

Wie Bundesämter eine gute Idee auf dem falschen Weg verfolgen

Die Suche nach Qualitätsindikatoren für Schweizer Spitäler

Thierry Carrel

Direktor der Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie, Inselspital Bern

Im aktuellen Bericht «Qualitätsindikatoren der Schweizer Spitäler 2011» veröffentlicht das Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Statistik (BFS) Daten von 300 Spitälern und Geburtshäusern der Schweiz: Fallzahlen, Anteilswerte und Mortalität bei bestimmten Krankheitsbildern können pro Spital abgerufen und verglichen werden. Eine an sich löbliche Initiative, wo doch bislang nur einzelne Spitäler nicht validierte (und meistens aufgeblasene) Leistungszahlen in Jahresberichten oder auf ihrer Spitalwebseite veröffentlichten.

Der schöne Schein von neuer Transparenz

Das BAG beschreitet insofern Neuland und kommentiert dies so: «Die Indikatoren bezwecken einerseits, der Öffentlichkeit einen Einblick in die Tätigkeit der Spitäler zu ermöglichen, die zu einem grossen Teil mittels Krankenkassenprämien sowie Steuergeldern finanziert sind, und dem Patienten die Möglichkeit zu geben, die Spitalwahl faktenbasiert zu treffen.» Gerade die letzte Absicht ist gleichwohl brisant, denn der Patient muss sich bei der Spitalwahl auf diese publizierten Fakten hundertprozentig verlassen können. Doch der schöne Schein von neuer Transparenz und echter Vergleichbarkeit trägt.

Mangelhaftes Vorgehen führt zu eklatanten Differenzen

Die eine oder andere Klinik hat bei der Lektüre des BAG-Berichts staunend bemerkt: Es bestehen eklatante Differenzen zwischen den klinikinternen Fallzahlen, die Klinikärzte seit Jahr und Tag für interne Zwecke möglichst gewissenhaft erheben und den Zahlen, die im Bericht veröffentlicht werden. Letztere stammen nicht aus den Kliniken selbst, sondern werden dem Bundesamt für Statistik von der Spitalverwaltung geliefert. Die Spitalverwaltung übergibt diese Daten an das Bundesamt aus ihrer Leistungs-codierung nach ICD und CHOP-Code, die via Grouper in die AP-DRG (bis 2011), bzw. Swiss-DRG (ab 2012) münden. Dort fallen diese hochsensiblen Daten gewissermassen als Nebenprodukt bei der fallpauschalierten Rechnungsstellung an. Und genau hier liegt das Problem.

Dieses Vorgehen erweist sich, das zeigt die Praxis, als mangelhaft, wenn es darum geht, Leistungsindikatoren (Fallzahlen, Mortalitäten, Diagnosen und

Behandlungen) einem bestimmten Behandlungsverfahren zuzuordnen. Schon bei den Fallzahlen fallen eklatante Differenzen zwischen Daten aus den Kliniken und denjenigen des BAG auf. Diese sind überwiegend durch das Kodierungssystem verschuldet, denn für die Abrechnung nach DRG werden ganz andere Merkmale eines Patienten oder einer Behandlung verwendet als für das Erstellen einer brauchbaren Statistik.

Wirres Abbild der Codierung

Noch eklatantere Merkwürdigkeiten liest man bei den BAG-Listen der häufigsten Haupt- und Nebendiagnosen und Haupt- und Nebenbehandlungen. Gottlob sind diese nicht öffentlich publiziert, sondern nur dem einzelnen Spital vertraulich zugänglich. So spiegeln diese vermeintlichen «Hauptdiagnosen» und «Nebendiagnosen» nicht die Sicht der Kliniker wider, sondern sind ein wirres Abbild der Codierung. Die Wahl der Haupt- und Nebendiagnosen und -behandlungen erscheint oftmals nicht nur völlig willkürlich, sondern unsinnig und manchmal geradezu lächerlich.

