

Quality First!

Der Blick ins Ausland kann oft neue Perspektiven eröffnen. Das International Network Health Policy & Reform, initiiert von der deutschen Bertelsmann Stiftung, ist ständig auf der Suche nach Konzepten und Modellen, die sich andernorts für Reformen des Gesundheitssystems nutzen lassen. Die folgenden Beiträge beleuchten Ansätze aus Dänemark, Österreich und Neuseeland zur Qualitätsverbesserung in verschiedenen Bereich der Patientenversorgung. Dank der Qualitätsstrategie für das schweizerische Gesundheitswesen, die der Bundesrat im Oktober 2009 präsentierte, hat das Thema neue Aufmerksamkeit erlangt.

Dänemark: Das nationale Indikatorenprojekt

Das dänische Indikatorenprojekt ist Teil einer Bewegung zur Qualitätsverbesserung, die in die späten 90er Jahre zurückreicht. Ziel ist die Dokumentation und Verbesserung der Qualität stationärer Behandlungen bei acht häufigen Krankheiten: Schlaganfällen, Diabetes, Hüftfrakturen, Schizophrenie, akuten Darmoperationen, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und Lungenkrebs. Innerhalb der letzten zehn Jahre war das Projekt sehr aktiv: Krankheitsspezifische klinische Indikatoren und Standards wurden entwickelt, Daten wurden gesammelt, analysiert und interpretiert, die Ergebnisse wurden an Ärzte, Gesundheitsmanager und die Öffentlichkeit weitergegeben und Qualitätsverbesserungen in der Versorgung implementiert.

Keine Suche nach Sündenböcken

Anstatt Sündenböcke – hier Kliniker – zu suchen und sie für strukturelle Fehler verantwortlich zu machen, geht es vielmehr darum, verlässliche Daten zu erheben und zu nutzen, um die Versorgungsqualität zu verbessern. Das Projekt zielt darauf ab, die Qualität präventiver und diagnostischer Massnahmen, der Therapie und der Rehabilitation zu erhöhen. Darüber hinaus sollen Qualitätsdaten den Patienten und der Öffentlichkeit zugänglich sein. Alle Krankenhäuser, die die acht definierten Krankheitsbilder behandeln, müssen am Projekt teilnehmen.

Das Projekt entstand vor dem Hintergrund, dass nur wenige Länder in der Lage sind, Versorgungsqualität zu dokumentieren. Darüber hinaus haben nur wenige Länder ein verpflichtendes System, um die Versorgungsqualität zu bewerten. Qualitätsdaten sind oft nur begrenzt vorhanden und selbst von schlechter Qualität. In Dänemark wuchs daher das Bedürfnis, die Versorgungsqualität systematisch zu messen und zu prüfen, welche Auswirkungen sie auf den Gesundheitszustand der Menschen hat.

Verschiedene Akteure nutzen die Ergebnisse des nationalen Indikatorenprojekts aus unterschiedlichen Gründen. Anbieter möchten wissen, wie gut sie ihre Leistungen erbringen und wie sie ihre Behandlung verbessern können. Sie benötigen aussagekräftige, interpretierbare Daten, um ihre Behandlung beurteilen zu können. Kostenträger wiederum sind an Transparenz und Rechnungslegung interessiert. Ihnen ist Kosteneffizienz wichtig, also für welches Geld die beste Versorgung zur Verfügung gestellt wird. Patienten helfen Informationen über Behandlungsqualität, um sich für die richtige Versorgung zu entscheiden – auch wenn darüber debattiert wird, inwieweit Patienten wirklich Qualitätsdaten nutzen und auf dieser Grundlage eine Wahl treffen wollen.

