

# Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung

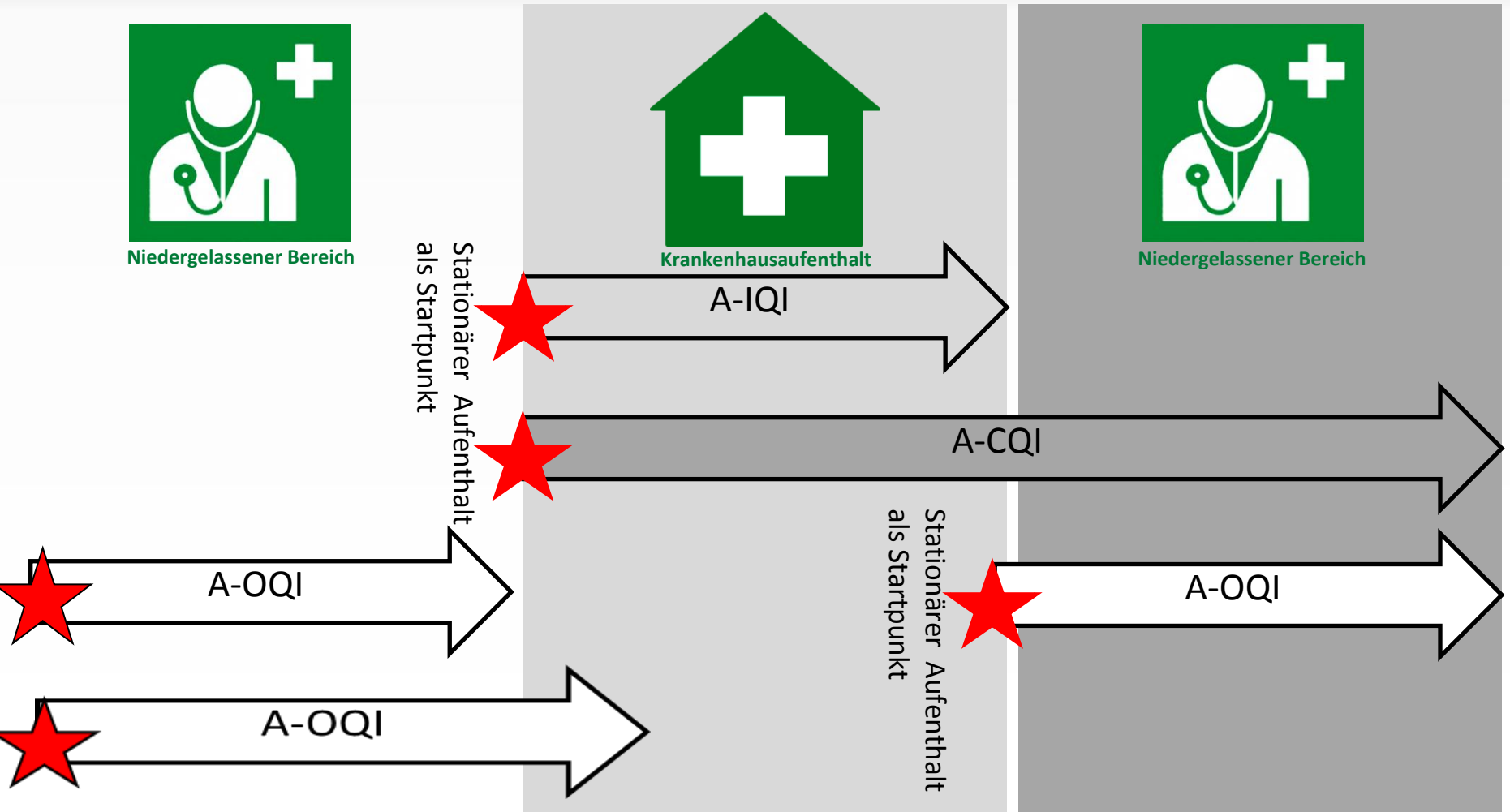
Ergebnisqualitätsmessung mit Routinedaten

6. Oktober 2016

Dr. Fabiola Fuchs, MSc  
NÖGKK

# Möglichkeiten, Ansätze und Fallstricke

# Qualitätsmessung mit Routinedaten



## Limitationen Daten

- **Unterschiedliche Leistungskataloge, unterschiedliche Datenhalter (Pflegegeldbezieher, IV Pension,..)**

