

Die AGQ-FMH erstellt in Zusammenarbeit mit der Abteilung DDQ Grundlagenpapiere zu verschiedenen Themen im Bereich Qualität, welche in der Schweizerischen Ärztezeitung veröffentlicht werden. Die FMH nimmt auf der Basis der erarbeiteten Grundlagen Stellung zum Thema und gelangt über das Papier «Die Meinung der FMH» mit ihrer

Position an die Öffentlichkeit. Nachfolgend wird das Grundlagenpapier zum Thema Qualitätstransparenz präsentiert. Die Publikation des Positionspapiers der FMH «Qualitätstransparenz für Ärzte und Patienten» wird in einer späteren Ausgabe der SÄZ erfolgen.

Grundlagenpapier der AGQ-FMH

Qualitätstransparenz

Arbeitsgruppe Qualität
der FMH (AGQ-FMH)*

- 1 Bailly A, Bernhardt M, Gabella M. Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der Schweiz, 2. Aufl., Bern 2008, S. 83.
- 2 Online im Internet: http://www.fmh.ch/de/data/pdf/leitbild_aerztliche_qualitaet.pdf [Stand: 29.5.09].
- 3 Grundlagenpapier der AGQ-FMH: Qualitätsmanagement und Zertifizierung der ärztlichen Leistungserbringung: Aufwand und Nutzen, Schweiz Ärztezeitung. 2008; 89(20):838–44.
- 4 Szecsenyi J, Stock J. Wozu brauchen wir Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen? In: Johannes Stock/ Joachim Szecsenyi (Hrsg.): Stichwort Qualitätsindikatoren, Bonn/Frankfurt am Main 2007: 9–16, S. 9.

* Mitglieder der AGQ-FMH (alphabetische Reihenfolge): Patrick Bovier, Karl Hampl, Daniel Herren, Martina Hersperger, Olivier Kappeler, Esther Kraft, Monika Loy, Francesca Mainieri, Claude Oppikofer, Jean-Claude Roches, Lea Schläpfer, Hans Anton Vogel, Jürg von Below.

Korrespondenz:
Generalsekretariat FMH
Abteilung DDQ
Elfenstrasse 8
CH-3000 Bern 15
ddq@fmh.ch

Zusammenfassung

Daten zur Qualität in der medizinischen Behandlung können sowohl zur internen Qualitätsentwicklung als auch zur externen Berichterstattung genutzt werden. In Schweizer Arztpraxen, Ärztenetzwerken und Spitälern wird im Bereich des *internen Qualitätsmanagements* Qualität zum Zweck der kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen Behandlung gemessen. Unter dem Begriff der *Qualitätstransparenz* wird auch die *externe Qualitätsdarlegung* gegenüber der Öffentlichkeit verstanden. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, wie wichtig, aber auch wie schwierig es ist, qualitäts- und leistungsrelevante Daten zu definieren und zielgruppenspezifisch zu publizieren.

Einleitung

Von allen Seiten ertönt der Ruf nach mehr Transparenz in der medizinischen Qualität. Ist Qualitätstransparenz nur ein Modetrend oder eine Notwendigkeit? Die Schweizer Ärztinnen und Ärzte sind sich der Qualität der Arbeit, die sie leisten, bewusst. Die Qualität auf diesem hohen Niveau zu halten, verlangt von der Ärzteschaft einen grossen Einsatz. Entsprechend zahlreich sind die Initiativen zur Qualitätssicherung. Daten zur Qualität ärztlichen Handelns bilden die Basis für ein effektives internes Qualitätsmanagement. Neu und umstritten ist in der Schweiz die externe Darlegung von medizinischen Qualitätsdaten. Die Veröffentlichung entsprechender Daten würde ermöglichen, den Wert der geleisteten Arbeit auch nach aussen zu präsentieren. Erste Erfahrungen zeigen aber, dass bei Interpretation von medizinischen Qualitätsdaten Vorsicht geboten ist. Selbst wenn Daten korrekt erhoben wurden, birgt ihre Veröffentlichung prinzipiell die Gefahr, dass falsche Schlüsse gezogen werden. In diesem Grundlagenpapier wird aufgezeigt, was unter dem Begriff Qualitätstransparenz im Bereich ärztlichen Handelns verstanden wird, welchen Nutzen sie mit

sich bringen kann und wie die Risiken gering gehalten werden können.

