

Welche Bereiche des Gesundheitssystems bieten ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis und bei welchen besteht noch Raum zur Leistungsverbesserung? Im Rahmen der laufenden nationalen und internationalen Anstrengungen, etwa dem System der Gesundheitsausgabenrechnungen (*System of Health Accounts*), werden zwar bessere Daten über die Gesundheitsausgaben bereitgestellt, über die Wertschöpfung der Gesundheitsdienste sind jedoch nach wie vor nur begrenzt Informationen vorhanden. Die Qualität der Versorgung bzw. das Maß, in dem die Versorgung im Einklang mit etablierten Standards und unter Erreichung optimaler Ergebnisse erbracht wird, stellt eine der wichtigsten Dimensionen der Wertschöpfung dar.

Viele OECD-Länder liefern Daten über die Qualität der Gesundheitsversorgung auf nationaler Ebene, wohingegen andere Länder noch nicht über die nötige Dateninfrastruktur verfügen, um solche Informationen abzuleiten. International vergleichbare Daten zur Versorgungsqualität sind erforderlich, damit die Länder die Faktoren untersuchen können, die der Organisation und der Finanzierung des Gesundheitswesens zu Grunde liegen. Im Rahmen des OECD-Projekts Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung (*OECD Health Care Quality Indicators Project – HCQI*) wird ein Katalog an Qualitätsindikatoren auf der Ebene der Gesundheitssysteme erarbeitet (Mattke et al., 2006; Garcia Armesto et al., 2007). Der Ansatz dieses Projekts besteht darin, die Bemühungen nationaler und anderer internationaler Stellen zu ergänzen und zu koordinieren. Zusammen mit anderen Initiativen werden diese Bemühungen den Politikverantwortlichen und anderen Akteuren ein Instrumentarium zur Verfügung stellen, um Lernerfahrungen zwischen den einzelnen Ländern zu befördern. Alle 30 OECD-Länder sind – gemeinsam mit fünf Ländern der Europäischen Union, die keine Mitgliedsländer der OECD sind, und Singapur – nunmehr an diesem Projekt beteiligt.

Die Erarbeitung des Instrumentariums setzt drei Bausteine voraus: ein Rahmenkonzept zur Definition der Dimensionen, die erfasst werden sollen, relevante und wissenschaftlich fundierte Indikatoren zur Abbildung der Leistungen in diesen Dimensionen sowie Daten zur Einführung der ausgewählten Indikatoren. Seit der Einrichtung des HCQI-Projekts 2003 wurden bedeutende Fortschritte bei den ersten zwei Komponenten erzielt. Wie in der allgemeinen Einleitung zu dieser Publikation erörtert wurde, ist ein Rahmenkonzept entwickelt worden, das das gemeinsame Verständnis der Länder bezüglich der Schlüsseldimensionen im Zusammenhang mit der Leistung der Gesundheitssysteme widerspiegelt (Kelley und Hurst, 2006). Es bestand Einigkeit darüber, dass zunächst die technische Qualität der Versorgung (d.h. die medizinische Effizienz) im Mittelpunkt des HCQI-Projekts stehen sollte. Ferner sind mehrere Prüfungen abgeschlossen und veröffentlicht worden, um geeignete Indikatoren für die Qualität der Versorgung in Bereichen wie Versorgung von Herzpatienten, Diabetes und psychische Gesundheit zu identifizieren.

Die Haupteinschränkung besteht jedoch weiterhin in der Verfügbarkeit von Daten für die Erarbeitung der Qualitätsindikatoren, insbesondere auf internationaler Ebene. Auf Grund der nur begrenzten Einführung elektronischer Patientenakten sind die für viele Indikatoren benötigten detaillierten klinischen Informationen oftmals nicht verfügbar, so dass das Projekt sich auf Indikatoren beschränken muss, die aus besser verfügbaren, aber weniger aussagekräftigen Verwaltungsdaten abgeleitet werden können. In manchen Ländern werden keine Patientenidentifikatoren für einzelne Personen verwendet, was die Möglichkeit einschränkt, die Patienten in den verschiedenen Pflegeeinrichtungen zu verfolgen und damit die Wege im Pflegebereich langfristig zu beobachten. Außerdem schränken Unterschiede bei den Kodiersystemen und den Standards für die Datenerhebung die internationale Vergleichbarkeit der Indikatoren ein.