 **KAL,...**

- **Fehlende Diagnosendokumentation**

 **standardisierte Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich**

- **Jeweils nur Teilaspekte, kein Gesamtüberblick**

 **Zusammenführung Datenquellen (SV und KH, andere datenhaltende Stellen)**

## Mögliche Bereiche für Indikatoren:

- Interventionen (Bsp. Colonoskopie)
- chronische Erkrankungen (Bsp. DM Typ 2)
- Patientensicherheit (Bsp. Antibiotikaverordnungen, PIM Medikation)
- Patientenzufriedenheit

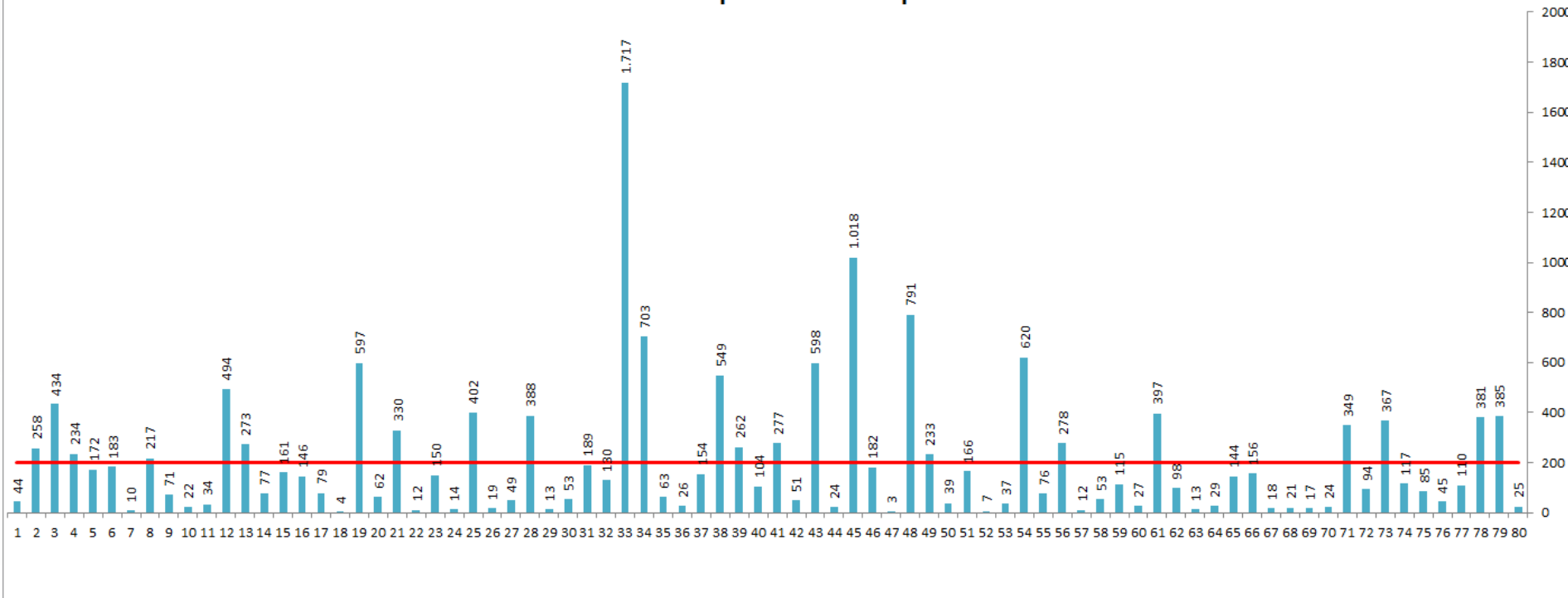
Fuchs F., 2015: Ergebnisqualitätsmessung im Gesundheitswesen. In. Soziale Sicherheit. Ausgabe 09/2015  
<https://www.sozialversicherung.at/portal27/sec/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.757569&action=2>

- Unterschiedliche Leistungsinhalte in den Honorarkatalogen (mit/ohne Polypentfernung)
- keine Daten über Coekumerreichrate
- Histologische Befundung: Daten erhebbar, aber keine Daten über Polypentfernungen
- keine Daten KH Ambulanzbereich

## **Aber:**

- **Fallzahlen pro Leistungserbringer im niedergelassenen Bereich**
- **Erfassung der stationären Aufenthalte nach Leistungserbringung bei Komplikationen**

### Kolonoskopie 2013 Anzahl pro VP



- Keine eindeutige Zuordnung zu einem Gesundheitsdienstleister
- Wenig eindeutige Messpunkte ( außer Mortalität)
- Untersuchungsfrequenzen vom klinischen Bild des Patienten abhängig (nicht messbar)
- Schwierige statistische Verwertbarkeit