Einer jüngst veröffentlichten Studie zufolge sind Aktivitäten zur Qualitätssicherung dort verbreiteter, wo Gesundheitsakteure in multidisziplinären Teams zusammenkommen – vermutlich weil es einfacher ist, Qualitätsprüfungen als Kollegen denn als Konkurrenten im Alleingang zu organisieren (Legido-Quigley et al. 2008). Auf Metaebene betrachtet kann das nationale Indikatorenprojekt als gutes Beispiel für multidisziplinäre Teamarbeit dienen, da es Abteilungen und Institutionen der Regierung, berufliche Fachgesellschaften und Agenturen für Gesundheitsmanagement einbindet. Für jede der acht Erkrankungen gibt es eine Indikatorengruppe, welche verschiedene Gesundheitsakteure einbezieht, darunter Ärzte, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten und klinische Epidemiologen. Die Indikatorengruppe soll das Krankheitsgebiet sowohl klinisch als auch wissenschaftlich abdecken.

Jede teilnehmende Klinikabteilung erhält monatlich ihre eigenen Ergebnisse, um die Versorgungsqualität rückverfolgen zu können. Einmal jährlich wird Bilanz gezogen. Hierbei besprechen Evaluationsgruppen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene die Daten, diskutieren die risikobereinigten Ergebnisse und bereiten für jede der festgelegten Krankheiten vor, wie Qualitätsverbesserungen durchzuführen sind. Es wird Material für die

Öffentlichkeit vorbereitet, das die Ergebnisse der Klinikabteilungen und die Kommentare der Evaluationsgruppen zusammenfasst.

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass dänische Patienten, die unter einer der acht Krankheiten leiden, zunehmend die vom Projekt empfohlene Versorgung erhalten. Seit 2003, als die ersten Ergebnisse des nationalen Indikatorenprojekts generiert wurden, hat der Umfang dieser empfohlenen Versorgung zugenommen. Die fünf Regionen in Dänemark haben sich deshalb dafür entschieden, das Indikatorenprojekt dauerhaft ins dänische Gesundheitswesen zu integrieren. Darüber hinaus wird das Projekt auf drei weitere Gebiete ausgeweitet: Geburt, Depression und entzündliche Darmerkrankungen.

Literatur und Links:

- [Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik](#). «Role of information in assuring quality of services – case studies on England, Denmark, Norway and Sweden». Euro Observer (9) 3, Herbst 2007. www.euro.who.int/document/OBS/EuroObserver_Autumn2007.pdf.
- Legido-Quigley, Helena, Martin McKee, Ellen Nolte und Irene Glinoz. Assuring quality of health care in the European Union. Hg. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Kopenhagen 2008.

Österreich: Der Arzneimittel-Sicherheitsgurt

Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln zählen zu den Hauptaspekten, wenn es um Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung geht. Experten gehen von einer hohen Dunkelziffer des Problems aus. Bei einem 2007 begonnenen österreichischen Pilotprojekt nutzt man einen EDV-gestützten «Sicherheitsgurt», um Doppelmedikationen sowie Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln auffindig zu machen. Erste Evaluationsergebnisse lassen darauf schließen, dass die Patientensicherheit steigt und dass unnötige Kosten vermieden werden. Ärzte sind allerdings skeptisch.

2007 startete der «Arzneimittel-Sicherheitsgurt» als Pilotprojekt in 71 der 76 öffentlichen Apotheken in Salzburg. Auf Wunsch des Patienten wird zunächst eine Medikationsdatenbank bei der Pharmazeutischen Gehaltskasse, dem Wirtschafts- und Sozialinstitut der Apotheker, angelegt. Dort speichert der Apotheker alle verschreibungspflichtigen und rezeptfreien Medikamente, die an den Patienten ausgegeben wurden. Mithilfe der 2006 eingeführten eCard kann der Apotheker die in der Datenbank gespeicherten Medikamente abrufen. Eine «Sicherheitsgurt»-Software, die speziell für das Projekt entwickelt

wurde, identifiziert doppelte Verschreibungen sowie Wechselwirkungen und gibt entsprechende Warnmeldungen. Die Entwicklungskosten von mehr als einer Million Euro trug die Pharmazeutische Gehaltskasse der Apotheken und ihre Kammer. Nach Absprache zwischen den Apotheken und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger war 2005 bereits die vollelektronische Abrechnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel eingeführt worden. Vorschlägen der Regierung zufolge soll nun das landesweite Rollout des «Arzneimittel-Sicherheitsgurts» die erste Anwendung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) bilden.

