

Kann man Behandlungsqualität messen? Nachdem Dr. Johannes Huber in der letzten Ausgabe des Diabetes-Forums bereits die theoretischen Grundlagen zum Thema „Qualitätsindikatoren in der stationären Diabetologie“ vorgestellt hat, folgen nun in der aktuellen Ausgabe mögliche Beispiele solcher Qualitätsindikatoren in der Praxis. Anhand dieser Beispiele wird dargelegt, wie eine solche Bewertung in Bezug auf die Behandlung einiger Krankheitsbilder durchgeführt werden könnte. Es wird darauf eingegangen, welche Argumente für und welche Argumente gegen einen solchen Indikator in der Praxis sprechen. Bei den unterschiedlichen Krankheitsbildern, die von einem stationär arbeitenden Diabetologen behandelt werden, sind dies bewusst nur einige Beispiele. Diese sollen wichtige Praxisbeispiele sein, haben aber nicht den Anspruch, die „wichtigsten“ Qualitätsindikatoren in der stationären Diabetologie zu sein. Wie anhand der Beispiele deutlich wird, ist die entsprechende Gewichtung, welchem der einzelnen Parameter nachher welche Relevanz gegeben wird, auch immer ein politisches!

Dr. med. Thomas Werner, Dr. med. Johannes Huber

Qualitätsindikatoren: Beispiele aus der Praxis

Teil 2 Qualitätsindikatoren tragen dazu bei, die Behandlungsqualität zu verbessern. Wie man sie potentiell in der Praxis umsetzen kann, zeigen wir hier.

Nachdem wir im ersten Teil des Artikels auf die Grundlagen der möglichen Qualitätsindikatoren in der stationären Diabetologie eingegangen sind, soll im 2. Teil die potentielle Umsetzbarkeit dargestellt werden. Ziel ist die Veranschaulichung, welche Indikatoren als Qualitätsindikatoren in der stationären Diabetologie geeignet wären.

Vergleichbarkeit sichern

Um eine bessere Vergleichbarkeit der Indikatoren zu gewährleisten, wurden für jeden Indikator mehrere Parameter bezüglich der Patientengefährdung und der Relevanz sowie der Umsetzbarkeit dargestellt. Die genauen Details hierzu wurden bereits im Diabetes-Forum Juli/August 2017 genauer beschrieben. Zusätz-



© Robert Kneschke - Fotolia

lich ist es für die Wahl des entsprechenden Parameters wichtig, die Beeinflussbarkeit durch die Handelnden zu gewährleisten. Anbei nochmals kurz die verschiedenen Punkte dargestellt:

- **Qualitätsziel:** ?
- **Qualitätsindikator:** der darstellt,

wie gut dieses Ziel erreicht wird.

- Vermeidung von Patientengefährdung: (1-3 zunehmend)
- Größe des Patientenkontexts: (1-3 zunehmend)
- Datenqualität: (1-3 zunehmend)
- Bereits in der Praxis bewährt: (1-3 zunehmend)
- Beeinflussbar: (1-3 zunehmend)

Text:

Dr. Johannes Huber.

Im Folgenden werden verschiedene Beispielindikatoren diskutiert.

1. Behandlung der Ketoazidose:

- Qualitätsziel: Vermeidung von akuten neurologischen Folgeschäden
- Qualitätsindikator: Prozentzahl der neurologischen Folgeschäden
- Art des Qualitätsindikators: Ergebnisqualität
- Vermeidung von Patientengefährdung: 3
- Größe des Patientenkontexts: 1
- Datenqualität: 3
- Bereits in der Praxis bewährt: 1
- Beeinflussbar: 2

Eine gefürchtete Komplikation der diabetischen Ketoazidose ist die direkte Entwicklung von neurologischen Schäden. Dank einer deutlich verbesserten Schulung der Patienten, Ketonmessgeräten sowie guter intensivmedizinischer Betreuung kommt es zum Glück nur noch selten zur Entwicklung neurologischer Folgeschäden durch die diabetische Ketoazidose. Ein Qualitätsziel wäre es nun, dass eine möglichst geringe Anzahl an neurologischen Folgeschäden nach erfolgter stationärer Behandlung der Ketoazidose auftritt. Bei einer unzureichenden Behandlung ist natürlich eine Patientengefährdung gegeben, deshalb hier die maximale Punktzahl. Die Größe der Patientenzahl ist zum Glück sehr gering,

„Eine gefürchtete Komplikation der Ketoazidose ist die direkte Entwicklung von neurologischen Schäden.“

Punktzahl 1. Die Datenqualität, d.h. wie einfach ist dies zu erheben wäre sicherlich gut, d.h. Punktzahl 3. Bisher ist dies nicht in der Praxis bewährt, d.h. Punktzahl 1. Die Frage der Beeinflussbarkeit ist schwierig. Im Negativen ist sie leicht zu beantworten, d.h. wenn schlecht oder falsch behandelt wird, steigt die Wahrscheinlichkeit von Folgeschäden. Im Positiven hingegen hängt viel von den entsprechenden Patienten ab. Das heißt, ein junger erwachsener Patient mit einer leichten Ketoazidose wird eine andere Wahr-

scheinlichkeit an Folgeschäden haben als ein sehr schwer erkrankter Patient der gegebenenfalls noch älter ist und zudem noch andere schwere Erkrankungen hat.