## Prozessparameter bei Diabetes mellitus

- Laborkontrollen, Augenuntersuchung (LEICON 1)
- Schulungen, Fußinspektion (mit Routinedaten derzeit nicht vollständig abbildbar)

wird als erster Indikator für Qualitätszirkel auf Bundesebene herangezogen,  
Piloten starten im Frühjahr 2017

**Evaluierungsergebnisse Disease Management Programm „Therapie Aktiv“<sup>2</sup>:  
Mortalität im Analysejahr 2012 und 2013: 3,21 % DMP vs. 4,94 % Kontrollgruppe**

<sup>1</sup>Robausch M., Fingerlos U. 2014: Prozessqualität bei der Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 im niedergelassenen Bereich: Das Analysetool von LEICON-CCIV in Soziale Sicherheit 4/2014 und 5/2014

<sup>2</sup>Berghold A., Riedl R. 2015: Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“.

[http://diabetes.therapie-](http://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/content/contentWindow?contentid=10008.617678&action=b&cacheability=P)

[aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/content/contentWindow?contentid=10008.617678&action=b&cacheability=P](http://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/content/contentWindow?contentid=10008.617678&action=b&cacheability=P)  
AGE&version=1427975661

# Ergebnisse Österreich DM Typ II

Diabetespatienten\*: n= 316 980

DMP: n= 30 005

nicht DMP: n= 286 975

	Bezirk niedrigster Wert (Pat nicht im DMP)	Bezirk niedrigster Wert (Pat im DMP)	Bezirk höchster Wert (Pat nicht im DMP)	Bezirk höchster Wert (Pat im DMP)
Augenarztkontakt (mind.1x/2 Jahre)	36%	41%	64%	100%
HBA1C (mind.1x/Jahr)	58%	56%	85%	100%