Beispiel «Beteiligte Fachabteilungen»

Als ein Beispiel von unzähligen sei hier die BAG-Statistik für die koronare Bypassoperation genannt:

Unter «beteiligte Fachabteilungen» wird für meine Klinik genannt: Chirurgie Anzahl Fälle 648, Intensivmedizin Anzahl Fälle 13 (!). Die Aussage, dass nur in 13 Fällen unsere Intensivstation beteiligt war, ist ohne weitere Erklärung geradezu absurd. In Wirklichkeit hat jeder unserer annähernd 700 Herzby-pass-Patienten postoperativ unsere Intensivstation besucht. Die 13 Fälle sind vermutlich diejenigen Patienten, die das Spital direkt über die Intensivstation verlassen haben. Wie es zu diesem Fehler kommen konnte, können wir nur vermuten: Im DRG-System spielt die Abteilung, in der der Patient austritt, eine wichtige Rolle. Das BAG hat verwirrenderweise das DRG-System für seine Statistik als Grundlage verwendet.

Beispiel «Nebenbehandlungen»

Als häufigste Nebenbehandlung bei der Operation an den Koronargefässen wird skurrilerweise «Kardioplegie» genannt, als zweithäufigste Nebenbehandlung wird der «intraoperative kardiale Schrittmacher» genannt. Beides sind Massnahmen innerhalb einer

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Thierry Carrel
Direktor Universitätsklinik für
Herz- und Gefässchirurgie
Inselspital
Freiburgstrasse 18
CH-3010 Bern

üblichen Herzoperation und keine Behandlungsverfahren. Nebenbei wird der Eindruck erweckt, dass eine koronare Herzoperation sehr häufig einen Herzschrittmacher benötigt. In Wirklichkeit aber werden bei jeder Herzoperation Schrittmacherelektroden zur Sicherheit vorübergehend am Herz plaziert, die postoperativ einige Tage später gezogen werden. Aus diesen harmlosen provisorischen Schrittmacherelektroden (zwei kleine Drähte, mehr nicht) werden im BAG-Bericht «intraoperative kardiale Schrittmacher». Wie soll der Laie das unterscheiden und richtig einordnen? Weiter wird als häufigste Nebenbehandlung die «extrakorporelle Zirkulation» mit der Herz-Lungen-Maschine genannt. Der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine stellt in Wirklichkeit aber keine Behandlung dar, sondern ein technisches Gerät, das die Pumpfunktion des Herzens während der Operation übernimmt.

Als Gipfel des Absurden wird als eine der häufigsten Nebenbehandlungen der »intraoperative Ultraschall« genannt. Schön wär's! Jeder Laie weiss, dass der Ultraschall ein Diagnostikum (intraoperativ als Qualitätskontrolle eingesetzt) ist und kein Behandlungsverfahren.

Beispiel «Neben- und Hauptdiagnosen»

Unter «häufigste Neben(!)diagnosen» steht im BAG-Bericht an Platz 3: «Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefässe-Erkrankung». Unsinnig, da die atherosklerotische Herzkrankheit keine Nebendiagnose, sondern immer die ursächliche Erkrankung ist, die zur Bypassoperation führt.

Unter «häufigste Haupt(!)diagnosen» bei der koronaren Bypassoperation steht an 5. Stelle: «Aortenklappenstenose». Würde man diese Aussage ernst nehmen, könnte man glauben, wir würden bei der Hauptdiagnose Aortenklappenstenose nicht die betroffene Herzklappe, sondern lieber an den Koronargefässen operieren. Unverständlich!

Lobenswerte Idee, schlecht ausgeführt

Die Publikation von Leistungszahlen und Qualitätsmerkmalen ist eine lobenswerte Idee. Leider ist die Art und Weise, wie dies gegenwärtig gemacht und der Öffentlichkeit bzw. den Kliniken präsentiert wird, jenseits von Gut und Böse. Die Angaben sind für den Laien mit Sicherheit unbrauchbar. Sie sind unsinnig, da die beschriebenen sogenannten «Diagnosen» nicht die wirkliche Ursache für den Eingriff widerspiegeln, und unsinnig, da viele beschriebene «Behandlungen» überhaupt nicht den Kern des Eingriffs widerspiegeln.