Begriff Qualitätstransparenz

Die Qualität ärztlichen Handelns soll sichtbar gemacht werden. Doch wie lässt sie sich darstellen? Voraussetzung für Qualitätstransparenz ist die Messbarkeit von Qualität. Aufgrund der Komplexität der individualisierten therapeutischen Behandlung wird von einigen Autoren in Zweifel gezogen, dass es möglich ist, Qualität zu messen [1]. Zudem stellt sich die grundlegende Frage, was unter Qualität ärztlichen Handelns überhaupt zu verstehen ist. Die Literatur kennt keine einheitliche Definition für den Begriff Qualität. Die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen haben jeweils eigene Vorstellungen davon, was gute Qualität bedeutet. Anhaltspunkte zu einem möglichen Verständnis von Qualität in der Medizin aus ärztlicher Sicht liefern das «Leitbild ärztliche Qualität» der FMH [2] sowie das Grundlagenpapier der AGQ-FMH «Qualitätsmanagement und Zertifizierung der ärztlichen Leistungserbringung: Aufwand und Nutzen» [3]. Hinsichtlich Qualitätsmessung ist die Unterscheidung in *Strukturqualität*, *Prozessqualität* und *Ergebnisqualität* sinnvoll. Um Qualität messbar zu machen, müssen in diesen drei Dimensionen Qualitätsindikatoren festgelegt werden. Indem sie Qualität quantifizieren, ermöglichen Qualitätsindikatoren, Aspekte medizinischer Versorgungsqualität darzustellen [4]. Strukturindikatoren liefern Aussagen zu personellen und materiellen Ressourcen, die einem Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Mit Prozessindikatoren wird die Qualität der medizinischen Behandlung selbst aufgezeigt. Besonders häufig werden Prozessindikatoren für den Bereich der Hygiene definiert. Anhand von Ergebnisindikatoren wird die Wirkung einer Behandlung beschrieben. Lebensqualität sowie Morbiditäts- und Mortalitätsraten sind Beispiele für Indikatoren, mit welchen Ergebnisqualität gemessen und dargestellt werden soll. Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität müssen in engem Bezug zueinan-

der interpretiert werden: Für eine gute Prozessqualität sind entsprechende Strukturen Voraussetzung und die Ergebnisqualität hängt wiederum meistens von der Prozessqualität ab.

Es lassen sich zwei Bereiche unterscheiden, in welchen Qualitätsindikatoren angewendet werden können, um Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen herzustellen. Einerseits dienen im Bereich des *internen Qualitätsmanagements* von Leistungserbringern Qualitätsindikatoren dazu, Hinweise zum erreichten Stand der Qualität zu erhalten, um daraus Massnahmen zur Qualitätssteigerung abzuleiten [5]. Auf der anderen Seite werden Qualitätsindikatoren zur *externen Qualitätsdarlegung* gegenüber Kostenträgern und/oder der Öffentlichkeit eingesetzt. Auf diese Weise kann geleistete Qualität belegt werden.

Gesetzliche Grundlagen

Seit 1996 ist im Krankenversicherungsgesetz (KVG) und in der Verordnung zur Krankenversicherung (KVV) die Sicherung medizinischer Behandlungsqualität verankert. Leistungserbringer, Versicherer und zuständige Behörden werden in Art. 43. Abs. 6 KVG dazu angehalten, eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten anzustreben. Gemäss Artikel 58 KVG und 77 KVV sind Konzepte und Programme betreffend die Qualitätssicherung zu erstellen. Der im Rahmen der Revision des KVG zur Spitalfinanzierung neu in diesem Jahr in Kraft getretene Art. 22a KVG verpflichtet die Leistungserbringer dazu, den zuständigen Behörden die Daten bekannt zu geben, welche benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Insbesondere sind gemäss Art 22a Abs. 1 lit. f KVV Angaben über medizinische Qualitätsindikatoren zu machen. Diese werden gestützt auf Art. 22a Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 31 Abs. 1 lit. c KVV vom Bundesamt für Statistik erhoben und vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) veröffentlicht. Im April dieses Jahres konkretisierte das BAG, welche Daten des stationären Sektors es jährlich zu erheben und zu veröffentlichen gedenkt. Für den ambulanten Bereich bleibt jedoch offen, mit welchen Qualitätsindikatoren der gesetzlich verlangte Qualitätsnachweis erbracht werden soll.