Das heißt zusammengefasst: Obwohl es sich um eine sehr schwere Komplikation handelt ist aufgrund der schlechten Vergleichbarkeit und der sehr kleinen Patientenzahl mit einem entsprechend großen statistischen Fehler der Qualitätsindikator unserer Meinung nach nicht geeignet.

2. Diabetes mellitus Typ 1, therapeutische Intervention:

- Qualitätsziel: Gute Qualität in der Schulung
- Qualitätsindikator: Schulung patientenindividuell durchgeführt
- Art des Qualitätsindikators: Prozess- und Strukturqualität
- Vermeidung von Patientengefährdung: 3
- Größe des Patientenkontexts: 1
- Datenqualität: 1 (möglich 3)
- Bereits in der Praxis bewährt: 3
- Beeinflussbar: 3

Die Schulung von Typ-1-Patienten wird explizit in der S-3-Leitlinie zur Behandlung des Typ-1-Diabetes erwähnt (Evidenzklasse I b). Sie muss von einem speziell ausgebildeten Schulungsteam erfolgen (Evidenzklasse IV). Bei diesem Quali-

tätsziel geht es um die Schulungsqualität und damit um Struktur- und Prozessqualität. Der Vorteil eines solchen Qualitätsindikators wäre, dass er bereits in ähnlicher Form in der Kinderdiabetologie etabliert ist. Dort aber nicht im Rahmen eines Qualitätsindikators sondern im Rahmen einer Fallpauschale. Da der Indikator in ähnlicher Form besteht, wäre es trotz der relativ geringen Anzahl an Patienten möglich, mit wenig bürokratischem Aufwand diesen zu etablieren. Da ein gut geschulter Patient weniger wahr-

scheinlich Komplikationen (akute oder chronische) entwickelt, ist die Patientengefährdung bei schlechter oder fehlender Schulung durchaus vorhanden und damit auch als 3 anzugeben. Das heißt, unserer Ansicht nach wäre dies durchaus ein sinn-

@ www.bvkd.de

voller Qualitätsindikator im Rahmen der stationären diabetologischen Behandlung.

3. Der nächste große Indikatorkomplex wäre Behandlung des entgleisten Diabetes mellitus als Nebendiagnose:

- Qualitätsziel: Gute Qualität in der Behandlung des Diabetes mellitus: Blutzuckermessung bei Aufnahme eines jeden Patienten
- Qualitätsindikator: Prozentsatz der Patienten die bei Aufnahme einen Blutzucker gemessenen bekommen haben
- Art des Qualitätsindikators: Prozess- und Strukturqualität
- Vermeidung von Patientengefährdung: 1(-2)
- Größe des Patientenkontexts: 3
- Datenqualität: 3
- Bereits in der Praxis bewährt: 1
- Beeinflussbar: 3
- Qualitätsziel: Gute Qualität in der Behandlung des Diabetes mellitus: Blutzuckermessungen: 4 Punkt Profil bei stationären Diabetikern
- Qualitätsindikator: Prozentsatz der Diabetiker bei den ein 4 Punkt Profil erstellt wird.
- Art des Qualitätsindikators: Prozess- und Strukturqualität
- Vermeidung von Patientengefährdung: 1(-2)
- Größe des Patientenkontexts: 3
- Datenqualität: 3
- Bereits in der Praxis bewährt: 1
- Beeinflussbar: 3
- Qualitätsziel: Gute Qualität in der Behandlung des Diabetes mellitus: Patienten mit entgleistem Diabetes werden erfasst
- Qualitätsindikator: Prozentsatz der Patienten mit einem Blutzucker-

wert > „x“ werden erfasst. Dies wird in „y“ Prozent der Fälle erreicht.

- Art des Qualitätsindikators: Prozess- und Strukturqualität
- Vermeidung von Patientengefährdung: 3
- Größe des Patientenlientels: 2
- Datenqualität: 3
- Bereits in der Praxis bewährt: 1
- Beeinflussbar: 3

- **Qualitätsziel: Gute Qualität in der Behandlung des Diabetes mellitus: Patienten mit entgleistem Diabetes mellitus erhalten eine Intervention durch einen Diabetologen/ Endokrinologen samt Team**

- Qualitätsindikator: Prozentsatz der Patienten mit einem Blutzuckerwert > „x“ erhalten eine Intervention durch einen Diabetologen/ Endokrinologen samt Team. Dies wird in „y“ Prozent der Fälle erreicht.
- Art des Qualitätsindikators: Prozess- und Strukturqualität
- Vermeidung von Patientengefährdung: 2-3
- Größe des Patientenlientels: 2
- Datenqualität: 3
- Bereits in der Praxis bewährt: 1
- Beeinflussbar: 3

- **Qualitätsziel: Gute Qualität in der Behandlung des Diabetes mellitus: Patienten mit entgleistem Diabetes mellitus erhalten eine Intervention durch einen Diabetologen/ Endokrinologen samt Team und die Empfehlungen werden auch im Entlassbrief erwähnt und umgesetzt**

- Qualitätsindikator: Prozentsatz der Patienten die eine Intervention durch einen Diabetologen/ Endokrinologen samt Team erhalten haben und bei denen diese im Entlassbrief erwähnt und umgesetzt wurde.