Mehr als 9000 Patienten nahmen am Projekt teil, insgesamt wurden 175 000 Arzneimittel ausgegeben. Die Sicherheitsgurt-Software generierte über 26 000 arzneimittelbezogene Warnungen. Davon wurden mehr als die Hälfte wegen möglicher unerwünschter Nebenwirkungen ausgelöst, beinahe ein Drittel hing mit der Therapietreue der Patienten zusammen und weniger als ein Fünftel mit Doppelmedikationen. Der Arzneimittel-Sicherheitsgurt identifizierte besonders häufig Interaktionen zwischen Marcumar und Aspirin, zwischen Multivitaminpräparaten und Osteoporose-Arzneimitteln sowie zwischen bestimmten Antibiotika und Cholesterinsenkern.

Mögliche Einsparungen

Ganz oben auf der Liste möglicher positiver Auswirkungen stehen nicht nur die erhöhte Patientensicherheit, sondern auch potenzielle Einsparungen. Die Apothekerkammer schätzt, dass jährlich 150 Millionen Euro gespart werden könnten, wenn der Arzneimittel-Sicherheitsgurt flächendeckend auch in Krankenhausapotheken zum Einsatz käme. Rechnet man die Kosten, die durch Doppelmedikationen entstehen, hinzu, könnten noch einmal jährlich 78 Millionen Euro eingespart werden. Während das Gesundheitsministerium das Projekt begrüsst und sich für ein landesweites Rollout einsetzt, steht noch immer die entscheidende Frage im Raum, ob auch Ärzte den Arzneimittel-Sicherheitsgurt befürworten.

Der Erfolg der Initiative hängt langfristig von der Mitarbeit der Ärzte ab, die für die Verschreibung der Medikamente zuständig sind. Doch während die Apothekerkammer eine Ausweitung des Projekts auf Landesebene befürwortet, zeigen sich die Ärzte aufgrund von Datenschutzbedenken ablehnend gegenüber der elektronischen Erfassung und Auswertung von Patientendaten. Zudem fühlen sie sich in das Projekt nicht eingebunden, das zu grossen Teilen von den Pharmazeuten vorangetrieben wurde. Angesichts ärztlicher Bedenken hält der Gesundheitsminister es für notwendig, Ärzte besser in das Projekt zu integrieren. Die Bevölkerung scheint das Projekt zu begrüßen. Wichtig zu erwähnen bleibt, dass die Teilnahme

am Arzneimittel-Sicherheitsgurt für Patienten freiwillig ist. Erst auf Wunsch der Patienten wird die Datenbank mit den an sie ausgegebenen Medikamenten angelegt, Patienten können jederzeit ihre Daten löschen lassen.

Literatur und Links:

Hofmarcher, Maria M. «Pharmaceutical Safety Belt: e-healthkicks in». *HealthPolicyMonitor*, October 2008. www.hpm.org/survey/at/a12/2.