Trotz dieser Mängel sind deutliche Fortschritte erzielt worden. 40 Indikatoren sind insgesamt angenommen worden, von denen 23 in dieser Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick* enthalten sind. Diese Indikatoren decken den wesentlichen Bedarf im Bereich der Gesundheitsversorgung, alle wichtigen Gesundheitsleistungen und die meisten großen Krankheitsgebiete ab. Gebiete, die verglichen mit der vorigen Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick* neu in diese Publikation aufgenommen wurden, sind die Behandlung chronischer Erkrankungen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung und die psychiatrische Gesundheitsversorgung. Es gibt zwar nach wie vor verschiedene Erfassungslücken, z.B. die Patientensicherheit sowie Patientenerfahrungen, und die Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Ländern bedarf noch der Verbesserung, die Indikatoren erlauben es den Politikverantwortlichen und sonstigen Akteuren jedoch allmählich, in einigen wesentlichen Bereichen Schlussfolgerungen über die relative Leistung der Gesundheitssysteme zu ziehen. In diesem Kapitel wird die Verwendung der

HCQI-Indikatoren zur Untersuchung von Politikfragen auf den Gebieten Versorgung bei chronischen Erkrankungen, akute Exazerbation chronischer Erkrankungen, psychische Störungen, Krebs sowie übertragbare Krankheiten veranschaulicht.

In den Indikatoren sind sowohl Behandlungsprozesse als auch -ergebnisse für eine Reihe von Erkrankungen erfasst (vgl. Tabelle 5.1). Die HCQI-Website der OECD, die unter www.oecd.org/health/hcqi verfügbar ist, bietet weitere Informationen zu den Datenquellen und -erhebungsmethoden.

5.1 Von den gegenwärtigen Indikatoren erfasste Bereiche

Verfahrensmessgrößen		Ergebnismessgrößen
Medizinische Versorgung bei chronischen Erkrankungen		Vermeidbare Hospitalisierungsrate bei Asthma Vermeidbare Hospitalisierungsrate bei chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) Vermeidbare Hospitalisierungsrate bei akuten Komplikationen im Zusammenhang mit Diabetes Rate der vermeidbaren diabetesbedingten Amputationen unterer Extremitäten Vermeidbare Hospitalisierungsrate bei kongestiver Herzinsuffizienz Vermeidbare Hospitalisierungsrate bei Bluthochdruck
Medizinische Versorgung bei akuten Exazerbationen chronischer Erkrankungen		30-Tage-Letalitätsrate nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI) 30-Tage-Letalitätsrate nach einem Schlaganfall
Medizinische Versorgung bei psychischen Störungen		Ungeplante Rehospitalisierungsrate wegen Schizophrenie Ungeplante Rehospitalisierungsrate wegen bipolarer Störung
Medizinische Versorgung bei Krebserkrankungen	Gebärmutterhalskrebs-Screeningrate Brustkrebs-Screeningrate	Überlebensrate bei Gebärmutterhalskrebs Sterberate bei Gebärmutterhalskrebs Überlebensrate bei Brustkrebs Sterberate bei Brustkrebs Überlebensrate bei Darmkrebs Sterberate bei Darmkrebs
Medizinische Versorgung bei Infektionskrankheiten	Rate der Kinderimpfungen gegen Keuchhusten Rate der Kinderimpfungen gegen Masern Rate der Kinderimpfungen gegen Hepatitis B Rate der Gripeschutzimpfungen für ältere Menschen	Hepatitis-B-Inzidenz