Umsetzung in der Schweiz und im Ausland

Die Schweizer Medizinlandschaft kennt eine Vielzahl von Qualitätsinitiativen für den Bereich des internen Qualitätsmanagements in Arztpraxen, Ärztenetzwerken und Spitälern [7]. Relativ neu und umstritten ist in der Schweiz die externe Darlegung von Qualitätsdaten. Im Jahr 2007 veröffentlichten der Internet-Vergleichsdienst Comparis sowie einzelne Spitäler Daten über ihre medizinische Behandlungsqualität. Diese Publikation wurde unterschiedlich kommentiert. An der Art und Weise der Datenerhebung und -darstellung wurde

scharfe Kritik geübt. Allgemein scheint jedoch anerkannt, dass die Qualität medizinischer Behandlung sichtbar gemacht und der Öffentlichkeit verständlich kommuniziert werden muss. Zu diesem Zweck lancierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) ein Pilotprojekt zur Erhebung und Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren im stationären Bereich. In der Berechnung und Veröffentlichung der Qualitätsindikatoren orientierte sich das BAG an einem in der deutschen Privatlinikgruppe HELIOS Kliniken GmbH entwickelten System. Die erhobenen Mortalitätsraten und Fallzahlen beziehen sich auf 30 spezifische Krankheitsgruppen, wie zum Beispiel Herzinfarkt, Schlaganfall und Lungenentzündung. Datenbasis für die Pilotstudie lieferte die medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik für das Jahr 2006. Von 180 untersuchten Akutspitälern willigten 29 Spitäler (darunter die fünf Universitätsspitäler) in die Veröffentlichung ihrer Fallzahlen und Mortalitätsraten Mitte April dieses Jahres ein. Das BAG beabsichtigt für die Zukunft eine systematische Bekanntgabe der Resultate aller Akutspitäler [8].

Ebenfalls aktiv hinsichtlich Qualitätstransparenz im stationären Sektor zeigt sich der Verband Schweizer Spitäler H+: Unter dem Label H+ qualité erstellte H+ einen standardisierten Spital-Qualitätsbericht als strukturierte Vorlage für die einheitliche Berichterstattung innerhalb einer Klinikgruppe (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege). Der H+-Branchenbericht Qualität 2007 fasste die einzelnen Berichte der Institutionen zusammen [9]. Aktuell enthält er Angaben zu den Punkten Altersstatistik, stationäre Top Ten-Diagnosen, Zufriedenheitsmessungen, Qualitätsindikatoren, Personalressourcen, medizinaltechnische Ressourcen und Aktivitäten im Bereich der Qualität. Die schweizweite Anwendung des neusten Qualitätsberichts ist für dieses Jahr geplant [10].

Im März dieses Jahres wurden die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung KIQ und der Interkantonale Verein für Qualitätssicherung und -förderung IVQ zusammengelegt. Die daraus entstandene Organisation *Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken* setzt sich für Qualitätsmessungen anhand fachbereichsspezifisch einheitlicher Methoden ein. Auf diese Weise soll ein nationaler Vergleich der Messungen möglich werden. Für das Jahr 2009 sind den Akutspitälern und Kantonen zwei gesamtschweizerische Qualitätsmessungen vorgegeben: die Messung der Patientenzufriedenheit und der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen. Erste Resultate sind im Jahr 2010 zu erwarten.

Mit der Realisierung des Pilotprojekts Q-Monitoring ist die FMH dabei, den gesetzlichen Auftrag der Qualitätssicherung im ambulanten Sektor wahrzunehmen. In der Pilotphase erstreckt sich das Projekt auf die Bereiche Psychiatrie, Hausarztmedizin und Orthopädie. Ziel des Q-Monitorings ist, einen Beitrag zur

5 Vgl. Grundlagenpapier der AGQ-FMH: Qualitätsmanagement und Zertifizierung der ärztlichen Leistungserbringung: Aufwand und Nutzen, Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(20):838–44; S. 840.