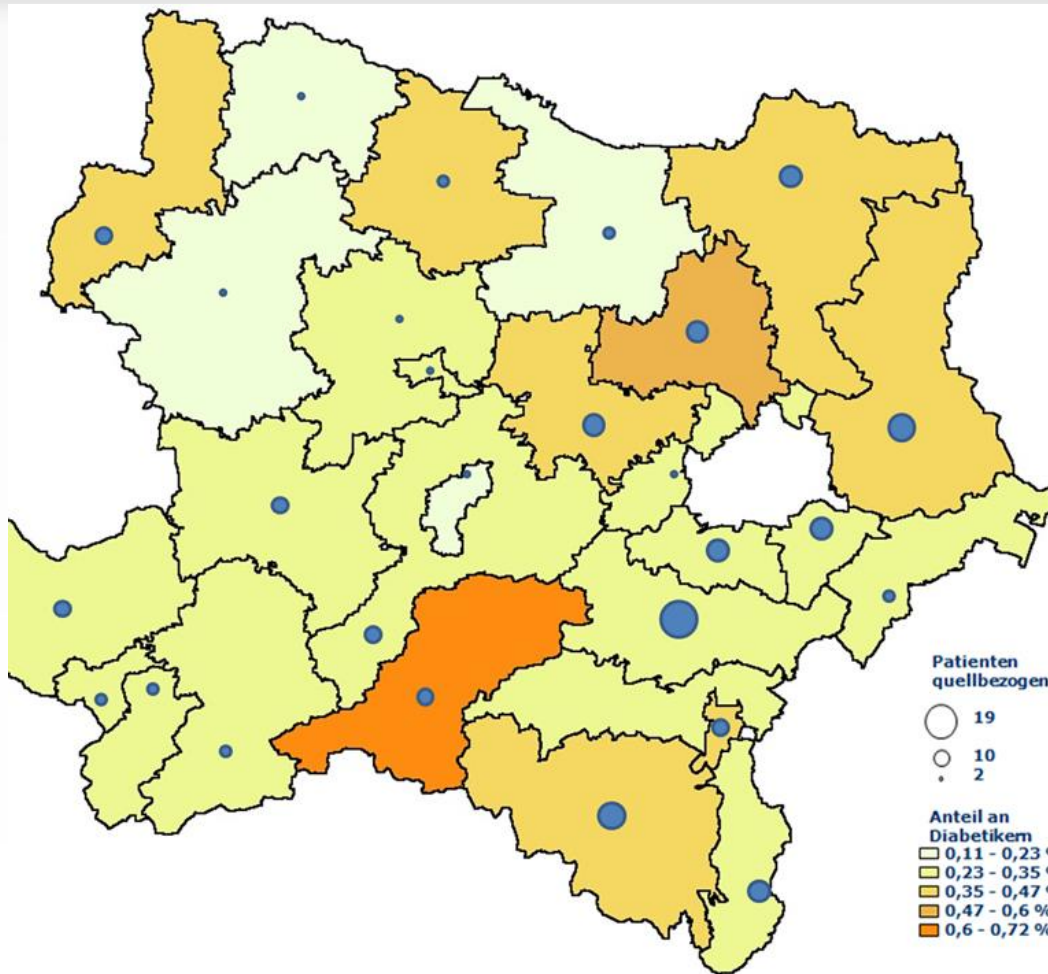
Daten LEICON, 2014

\* mit OAD oder Kombinationstherapie lt. LEICON-Algorithmus

## Ergebnisparameter bei Diabetes mellitus

- Krankenhausaufenthalte all causes
- Krankenhausaufenthalte mit HD Diabetes mit/ohne Komplikationen
- Krankenhausaufenthalte mit Herzinfarkt, Schlaganfall, Niereninsuffizienz, Dialyse, Amputationen, Nierentransplantationen
- Verlorene Lebensjahre

# Beinamputationen bei DM



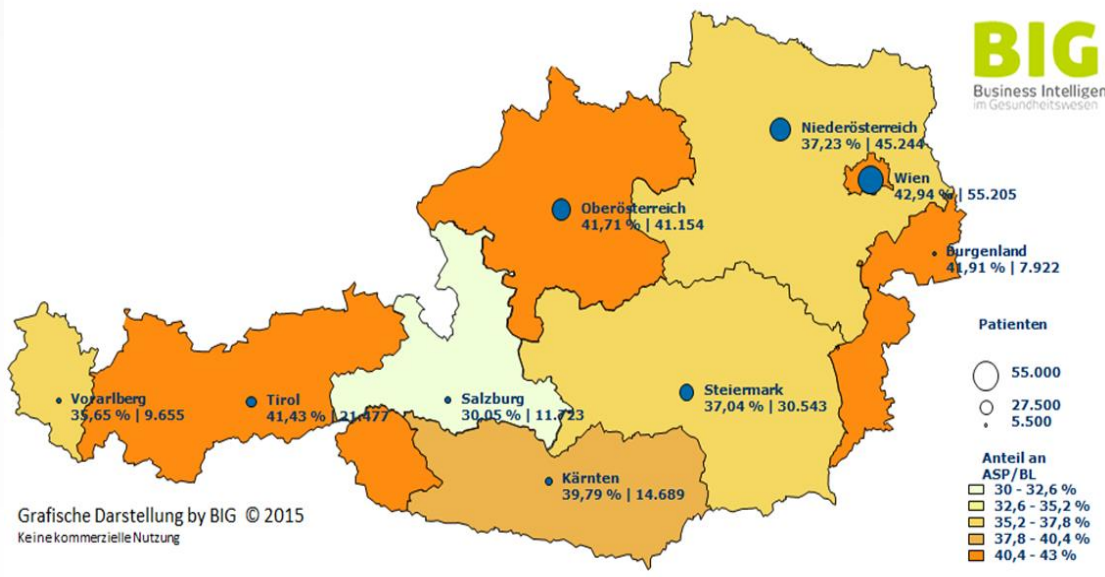
Range: 0,11% – 0,72%

Es macht einen Unterschied, ob  
**1 von 138**  
Diabetikern oder  
**1 von 936**  
beinamputiert wird!

# Indikatoren Patientensicherheit

# Antibiotikaverordnungen Kinder < 6 Jahre mind. 1 Verordnung pro Jahr

PatientInnen-Anzahl Antibiotikaverordnungen J01 für Kinder < 6 Jahre  
Abrechnungsjahr 2014