Interpretation und Nutzung der Daten

Die in diesem Kapitel dargestellten Indikatoren bieten bezüglich der Versorgungsqualität keine vollständige Beurteilung der Leistung der Gesundheitssysteme, da sowohl ihre Vergleichbarkeit als auch ihr Erfassungsgrad eingeschränkt sind. Seit der letzten Veröffentlichung von *Gesundheit auf einen Blick* durch die OECD im Jahr 2007 wurden Anstrengungen unternommen, um in den einzelnen Ländern möglichst vergleichbare Daten zu erheben. Zu den Verbesserungen zählen die Umsetzung klarer Standards im Hinblick auf die Datenqualität sowie standardisierte Verfahren für die Anpassung um Alter und Geschlecht. Zur Feststellung statistisch signifikanter Unterschiede zwischen den Indikatorwerten wurden die Konfidenzintervalle berechnet. Dennoch werden – wie auch bei anderen Indikatoren aus den *OECD-Gesundheitsdaten* – bei den Definitionen, Quellen und Methoden nach wie vor einige Unterschiede festgestellt. Insbesondere sind weitere Arbeiten zur Verbesserung der Vergleichbarkeit und zur Berücksichtigung der Unterschiede bei den Risikoprofilen der Patienten in den einzelnen Ländern vonnöten. Die Indikatoren stützen sich zwar auf Befunde und sind in den einzelnen Ländern zu Forschungs- und Analysezwecken verwendet worden, es ist jedoch noch nicht ganz klar, weshalb sie sich von einem Land zum anderen unterscheiden. Die Entwicklung weiterer Indikatoren ist zur Vermittlung eines umfassenderen Bildes der Qualität nach wie vor erforderlich, um fundiertere Vergleiche der Leistungen der Gesundheitssysteme zu ermöglichen.

Die in diesem Kapitel vorgelegten Daten sollten nicht als Quellen für definitive Antworten oder als Werturteile, sondern vielmehr als Mittel betrachtet werden, mit denen die Qualität der Gesundheitsversorgung in den einzelnen Ländern hinterfragt wird. Die Daten werden zwar

bereitgestellt, um den Leser der Bedeutung und der wissenschaftlichen Fundiertheit jedes Indikators zu versichern, die dargestellten Daten und Erkenntnisse sollten jedoch als Ausgangsbasis für ein besseres Verständnis der in der medizinischen Versorgung bestehenden Qualitätsunterschiede aufgefasst werden und zur Durchführung weiterer Analysen der in den einzelnen Ländern gesammelten Erfahrungen veranlassen. Die laufenden Arbeiten im Rahmen des HCQI-Projekts werden die Vergleichbarkeit und den Erfassungsgrad verbessern und künftig ein fundierteres Bild der Leistungen im Vergleich bieten.

Künftige prioritäre Bereiche

Im Einklang mit dem etablierten Rahmenkonzept (Kelley und Hurst, 2006; Arah et al., 2006) soll im Rahmen des HCQI-Projekts der OECD der derzeitige Katalog an Indikatoren zur Qualität der Versorgung in den Bereichen Patientensicherheit und Reagibilität/Patientenerfahrungen verbessert und erweitert werden.

In Reaktion auf das wachsende Interesse am Monitoring und an der Verbesserung der Sicherheit der medizinischen Versorgung (WHO, 2008a; Rat der Europäischen Union, 2009) hat die OECD das Potenzial internationaler Vergleiche der Patientensicherheit auf der Grundlage routinemäßig erhobener Verwaltungsdaten der Krankenhäuser untersucht (OECD, 2007c). 2007 wurde in sieben OECD-Mitgliedsländern eine vorläufige Studie durchgeführt, um die Durchführbarkeit der Berechnung eines Katalogs von zwölf Indikatoren zu untersuchen, die ursprünglich von der *United States Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) veröffentlicht wurden. Angesichts der ermutigenden Ergebnisse dieser Erststudie (Drösler et al., 2009a) wurde 2008 eine erweiterte Datenerhebung durchgeführt, die 16 Länder und 15 Indikatoren der Patientensicherheit umfasste (vgl. Tabelle 5.2).

5.2 Liste der 2008 untersuchten Indikatoren zur Patientensicherheit (PSI)

Bereich	Indikatorbezeichnung
Nosokomiale Infektionen	Dekubitalgeschwür (PSI 3) Katheterassoziierte Blutstrominfektionen (PSI 7)
Operative und postoperative Komplikationen	Komplikationen im Zusammenhang mit Anästhesie (PSI 1) Iatrogener Pneumothorax (PSI 6) Postoperative Hüftfraktur (PSI 8) Postoperative Ateminsuffizienz (PSI 11) Postoperative Lungenembolie oder tiefe Beinvenenthrombose (PSI 12) Postoperative Sepsis (PSI 13) Versehentliche Stich- oder Risswunde (PSI 15)
Sentinel Events	Fremdkörper, der während eines Eingriffs zurückgeblieben ist (PSI 5) Transfusionszwischenfall (PSI 16)
Obstetrik	Geburtstrauma – Verletzung des Neugeborenen (PSI 17) Geburtstrauma – Entbindung auf natürlichem Wege mit Instrument (PSI 18) Geburtstrauma – Entbindung auf natürlichem Wege ohne Instrument (PSI 19) Geburtstrauma – Kaiserschnitt (PSI 20)