6 Medieninformation des BAG zur Pilotstudie über die Qualitätsindikatoren in Schweizer Akutspitälern online im Internet unter: <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de> [Stand: 22.5.2009].

7 Die Arbeitsgruppe Qualität der FMH stellt Qualitätsinitiativen vor, welche ihr von Referenten aus verschiedensten Organisationen und Arbeitsbereichen (ambulant/stationär) seit 2006 präsentiert wurden: http://www.fmh.ch/ww/de/pub/dienstleistungen/daten_demographie_und_qualitaet_qualitaetsinitiativen.html [Stand: 28.5.09].

8 Der Bericht des BAG «Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2006» ist online im Internet zu finden unter <http://www.bag.admin.ch/kvspi> [Stand: 22. 5.2009].

9 http://www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/h_qualite/branchenbericht/ [Stand: 26.5.2009]

10 http://www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/h_qualite/spital_qualitaetsbericht [Stand: 26.5.2009].

- ärztlichen Qualitätssicherung und -förderung zu leisten sowie Transparenz in der medizinischen Behandlungsqualität im Bereich ambulant tätiger Arztpraxen herzustellen. Dazu werden in einem ersten Schritt die vielfältigen Qualitätsaktivitäten der Ärzteschaft erfasst. Anschliessend sollen von den verschiedenen Fachrichtungen vergleichbare Qualitätsindikatoren für das interne Qualitätsmanagement sowie zur externen Qualitätsdarlegung entwickelt werden.
- Noch ist das Schweizerische Gesundheitswesen weit entfernt von der umfangreichen Veröffentlichung von Qualitätsdaten, wie sie in Grossbritannien und teilweise in den USA üblich ist. Dort ist die Qualitätsmessung der Gesundheitsversorgung mit Hilfe von Qualitätsindikatoren vergleichsweise weit entwickelt. Grossbritannien spielt insbesondere in der qualitätsabhängigen Arztvergütung eine Vorreiterrolle. Die Diskussion um qualitätsabhängige Vergütungsmodelle (Pay for Performance) gewinnt auch in der Schweiz an Aktualität [11]. Die AGQ-FMH ist zurzeit an der Erarbeitung eines Grundlagenpapiers zum Thema Pay for Performance, weshalb an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen wird. Auch für Qualitätstransparenz im Allgemeinen lohnt sich für die Schweiz der Blick über die Landesgrenze. Zwar sind aufgrund der sehr unterschiedlichen Gesundheitssysteme gerade die in den USA und in England gewonnenen Erkenntnisse keinesfalls eins zu eins auf die Schweiz übertragbar. Jedoch bietet es sich für das Schweizer Gesundheitswesen an, von ausländischen Erfahrungen zu profitieren und sich an entsprechenden Studien zu Vor- und Nachteilen der Veröffentlichung von Qualitätsdaten zu orientieren.
- Nutzen und Risiken für Leistungserbringer, Krankenversicherer und Patienten**
- An die Offenlegung von Qualitätsdaten werden viele Erwartungen geknüpft. Die *Leistungserbringer* sollen der Öffentlichkeit präsentieren können, was sie an Qualitätsarbeit leisten. Eine vergleichende Qualitätsdarstellung soll das interne Qualitätsmanagement unterstützen, indem es Leistungserbringer in ihrer Qualitätsarbeit bestätigt, und zu Qualitätssteigerung bei Leistungserbringer tieferer Qualität führen. Abläufe in der medizinischen Behandlung sollen auf diese Weise verbessert werden, was zu einer noch höheren Behandlungsqualität führen kann. *Krankenversicherer* sollen durch Qualitätstransparenz die Grundlage für den Wettbewerb um Qualität erhalten sowie Vergütungsanreize schaffen können. Einem reinen Preiswettbewerb würde ein Qualitätswettbewerb zur Seite gestellt. Denn die Veröffentlichung von Qualitätsdaten soll den *Patienten* erlauben, die Leistungserbringer zu vergleichen. Die Auswahl des passenden Arztes bzw. der passenden Institution aufgrund von Qualitätskriterien könnte auf diese Weise ermöglicht werden. Allgemein soll die Veröffentlichung von Qualitätsdaten dazu dienen, dem Recht der Bevölkerung auf Informationen über Qualität nachzukommen. Mit Qualitätstransparenz soll das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Arbeit der Ärzteschaft gefördert werden.