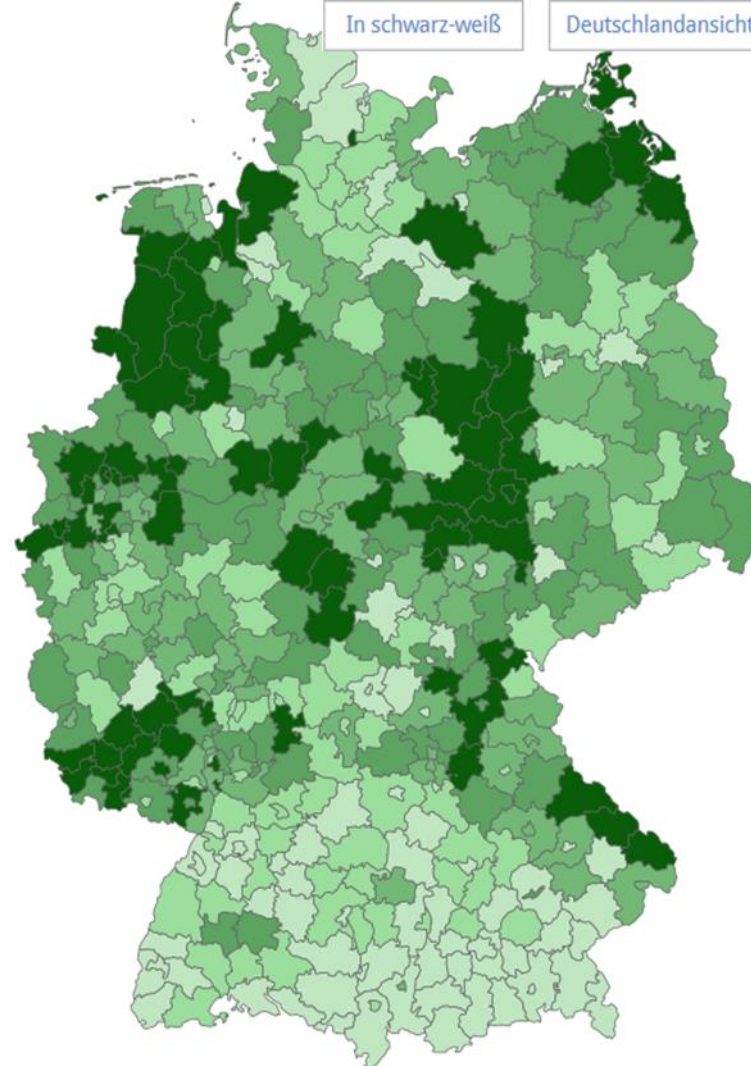
Grafische Darstellung by BIG © 2015  
Keine kommerzielle Nutzung

