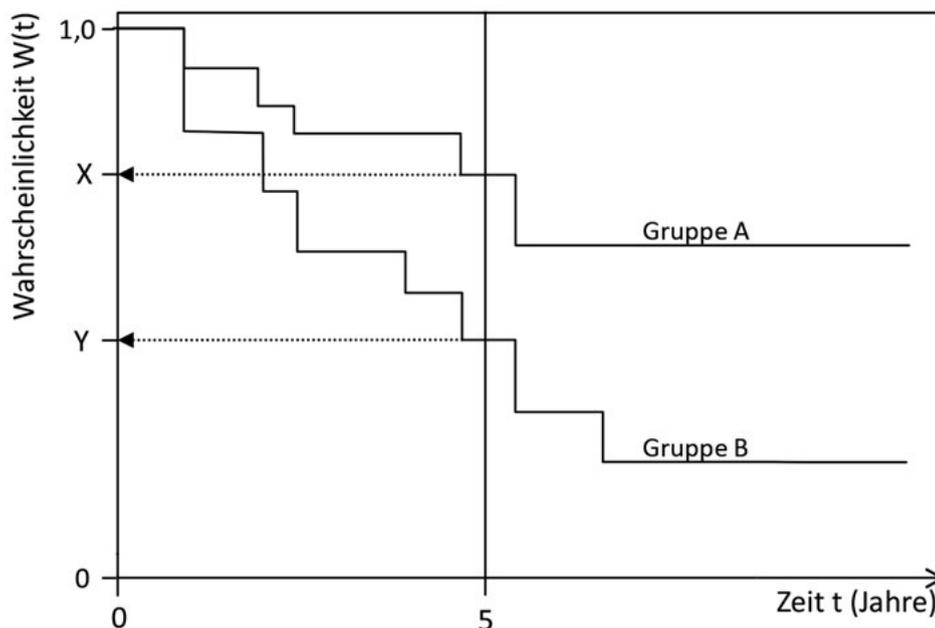


Abbildung 1: Beispiel von Überlebenskurven der Gruppen A und B mit unterschiedlichem Risikoprofil. Bei der Fünf-Jahres-Überlebensrate ergeben sich spezifische Erwartungswerte X und Y.

Ein Beispiel aus der Onkologie verdeutlicht dies: Nach der Behandlung von Karzinom-Patienten wird die Behandlungsqualität gemessen. Nachdem genügend Datensätze erhoben wurden, stellt sich heraus, dass ein Kreiskrankenhaus dieselben Ergebnisse erzielt wie ein hochspezialisiertes überregionales Zentrum. Wäre dies eine gute Nachricht? Für das Zentrum schon, für das Kreiskrankenhaus nicht, denn dort werden normalerweise die weniger komplizierten Fälle behandelt. Das überregionale Zentrum behandelt Patienten mit schlechterer Tumor/Nodus/Metastasen-(TNM)-Klassifikation und demzufolge ist die Prognose schlechter. Das muss Auswirkungen auf die Behandlungsqualität haben und das Kreiskrankenhaus sollte deshalb wesentlich besser abschneiden. Man sieht, dass eine simple Gegenüberstellung der Rohwerte nicht fair wäre, denn Krankenhäuser mit überwiegend leichteren Fällen werden bevorzugt.

## Die Einbeziehung des Risikoprofils

Um einen sinnvollen Vergleich zu ermöglichen, wendet man die Methode der Risikoadjustierung von Qualitätssicherungsdaten an. Dabei werden die individuellen Risiken der Patienten berücksichtigt und diese Patienten dann in Gruppen mit ähnlichem Risikoprofil gepoolt. Da das Risikoprofil Auswirkungen auf das Ergebnis der Behandlung hat, gehört zu jeder Gruppe ein spezifischer Erwartungswert für die Behandlungsqualität. Unter dem Erwartungswert versteht man den Wert, den ein Mitglied der jeweiligen Gruppe durchschnittlich erreicht. Bei der Messung werden dann nicht die absoluten Werte miteinander verglichen, sondern die Abweichungen vom Erwartungswert.

Bleiben wir bei unserem Beispiel: Als Qualitätsindikator werde die Fünf-Jahres-Überlebensra-

te verwendet. Abhängig von den individuellen Risiken (TNM, Alter, Vorerkrankungen, usw.) gibt es zwei Gruppen A und B mit stark unterschiedlichen Überlebensraten (Abbildung 1). Die angegebenen Werte für X und Y entsprechen den gemittelten Werten der Gruppen A und B für die Fünf-Jahres-Überlebensrate. Somit sind die Werte X und Y die Erwartungswerte für die Gruppen A und B für den verwendeten Qualitätsindikator. Damit sind die Erwartungswerte eng verknüpft mit den entsprechenden Risikoprofilen.

Die Vorarbeiten sind geleistet, nun soll die Behandlungsqualität eines Falles ermittelt werden. Zunächst muss das Risikoprofil erhoben werden, damit eine Zuteilung zu Gruppe A oder B erfolgen kann. Als Ergebnis erhält man den betreffenden Erwartungswert. Überschreitet der Patient den Erwartungswert seiner Behandlungsgruppe, so ist die gemessene Behandlungsqualität besser als der Durchschnitt (Abbildung 2). Durch Mittelung der Abweichungen von den gruppenindividuellen Erwartungswerten und anschließender Gegenüberstellung lässt sich die Behandlungsqualität einzelner Einrichtungen unmittelbar und fair miteinander vergleichen.