- Es lässt sich beobachten, dass interne Qualitätsdarlegungen einen positiven Effekt auf das Qualitätsmanagement haben. Qualitätsmessungen und damit verbundene Situationsanalysen können wesentlich zur Qualitätssteigerung in der medizinischen Behandlung beitragen [12]. Die Erfahrung zeigt jedoch auch, dass Bemühungen um Qualitätstransparenz nicht nur die gewünschten Effekte erzielen. In den USA begegnen vor allem die *Leistungserbringer* selbst den veröffentlichten Daten mit Skepsis [13]. Auch in Deutschland messen einweisende Ärzte offiziellen Informationen zur Qualität der Spitäler nur geringe Bedeutung zu [14]. Gemäss Studien aus den USA ist die Evidenz dafür, dass die Veröffentlichung von Qualitätsdaten tatsächlich eine Verbesserung der Ergebnisqualität bewirkt, beschränkt. Immerhin veranlasste die Veröffentlichung von Qualitätsdaten einige amerikanische Spitäler und Health Maintenance Organizations (HMO) dazu, bestehende interne Qualitätsstrategien zu überarbeiten [15]. Doch können eine Vielzahl nichtintendierte Nebenwirkungen der Veröffentlichung insbesondere von Outcomedaten beobachtet werden: Streben nach Mittelmass anstatt nach Exzellenz, Manipulation der Daten, Konzentration auf kurzfristige Ziele, Zurückhaltung bei Innovationen und die Vernachlässigung von Behandlungen, welche nicht gemessen werden [16].
- Insbesondere die breite Veröffentlichung von Qualitätsdaten erscheint demnach problematisch. Zudem ist weitgehend ungeklärt, welche Angaben zur Qualität sich die *Patienten* wünschen und über welche Kanäle sie diese beziehen. Im Bereich der Hausarztmedizin beschäftigt sich mit dieser Frage die von der FMH in Auftrag gegebene qualitative Studie der Berner Fachhochschule zum Informationsbedarf von Patienten zur Qualität in der hausärztlichen Leistungserbringung. Die Evaluation zeigt auf, dass Informationen von Personen aus dem näheren Bekannten- und Verwandtschaftskreis für die Arztwahl eine weit wichtigere Rolle spielen als öffentlich publizierte Daten. Für Patienten ist es wichtig, dass Qualitätsangaben über Ärzte von einer seriösen, vertrauenswürdigen Quelle stammen. Aus öffentlichen Quellen werden vor allem Angaben zur Strukturqualität erwartet [17]. Auch in den USA zeigte sich, dass veröffentlichte Qualitätsdaten nur einen geringen Einfluss auf die Wahl der Patienten ausüben [18]. Dieser Umstand dürfte einerseits auf die oftmals beschränkte Wahlmöglichkeit selbst zurückzuführen sein: Besteht keine oder nur eine geringe Wahlmöglichkeit, ist das Interesse an veröffentlichten Qualitätsindikatoren klein [19]. Andererseits spielt hier die Art und Weise der Veröffentlichung von Qualitätsdaten ebenfalls eine wichtige Rolle. Gemäss einer aktuellen Studie aus Deutschland ist der Schwierigkeitsgrad von Qualitätsberichten deutscher Krankenhäuser «vergleichbar mit dem philosophischer Abhandlungen»: Eine Grosszahl der Qualitätsberichte ist
- 11 Vgl. Huber F, Hess K. Qualitätsindikatoren für Managed Care in der Schweiz am Beispiel von MediX und EQUAM, In: Stock, Johannes/Szecsényi, Joachim (Hrsg.): Stichwort Qualitätsindikatoren, Bonn/Frankfurt am Main 2007:71–96.
 - 12 Ferguson, Bruce T, et al. A decade of change – risk profiles and out-comes for isolated coronary artery bypass grafting procedures, 1990–1999: a report from the STS National Database Committee and the Duke Clinical Research Institute. *Ann Thorac Surg.* 2002; 73:480–90.
 - 13 Marshall M, et al. (2000a): Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Qual Health Care.* 2000;9:53–57, S. 55.
 - 14 Gruhl M, Klemperer D. Nutzerkompetenz durch Qualitätstransparenz. Steuerungskriterium für das deutsche Gesundheitswesen? *GGW.* 2008;8(1): 7–17, S. 14.
 - 15 Marshall M, et al. (2000a), S. 55.
 - 16 Mason A, Street A. Publishing outcome data: is it an effective approach? *J Eval Clin Pract.* 2006;12(1): 37–48, S. 44; Lilford RJ, Brown CA, Nicholl J. Use of process measures to monitor the quality of clinical practice 2007. *BMJ.* 2007;335: 648–50, S. 649.
 - 17 Neuschwander P, Riedel M. Was Patienten über ihren Hausarzt wissen wollen: Eine qualitative Studie. *Schweiz Ärztezeitung.* 2009;90(8): 698–700.
 - 18 Marshall M, et al. (2000b): The Public Release of Performance Data. What do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA.* 2000;283(14):1866–74, S. 1867.
 - 19 Magee H, Davis L-J, Coulter A. Public views on healthcare performance indicators and patient choice. *J R Soc Med.* 2003;96:338–42, S. 340.