Quelle: BIG Basis, KVA, ZPV, abgefragt: 14.9.2015, Ruschitzka

**Österreich 2014 Range: 30% – 43%**

**NÖ 2014 Range: 38% – 58%**  
(BIG Datenbasis)

**Deutschland 2010 Range:  
25% – 71,3%**  
(Faktencheck Gesundheit Bertelsmannstiftung)

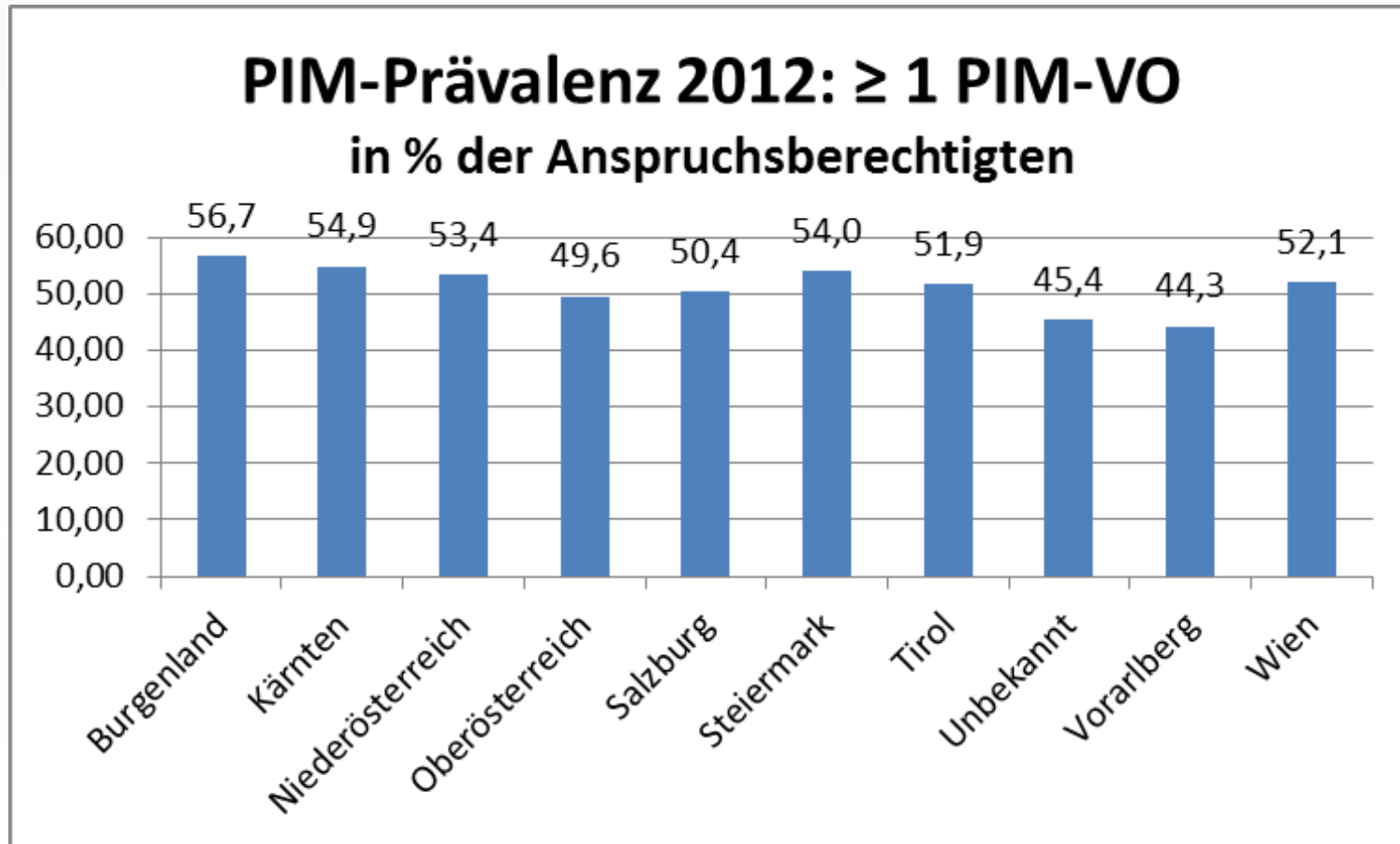


Sind **potentiell inadäquate Medikamente** die bei **älteren Personen** nur sehr wohlüberlegt verordnet werden sollen.

Es besteht ein **erhöhtes Risiko an Nebenwirkungen** wie gastrointestinale Blutungen, Schwindel und dadurch Sturzneigung, Halluzinationen, Delir

PIM Liste: 73 Wirkstoffe (Dr. Eva Mann, Paracelsus Privatuniversität Salzburg)

Mann E, Böhmendorfer B, Frühwald T, Roller-Wirnsberger R, Dovjak P, Dückelmann-Hofer C, Fischer P, Rabady S, Iglseider B: Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. Dezember 2011