- Art des Qualitätsindikators: Prozess- und Strukturqualität
- Vermeidung von Patientengefährdung: 3
- Größe des Patientenlientels: 2
- Datenqualität: 1
- Bereits in der Praxis bewährt: 1
- Beeinflussbar: 3

Bei dem oben dargestellten Indikatorkomplex geht es um die deutlich größte Patientenzahl aller potentiellen Qualitätsindikatoren. Viele Patienten im Krankenhaus haben einen Diabetes mellitus (20-30%). Die psychische Stresssituation einer Krankenhausbehandlung sowie die Ein-



Redaktion: 06131/96070-35

griffe im Krankenhaus gepaart mit der Notwendigkeit des Pausierens vieler oraler Antidiabetika führen zu vermehrten Blutzuckerentgleisungen der Patienten. Durch die zunehmend verschiedenen Wirkprinzipien der Antidiabetika wird es für nichtdiabetesversierte Ärzte auch schwieriger, die genauen Indikationen und Kontraindikationen sowie Wechselwirkungen zu kennen. Das heißt, es ist für die Sicherheit der behandelten Diabetiker von essentieller Bedeutung, dass sie sich darauf verlassen können, dass selbst wenn sie in der Chirurgie oder Urologie liegen, bei erhöhten Blutzuckerwerten dies automatisch einem diabetologisch ver-

sicherten Arzt gemeldet wird und sich dieser automatisch um die Diabetesbehandlung während des Krankenhausaufenthaltes kümmert. In Bezug auf die Patientengefährdung ist bekannt, dass z.B. das Infektionsrisiko bei hohen Blutzuckerwerten deutlich erhöht ist, es also eine deutliche Patientengefährdung vorliegt. Die Rate an schwer entgleisten Diabetikern ist nicht so groß wie die Rate aller Diabetiker im Krankenhaus, daher ist die Patientengröße 2 oder 3 (je nach Definition). Dank der Digitalisierung in den Krankenhäusern ist es kein Problem, dass z.B. täglich abgerufen werden kann, wie viele Patienten deutlich erhöhte Blutzuckerwerte haben und auf welchen Stationen diese Patienten liegen. Dies wird bereits an mehreren Krankenhäusern durchgeführt. Die Datenqualität ist deshalb noch gering, da es bisher keine entspre-

chenden Vorschriften zur Etablierung solcher Systeme gab. Sie könnten aber problemlos verbessert werden, d.h. auch gut beeinflusst werden. Bei diesem Indikatorkomplex geht es um Prozess- und Strukturqualität, das heißt, sie ist auch gut beeinflussbar.

Auch in den Bereichen des Entlassmanagements sowie in der Behandlung des diabetischen Fußes ist die Etablierung der entsprechenden Qualitätsindikatoren in Bezug auf die Struktur und Prozessqualität gut möglich.

Indikatoren etablieren

Wie anhand der oben genannten Beispiele gut zu sehen ist, sind die meisten Indikatoren in der stationären Behandlung des Diabetes mellitus Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität. Ihre Etablie-

„Gute Qualität und geringe Patientengefährdung ist nur mit qualifiziertem Personal möglich.“

rung würde sicher zu einer Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus im Krankenhaus beitragen und sollte deshalb Ziel der Arbeit sowohl der Fachorga-

nisationen als auch der Patientenorganisationen sein!

Aus Sicht des „Bundesverbandes Klinischer Diabeteseinrichtungen – BVKD“ ist es dringend geboten, dass sowohl die Krankenhausträger als auch die Gesundheitspolitik die Voraussetzungen einer hohen Behandlungsqualität im stationären Sektor sicherstellen. Gute Qualität und eine geringe Patientengefährdung ist nur mit entsprechend qualifiziertem Personal möglich. Dieses muss auch bezahlt werden. Hier zeigt sich bisher ein deutlicher Widerspruch zwischen Forderungen und Handlung der beteiligten Entscheidungsträger. In vielen Krankenhäusern werden aus ökonomischen Gründen diabetologische Abteilungen geschlossen und das vorhandene qualifizierte Personal abgebaut. Ursache ist die schlechte Vergütung durch das System der Fallpauschalen.



i Autor

Dr. Johannes Huber
Schriftführer BVKD
Städtisches Klinikum Karlsruhe
huber@die-diabetes-kliniken.de