

Bemerkungen zur Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität in Spitälern

Ein «Gault Millau» für Spitäler?

Urs Metzger^a,
Hermann Amstad^b

a Chefarzt Chirurgie,
Triemlispital Zürich; Leiter
Begleitkommission
Qualitätsempfehlungen

b Generalsekretär der
Schweizerischen Akademie
der Medizinischen Wissen-
schaften SAMW

Im September 2010 hat eine US-amerikanische Konsumentenorganisation die Behandlungsergebnisse der Bypass-Chirurgie von 221 Herzzentren veröffentlicht (www.consumerreporthealth.org). Die Daten stammen aus einem Register, das die American Society of Thoracic Surgeons 1989 initiiert hat. Über 90% der rund 1100 amerikanischen Herzzentren beteiligen sich an diesem Register; dessen Daten werden vom Duke Clinical Research Institute verwaltet und wissenschaftlich analysiert. Bislang diente dieses Register den amerikanischen Herzchirurgen dazu, ihre eigenen Resultate kritisch zu vergleichen und zu verbessern. Welchen Gewinn hat nun die Öffentlichkeit an der Publikation solcher Outcome-Daten? Allein schon die Tatsache, dass lediglich 221 von rund 1100 Herzzentren eingewilligt haben, ihre Behandlungsdaten zu veröffentlichen, legt den Verdacht auf einen erheblichen Publication Bias nahe. Wenig erstaunlich deshalb, dass 50 der freiwillig publizierenden Spitäler ein 3-Sterne-Gütesiegel erhielten und lediglich fünf ein 1-Sterne-Gütesiegel. Andererseits werden die bisher abseits stehenden Herzzentren unter einen zunehmenden öffentlichen Druck kommen, ihre Outcome-Daten ebenfalls zu veröffentlichen. Man mag dies bedauern oder nicht – immerhin wird es dazu führen, dass die Trägerschaften und die Verantwortlichen dieser Institutionen veranlasst werden, die Behandlungsergebnisse zu verbessern. Dies ist so lange wünschenswert, als die Patientenselektion nicht darunter leidet (siehe unten).

Situation in der Schweiz

Die Erhebung und Analyse von Qualitätsdaten in der Schweiz hat eine lange Tradition. Die Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO) hat es vor 40 Jahren geschafft, durch eine strikte Qualitätskontrolle (für die Kliniken damals obligatorisch) die Überlegenheit dieser Methode zur Frakturbehandlung aufzuzeigen, und dies, ohne den Nachweis über eine randomisierte Studie erbringen zu müssen. Zahlreiche Fachgesellschaften (Infektiologie, Herzchirurgie, Gefässchirurgie, Orthopädie u.a.m.) sind heute bemüht, durch nationale Register gemäss dem Vorbild der American Society of Thoracic Surgeons die Behandlungsqualität landesweit zu erheben und zu analysieren. Diese Initiativen sind sehr zu begrüssen und dienen zweifelsfrei der Verbesserung der Qualität in den einzelnen Institutionen. Auch die öffentliche Hand hat es unternommen, punktuell Qualitätsindikatoren

in den von ihr subventionierten Anstalten zu erheben (z.B. Verein Outcome Zürich). Die Veröffentlichung solcher Daten wurde bislang richtigerweise sehr restriktiv gehandhabt. Nur wenige und nicht aussagekräftige Quellen stehen der Öffentlichkeit zur Verfügung.

Auf der Website von Comparis sind die Patientenzufriedenheit und vereinzelt die Wiedereintritts-, Infektions- und Fehlerrate aus Sicht der Patienten bei 53 öffentlichen Spitälern ersichtlich. Die Resultate

Welchen Gewinn hat nun die Öffentlichkeit an der Publikation solcher Outcome-Daten?

basieren auf einer telefonischen Befragung, die das Markt- und Meinungsforschungsinstitut IHA-GfK im Juli 2007 im Auftrag von Comparis bei 150 000 Personen erhoben hat. Am höchsten war der Zufriedenheitsgrad im Ospedale Beata Vergine, Mendrisio, mit 87 von 100 möglichen Punkten, gefolgt vom Spital Herisau mit 86 und vom Kantonsspital Uri, Altdorf, mit 84 Punkten. Es ist nicht davon auszugehen, dass diese Veröffentlichung die Patientenströme wesentlich beeinflusst hat!

Im August 2010 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) den Bericht «Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2007» veröffentlicht (www.bag.admin/kvspi.ch). Darin sind immerhin alle fünf Universitäts-spitäler und 13 Zentrums- respektive Kantonsspitäler aufgeführt, die auf freiwilliger Basis in die Publikation der Daten eingewilligt haben. In den Übersichtstabellen der einzelnen Spitäler sind die Qualitätsindikatoren für die Jahre 2005 bis 2007 dargestellt. Dabei handelt es sich um Fallzahlen und Mortalitätsraten ausgewählter Krankheitsgruppen bzw. Operationen, welche die akutmedizinische Versorgung zu einem wesentlichen Teil abdecken. Die Todesursache und die angegebene Diagnose bzw. Behandlung müssen jedoch nicht in jedem Fall in einem direkten Zusammenhang stehen. Das BAG hält deshalb auch fest, dass «diese Auswertungen nicht die Grundlage für die Erstellungen von Rankings sein sollen» und «dass die Resultate differenziert und mit der notwendigen Vorsicht interpretiert werden sollen». Die Veröffentli-

Korrespondenz:
Dr. med. Hermann Amstad
SAMW
Petersplatz 13
CH-4051 Basel
Tel. 061 269 90 30
Fax 061 269 90 39
mail@samw.ch

chung von Mortalitätsdaten bei Leistenhernien-Operationen, laparoskopischen Cholezystektomien und Hüfttotalprothesen-Implantationen macht denn auch keinen Sinn, weil die Mortalität für diese Eingriffe keinen valablen Qualitätsindikator darstellt. Trotzdem will das BAG basierend auf der Rechtslage nächstes Jahr diese Daten (für 2008) obligatorisch für alle Spitäler veröffentlichen. Dem BAG ist zugutezuhalten, dass es schweizweit ausser Mortalitätsdaten und Fallzahlen über keine anderen Qualitätsindikatoren verfügt.