Neuseeland: Mehr Qualität im Krankenhaus

Wie in vielen anderen Ländern ist in Neuseeland das Bewusstsein für die Häufigkeit und die Kosten ungewünschter Ereignisse – insbesondere von Arzneimittelnebenwirkungen – gewachsen. Eine Studie aus den späten 90er Jahren kam zu dem Ergebnis, dass bei fast 13 Prozent der in öffentlichen Krankenhäusern behandelten Patienten unerwünschte Ereignisse auftraten; in etwa 80 Prozent der Fälle entstanden diese im Krankenhaus selbst. Ein Drittel der unerwünschten Ereignisse bezog sich auf medizinische Komplikationen, die meisten betrafen Arzneimittel. Wie anderswo sind auch in Neuseeland Politiker und Manager sehr daran interessiert, Programme zur Verbesserung der Versorgungsqualität einzuführen, damit unliebsame Statistiken wie diese nicht mehr vorkommen. 2008 hat die Regierung ein Projekt finanziert, das den Titel «Safe Medication Management» trägt. Der Fokus liegt auf der Verschreibung, Abgabe, Verabreichung und Überprüfung von Medikamenten innerhalb staatlicher Krankenhäuser sowie an der Schnittstelle zwischen Krankenhäusern und Primärversorgung. Das Ziel ist, Systeme zur Arzneimittelsicherheit im gesamten Gesundheitswesen zu verbessern und so die Zahl unerwünschter Ereignisse zu reduzieren. Das Projekt betrachtet verschiedene Aspekte: die Abstimmung von Medikamenten, deren Verpackung in Einzeldosen mit Barcodes, die Nachprüfung am Krankenbett, standardisierte sowie koordinierte Krankenhausinformationssysteme, standardisierte Medikationskurven und die Einführung einer elektronischen Medikationsakte oder einer elektronischen Verschreibung.

Das Projekt zur Arzneimittelsicherheit ist Teil eines nationalen Programms zur Qualitätsverbesserung mit insgesamt fünf Säulen:

- Safe Medication Management,
- Management of Healthcare Incidents,
- Infection Prevention and Control,
- National Mortality Review Systems,
- Optimizing the Patient's Journey.

Das Programm richtet sich vor allem an öffentliche Krankenhäuser. Ein im Jahr 2000 per Gesetz geschaffener Ausschuss hat das Programm entwickelt. Die fünf Projekte wurden 2007 konzeptioniert, die Umsetzung wurde 2008 finanziell möglich.

«Optimizing the Patient's Journey» soll Versorgungsabläufe patientenorientierter, effizienter und sicherer machen. Dafür wird zunächst die «Reise» von Patienten durch die verschiedenen Stationen des Krankenhauses analysiert und optimiert – nicht nur mithilfe des Blicks «von oben» auf das gesamte System, sondern auch aus der Perspektive des Patienten. Für Chroniker sollen in gleicher Weise Behandlungsprozesse über die stationäre Versorgung hinaus in der Primärversorgung optimiert werden. Wie bei anderen Initiativen erwartet die Regierung auch von diesem Projekt zweierlei: Es soll zum einen helfen, die Versorgung zu verbessern, und zum anderen, Kosten zu sparen – Wünsche, die häufig nicht einfach zu realisieren sind. Erreicht werden sollen

- reduzierte Wartezeiten bei Notfällen und Aufnahmen,
- weniger abgesagte Operationen,
- niedrigere Kosten pro Patient,
- geringere Verweildauern.

Alle Teile des Gemeinschaftsprojekts haben eine vorgegebene Laufzeit. Im Anschluss daran werden Materialien, die aus dem Projekt hervorgehen, veröffentlicht und die Pilotprojekte möglicherweise weiterentwickelt. Auf Projektseiten im Internet und Ergebnisworkshops können die Regionen, die in Neuseeland für die Gesundheitsversorgung zuständig sind, ihre Erfahrungen austauschen. Das Projekt steht zwar noch am Anfang. Erste Anzeichen sprechen aber dafür, dass es tatsächlich zu mehr Effizienz und Kosteneinsparungen führt, insbesondere durch weniger abgesagte Operationen, weniger Krankenhausaufnahmen und weniger Notdiensteinsätze, vor allem bei Patienten mit chronischen Erkrankungen.

Literatur und Links:

- Ashton, Toni. «Optimizing the patient's journey». *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. www.hpm.org/survey/nz/a12/5.

Korrespondenz:

Sophia Schlette, MPH

International Network Health Policy & Reform

(Internationales Netzwerk Gesundheitspolitik)

Bertelsmann Stiftung

Carl-Bertelsmann-Strasse 256, D-33311 Gütersloh

sophia.schlette@bertelsmann.de

www.bertelsmann-stiftung.de

www.healthpolicymonitor.org