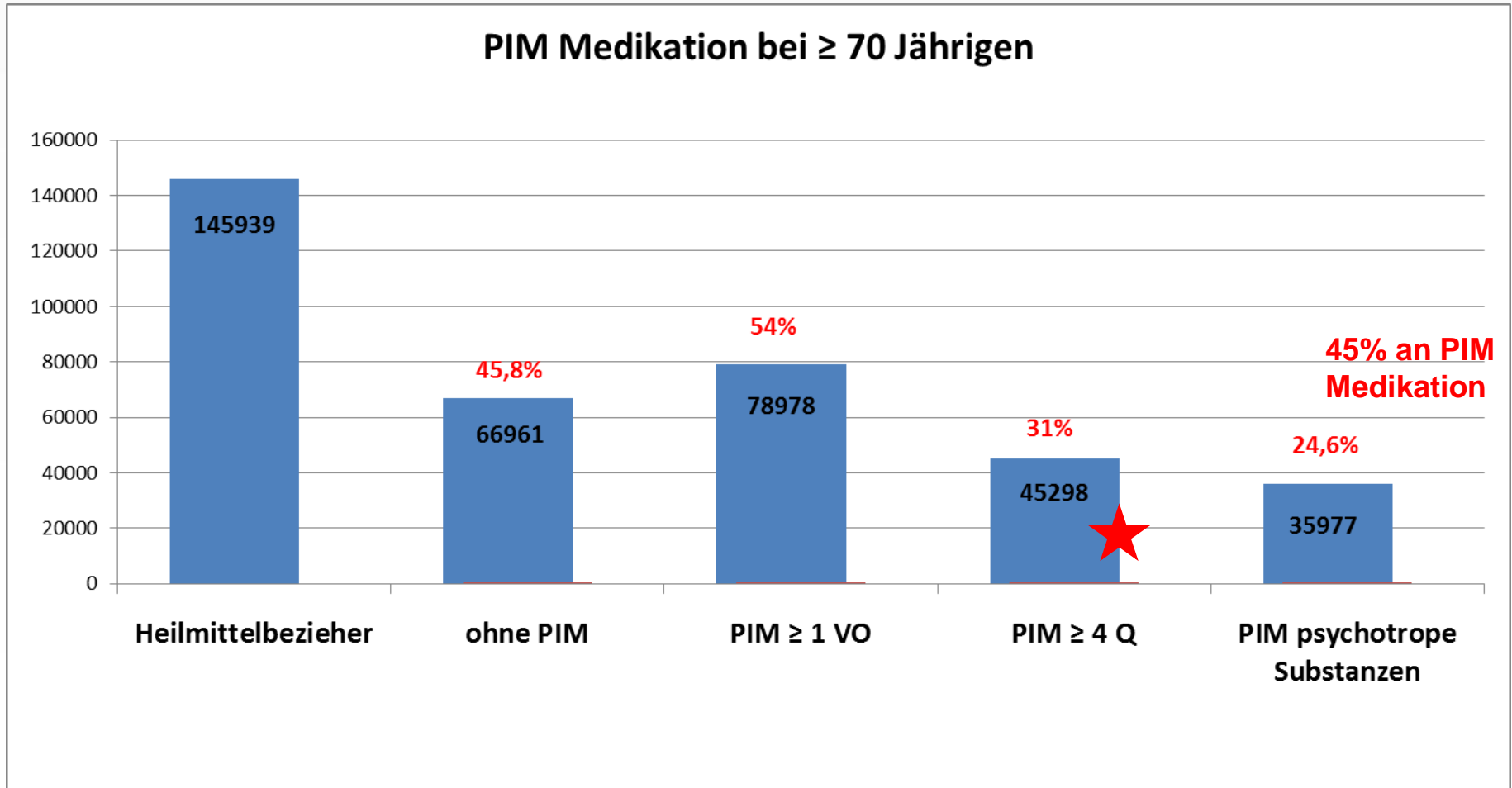


Aus Mann et al.: Potentiell inadäquate Medikamente (PIM) bei älteren Menschen in Österreich. Eine bundesweite Prävalenzstudie.

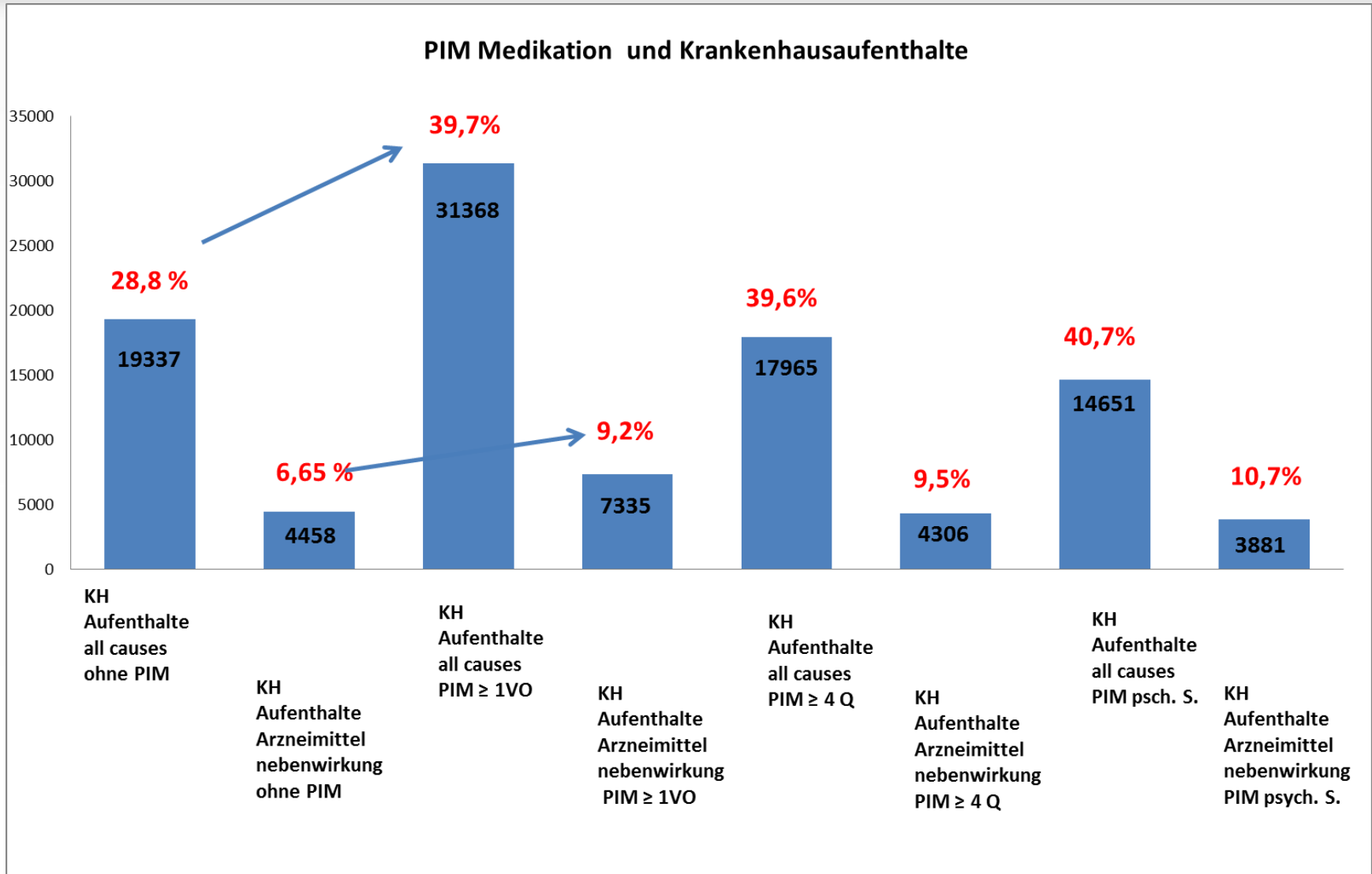
Link zur Publikation in European Geriatric Medicine : <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2014.06.035>