### Die Herkunft der Daten

Um einen Patienten einem Risikoprofil zuzuordnen zu können, benötigt man die entsprechenden Daten. Sind diese überhaupt verfügbar? Die vorhandenen demografischen Daten reichen für eine effiziente Risikoadjustierung nicht aus. Auch die erhobenen Routinedaten, die für Abrechnung, DRG-Grouping usw. verwendet werden, sind nur bedingt geeignet. Es genügt auch nicht, wenn diese Daten vorhanden sind, sie müssen maschinenlesbar innerhalb der entsprechenden IT-Systeme vorliegen.

Der Vergleich mit den Qualitätsdaten nach § 137a Sozialgesetzbuch V ist hier angebracht: Fast alle Krankenhäuser erheben die benötigten Daten, aber es ist ein hoher Aufwand (Organisation, Schnittstellen, manuelle Doppelerfassung) notwendig, um diese auch IT-technisch verfügbar zu machen.

Damit ergibt sich für die meisten Einrichtungen des Gesundheitswesens ein deutlicher Mehraufwand bei der Dokumentation.

Problematisch ist ferner die Sequenzierung im deutschen Gesundheitssystem. Viele Krankenhäuser sind gar nicht in der Lage, längere Follow-up-Daten zu erheben, da die Patientennachsorge in anderen Händen liegt. Zieht man etwa Reha-Kliniken und niedergelassene Ärzte zur Outcome-Messung der Krankenhäuser heran, dann müsste man für einen Ausgleich des dort anfallenden Mehraufwands sorgen. Ansonsten sind die Potenziale von Anreizmechanismen in diesem Bereich begrenzt, wie Studien zeigen. Die Nachhaltigkeit der Akutbehandlung kann nur bedingt durch die eingebundenen Leistungserbringer beeinflusst werden.

### Überadjustierung

Bei der Wahl der Daten für das Risikoprofil dürfen keine Behandlungsparameter herangezogen werden, die selbst Einfluss auf die Zielgröße haben. Dies ist der Fall, wenn in unserem Beispiel lokale Institutionen häufig eine ambulante Chemotherapie wählen, weil die Patienten aus der näheren Umgebung stammen, wohingegen überregionale Zentren diese Option weniger ausschöpfen können. Wird ohne Nachfragen „Wohnortnähe“ ins Risikoprofil aufgenommen, werden die lokalen Häuser ungerechtfertigterweise schlechter gestellt, da

das Merkmal Wohnortnähe eines ihrer Vorteile darstellt, jedoch kein „Risiko“ der Patienten ist. Ein ähnlicher Sachverhalt mit umgekehrten Vorzeichen ergibt sich bei Einbeziehung von nosokomialen Infektionen.

In der Praxis ist es häufig schwer, diesen als Überadjustierung bekannten Effekt zu eliminieren. Im Extremfall führt er dazu, dass die Messung der Behandlungsqualität keine Wertung mehr zulässt, da die Ergebnisse allesamt sehr nahe am Erwartungswert liegen.

### Diskussion

Ein fairer flächendeckender Vergleich der Behandlungsqualität ist ohne Risikoadjustierung nicht möglich. Wenn Behandlungsqualität so verstanden wird, dass das medizinische Ergebnis zählt, dann müssen dafür klinische Daten herangezogen werden. Dies erhöht den Dokumentationsaufwand stark und es führt, wie bei Einführung des DRG-Systems, zum administrativen Wettbewerb. Der Druck auf die Einrichtungen zur Optimierung der Dokumentation ohne damit zwingend einhergehende Verbesserung der Behandlungsqualität verstärkt sich weiter. Eine solche Entwicklung wäre nicht nur aus ökonomischer Sicht fragwürdig. Daneben droht die Gefahr der Überadjustierung.

Auch greift eine Fokussierung auf den Akutbereich zu kurz. Der Nutzen der Krankenhausbehandlung liegt letztlich in der nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustands der Patienten. Gerade hier ergeben sich jedoch entscheidende Probleme für die Qualitätsmessung.

Es muss daher die Frage erlaubt sein, ob nicht stattdessen eine stichprobenartige Erhebung das geeignetere Mittel ist, unterstützt durch den Einsatz von Leitlinien. Denn die pure Messung der Qualität hebt diese noch nicht an, die Weiterentwicklung von Leitlinien dagegen schon.

*Das Literaturverzeichnis kann bei den Verfassern angefordert oder im Internet unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.*

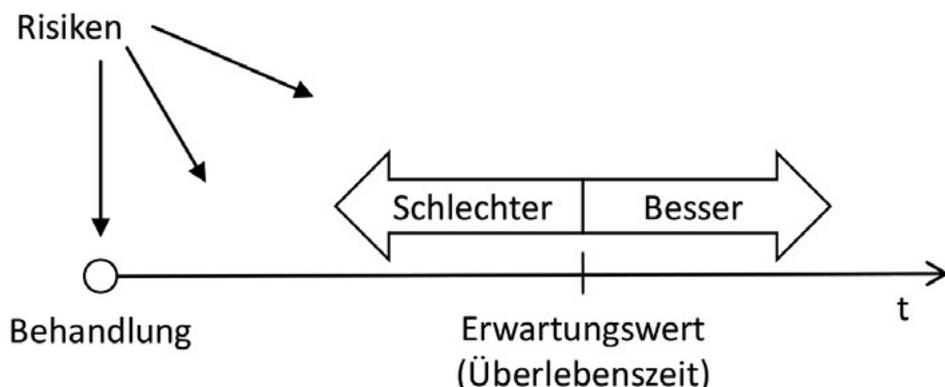


Abbildung 2: Interpretation einer Abweichung vom Erwartungswert bei der Fünf-Jahres-Überlebensrate.

### Autoren

Professor Dr. med. Walter Swoboda,  
 Professor Dr. oec. publ. Alexander Würfel,  
 Fakultät Gesundheitsmanagement, Hochschule Neu-Ulm, Wileystraße 1, 89231 Neu-Ulm