Anmerkung: Die Ziffern in Klammern beziehen sich auf die Indikatoren zur Patientensicherheit der US Agency for Healthcare Research and Quality.

Um Vergleiche zu erleichtern, wurden technische Spezifikationen und Berechnungsmethoden für diese Indikatoren entwickelt (Drösler, 2008) und die potenziellen Auswirkungen nationaler Unterschiede bei der Verteilung nach Alter und Geschlecht, der Länge der Krankenhausaufenthalte sowie der medizinischen und chirurgischen Behandlung untersucht.

Damit wurde die Grundlage für die Erhebung von sieben Indikatoren durch die OECD im Jahr 2009 gelegt, und zwar katheterassoziierte Blutstrominfektionen, postoperative Lungenembolie oder tiefe Beinvenenthrombose, postoperative Sepsis, versehentliche Stich- oder Risswunde, Fremdkörper, der während eines Eingriffs zurückgeblieben ist, sowie Geburtstrauma nach einer Entbindung auf natürlichem Wege mit oder ohne Instrument. Insgesamt beteiligten sich 18 Länder an der dritten Runde der Datenerhebung Anfang 2009. Angesichts von Problemen der Vollständigkeit und Vergleichbarkeit der zu Grunde liegenden Daten sowie der gebotenen Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse sind diese Indikatoren zurzeit noch nicht zur Darstellung in dieser Publikation geeignet.

Ein detaillierter technischer Bericht über die Datenerhebung 2009 und den aktuellen Stand der Entwicklung des OECD-Katalogs an Indikatoren der Patientensicherheit wurde veröffentlicht (Drösler *et al.*, 2009b) und kann auf der OECD-Website unter www.oecd.org/health/hcqi heruntergeladen werden. In diesem Bericht werden die wichtigsten Herausforderungen benannt, die bewältigt werden müssen, um in Zukunft aussagekräftige Vergleiche der Patientensicherheit zu ermöglichen, und auf die laufenden Arbeiten der OECD zur Behebung von Datenproblemen und zur Verbesserung der nationalen Informationsinfrastrukturen hingewiesen. Insbesondere wird der Verbesserungsbedarf bei den Standardverwaltungsdatenbanken der OECD-Länder hervorgehoben. Durch die Verstärkung der Kodierung von Nebendiagnosen, die Einrichtung von Codes für den Stand der Erkrankung zum Zeitpunkt der Aufnahme, die Standardisierung der Codes für medizinische Prozeduren und eine breitere Verwendung von Patientenidentifikatoren für einzelne Personen wird die internationale Vergleichbarkeit der Sicherheitsindikatoren deutlich verbessert werden.

Abgesehen von der Patientensicherheit bemüht sich die OECD darum, durch Stärkung der Fähigkeit zur internationalen Messung der Patientenerfahrungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung auf den Bereich der Reagibilität einzugehen. Die jüngsten Arbeiten in Zusammenarbeit mit nationalen Experten und internationalen Organisationen konzentrieren sich auf die Entwicklung und Anwendung von Erhebungsinstrumenten zur Befragung der Bevölkerung.

Die Erarbeitung aussagekräftiger Indikatoren in diesen zwei prioritären Bereichen wird, zusammen mit einer weiteren Verfeinerung und Konzipierung von Indikatoren in den Bereichen, in denen bereits Indikatoren erhoben werden (z.B. Gesundheitsförderung, Prävention und Grundversorgung), künftig eine umfassendere Beurteilung der Qualität der Gesundheitsversorgung durch die Gesundheitssysteme der OECD-Länder erlauben.



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Einleitung", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-47-de

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.