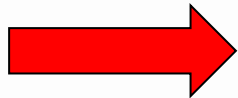
# PIM Medikation bei über 70 Jährigen; NÖGKK, Daten 2013



# PIM Medikation und KH Aufenthalte NÖGKK, Daten 2013



- **Etliche PIM-Präparate sind unter der Kostenerstattungsgrenze und werden daher nur bei einer Befreiung erfasst!**
- **Benchmark mit Deutschland (PRISKUS Liste) nicht möglich, da Liste nicht ident**



**ELGA – E-Medikation**

**Erhöhung der Awareness in der Ärzteschaft**

**Qualitätszirkel mit Allgemeinmedizinerinnen und klinischen Fachärztinnen aus dem Niedergelassenen- und Spitalsbereich**

## Qualitätsmessung

## ein Perspektivenwechsel

## Fragestellungen:

- Gibt es für alle angebotenen/durchgeführten Leistungen einen entsprechenden Evidenznachweis?
- Ist die Indikationsqualität gegeben (effektive Leistung an „richtiger“ Person zum richtigen Zeitpunkt)?

**Studien USA:** 30% der Gesundheitsausgaben sind „Waste“  
(= Ressourcenverschwendung und gefährlich für Patienten)\*

## Internationale Initiativen:

- Choosing Wisely (USA, Kanada)
- GB: „do not do list“ NICE; Too much medicine (BMJ); less medicine (JAMA)
- Deutschland: „Gemeinsam klug entscheiden“
- Italien: slow medicine; Schweiz: smarter medicine
- Etc.

\* Berwick & Hackbarth (2012): Eliminating waste in US health care. JAMA 307:1513-16

## 1.) Durchführen einer bildgebenden Diagnostik in den ersten 6 Wochen bei Patienten mit unspezifischen Lumbalgien

Quelle: AHRQ USA, NICE GB

Evidenzlevel: Metaanalyse randomisiert – kontrollierter Studien

## 2.) Verschreibung von Antibiotika gegen unkomplizierte Infekte der oberen Atemwege

Quelle: Centers of Disease Control USA , American Academy of Family Physicians, NICE GB

Evidenzlevel: multiple randomisiert – kontrollierte Studien

**In Österreich nicht möglich, da keine Diagnosen Dokumentation**

## Ergebnis:

453 für den niedergelassenen Bereich  
relevante Leistungen

419 wegen fehlender Daten nicht  
abbildbar (Diagnosendokumentation!)

Sprenger M., Robausch M., Moser A. 2016 Quantifying low-value services by using routine data from Austrian primary care: The European Journal of Public Health Juni 2016

- Knochendichtemessung öfter als alle 2 Jahre bei Biphosphonattherapie  
n=12285; 855.400 €
- PAP Abstrich bei Frauen unter 21 Jahre oder mit Hysterektomie  
n=13383; 92.739 €
- Kombination Statine und Fibrat bei Typ 2 Diabetikern  
n= 1205; 169.832 €
- PSA Test bei Männer > 75 Jahren  
n=13383, 92.738 €