für die meisten Patienten weder les- noch nachvollziehbar [20]. Diese Beispiele zeigen, wie wichtig, aber auch wie schwierig es ist, qualitäts- und leistungsrelevante Daten publikumsgerecht zu definieren und zu beschreiben.

Empfehlungen zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten

Die Qualität des ärztlichen Handelns kann nur transparent gemacht werden, indem entsprechende Daten korrekt erhoben, korrekt analysiert und verständlich publiziert werden. Unter der Leitung der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) haben verschiedene Partner im Gesundheitswesen unter dem Titel «Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten zur medizinischen Behandlungsqualität» Kriterien erarbeitet, die bei der Veröffentlichung von medizinischen Qualitätsdaten zu beachten sind (diese Empfehlungen sind in dieser Ausgabe der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert [21]). Diesen

Richtlinien entsprechend sind nur Daten aussagekräftig, welche relevant, korrekt und für den Empfänger verständlich sind (vgl. Kasten). Inkorrekte oder inkorrekt analysierte Daten hingegen verhindern, dass die Leistungserbringer die Qualität ihrer Leistungen aufzeigen können. Sie führen nicht zur gewünschten Verbesserung der Qualität und verunmöglichen einen gesunden Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Nicht zuletzt werden die Patienten getäuscht und ihr Vertrauen in das Gesundheitssystem geschwächt. Um diese Risiken zu verhindern, müssen die Qualitätsindikatoren von Patientenorganisationen, Versicherungen und Behörden zusammen mit den Leistungserbringern definiert werden. Auf diese Weise kann gewährleistet werden, dass sie tatsächlich Aussagen über die Qualität des ärztlichen Handelns erlauben. Korrekt und sinnvoll sind Daten, welche einem ehrlichen Interesse an Transparenz entspringen und fachkundig erhoben worden sind.

20 Friedmann J, et al. Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: Systematische Auswertung und Handlungsbedarf. Gesundheitswesen. 2009;71:3-9.

21 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Empfehlungen zur «Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten zur medizinischen Behandlungsqualität». Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(26/27):1044-54.

Kriterien zur Veröffentlichung von Q-Daten (in Anlehnung an die Empfehlungen der SAMW «Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten zur medizinischen Behandlungsqualität» [21]):

Relevanz: Die veröffentlichten Daten repräsentieren zumindest teilweise die medizinische Behandlungsqualität.

Korrektheit: Die Datenqualität wird kontrolliert. Die Indikatoren werden präzise definiert. Die Gesamtheit der Patienten, bei welcher die Indikatoren gemessen werden, wird beschrieben und die

Anzahl genannt. Bei einer Patientenbefragung wird die Rücklaufquote aufgeführt. Die Instrumente zur Messung der Indikatoren sind gültig (Validität) und verlässlich (Reliabilität). Die Datenquelle wird beschrieben. Der Zeitraum der Messungen wird aufgeführt.

Verständlichkeit: Zahlen sind nur aussagekräftig, wenn adäquate Interpretationshilfen mitgeliefert werden. Fachbegriffe werden dabei lesergerecht verwendet und erläutert. Die Formulierungen sind kurz und einfach.