Fehlende Codes für Operateure ...

Letztlich handelt es sich um den leider mangelhaften Versuch, die extrem komplexe medizinische Realität in eine einheitliche und strukturierte Form zu bringen, die immer eine unzulässige Vereinfachung ist. Die Codierung wählt die Codes teilweise aufgrund

der sich optimal ergebenden DRGs. Gelegentlich werden «behelfsmässig» Codes gewählt, die der Intervention nicht wörtlich entsprechen, nur sinngemäss. So hatte man etwa bis ins Jahr 2010 keine saubere Möglichkeit, kathetertechnische Eingriffe an der Aortenklappe zu codieren, obwohl solche Prozeduren in der Schweiz seit dem Jahr 2007 durchgeführt werden. Waren die fehlenden Codes für Operateure schon ein unbefriedigender Mangel des DRG-Systems, sind sie nun in einer öffentlichen Statistik geradezu ein Zerrbild der Wirklichkeit.

... falsche oder unvollständige Parameter für Risikoadjustierung

Mangelhaft ist zudem der Versuch des BAG, bei den publizierten Mortalitäten nur nach zwei Parametern, nämlich Altersgruppe und Geschlecht, zu differenzieren. Beispiel Herzchirurgie: Das Risiko, an einer Herzoperation zu versterben, ist von einer ganzen Reihe gutbekannter Parameter abhängig – Alter und Geschlecht sind hier nur zwei Parameter von annähernd 20 validierten Risikofaktoren. In der Herzchirurgie werden deshalb deutlich präzisere Risikoscores verwendet, etwa der Euro-Score der «European Association for Cardiothoracic Surgery» oder der STS-Score der nordamerikanischen «Society of Thoracic Surgeons». Solche Scoring-Systeme beinhalten bis zu 20 Variablen (Niereninsuffizienz, instabile AP, Reoperation, Endokarditis usw.), die für die Voraussage des perioperativen Risikos statistisch signifikant sind. Nur zwei Parameter für diese Risikoadjustierung zu verwenden, verschleiert die deutlich komplexere Wirklichkeit. Grosse Kliniken mit deutlich komplexerem Patientengut und extremen Notfallsituationen fallen schlechter auf, als kleinere Institutionen, die ihre Patienten sorgfältig auslesen können. Schon allein dies führt die Betrachtungsweise des BAG ins Abseits.

Hoffnung auf eine Verbesserung der Erhebungsmethode

Wenn das Bundesamt für Gesundheitswesen die Codierung nach ICD und CHOP-Code als Grundlage für Leistungsindikatoren nimmt, zieht es oftmals falsche Schlüsse. Dies ist insofern schlimm, weil die falsch erhobenen Daten in ein schweizweites Spital-Ranking einfließen und öffentlich publiziert werden. Laien und gelegentlich auch Fachleute (Letztere gehen den Daten wohl nicht immer auf den Leim) ziehen aus diesen falschen Daten falsche Schlüsse. Etwas verharmlosend kommentiert das BAG selbst: «Dennoch ist es angesichts der Komplexität des Datensatzes nicht auszuschliessen, dass in einzelnen Spitälern noch Mängel bestehen, die die Aussagekraft der vorliegenden Auswertung in Einzelfällen reduzieren.» Bleibt zu hoffen, dass sich die Erhebungsmethode des BAG als lernend erweist und in den nächsten Jahren die Wirklichkeit besser abbildet. Die Berücksichtigung der Meinung von Experten aus den Fachgebieten scheint unerlässlich.

Diskutieren Sie online mit!

Diesen Beitrag finden Sie in unserem Diskussionsforum auf www.saez.ch