Zahlreiche Spitäler haben damit begonnen, zusammen mit ihren Jahresberichten auch einen aufschlussreichen Qualitätsbericht zu veröffentlichen mit Angaben zu Fallzahlen und Spitalmortalität und mit Ergebnissen von Umfragen zur Zufriedenheit bei Patienten, Zuweisenden und Mitarbeitenden. Solche Initiativen sind sehr zu begrüßen, wenn sie gut verständlich und transparent sind.

Rechtslage

Die Sicherung der medizinischen Behandlungsqualität ist im KVG (Art. 58) und KVV (Art. 77) seit 1996 gesetzlich verankert. Darin wird gefordert, dass die Leistungserbringer oder deren Verbände Konzepte und Programme bezüglich der Anforderungen an die Qualität der Leistungen und bezüglich der Förderung der Qualität erarbeiten. Die Modalitäten der Durch-

Die Fachgesellschaften FMH waren und sind die Garanten für eine fachlich hochstehende Gesundheitsversorgung in unserem Land. Sie sind jetzt gefordert, für ihren jeweiligen Fachbereich präzise, relevante und valide Qualitätsindikatoren zu erarbeiten, die über die Spitalmortalität hinausgehen. Dazu gehört auch die Definition von Patientencharakteristika, die über das Alter und das Geschlecht hinausgehen und erst einen Vergleich von Ergebnisqualitätsdaten ermöglichen (Patientenmix).

Finanzierung

Die seriöse Erfassung der Ergebnisqualität in der Medizin ist nicht gratis. Sie ist zeitaufwendig und personalintensiv. Hier hinkt der Vergleich mit der Gastronomie vollumfänglich. Dem nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) fehlt es an finanziellen Mitteln. Gemäss Aussagen des ANQ-Vizepräsidenten und Vorsitzenden der Geschäftsleitung des Kantonsspitals Graubünden, Arnold Bachmann, wären für die Einführung eines landesweiten Qualitätssystemes 20 Millionen Franken nötig (NZZ vom 10.9.2010). Für die vom Gesetz geforderten Konzepte und Programme zur Qualitätserfassung, -analyse und -publikation sind den Leistungserbringern die dazu notwendigen Mittel zur Verfügung zu stellen. Auch dazu hat sich der Gesetzgeber unmissverständlich geäußert, dass nämlich die Modalitäten der Qualitätssicherungsprogramme und deren Finanzierung in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart werden.

«Qualität hat ihren Preis», sagt man – eine wirklich verlässliche Erhebung, Analyse und Publikation von Qualitätsdaten ebenfalls.

Blick in die Zukunft

Um einen Wildwuchs von sinnlosen und irreführenden Qualitätsdaten zu verhindern, hat der Senat der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) im Mai 2009 in der Schweizerischen Ärztezeitung Empfehlungen veröffentlicht zur Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität [1]. Diese Empfehlungen beinhalten insbesondere die hier nochmals abgedruckte Checkliste mit 18 Punkten zu Relevanz, Korrektheit und Verständlichkeit der publizierten Daten. Auf diese Empfehlungen verweist auch die FMH. Sie fordert zudem, dass Qualitätsindikatoren zwingend zusammen mit der Ärzteschaft definiert werden. Im Sinne einer Deklaration bzw. eines Gütesiegels soll gemäss SAMW und FMH jeder zukünftig veröffentlichte Qualitätsbericht die definierten Kriterien erfüllen. Es wird Aufgabe einer noch zu schaffenden und von einer parlamentarischen Initiative bereits geforderten «Nationalen Organisation für Qualität und Patientensicherheit» sein, mittelfristig von jedem Leistungserbringer die Einhaltung der Kriterien einzufordern.

Die Fachgesellschaften sind jetzt gefordert, für ihren jeweiligen Fachbereich präzise, relevante und valide Qualitätsindikatoren zu erarbeiten

führung und deren Finanzierung sollen in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart werden. Seit dem 1.1.2009 ist zudem ein neuer Art. 22a KVG in Kraft, der die Leistungserbringer «verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekanntzugeben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen». Gemäss Buchstabe f umfasst dies explizit auch «medizinische Qualitätsindikatoren». Die vom BFS erhobenen Daten werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) veröffentlicht.

Qualitätsindikatoren

Struktur- und Prozess-Qualität lassen sich in der Gastronomie und im stationären Gesundheitsbereich vergleichsweise gut beurteilen (Einrichtungen, Freundlichkeit des Personals, Wartezeiten). Die Ergebnisqualität ist dagegen im Gesundheitswesen doch um einiges komplexer und nicht nur Geschmackssache.

Um die Umsetzung der Empfehlungen in der Praxis zu fördern, zu erleichtern und zu begleiten, hat die SAMW eine Begleitkommission «Qualitätsempfehlungen» eingesetzt. Die Aufgaben dieser Kommission sind die Sensibilisierung und die Beratung der Ärzteschaft sowie die sporadische Prüfung von publizierten Qualitätsberichten bezüglich Einhaltung der Empfehlungen. Zusätzlich sollen auch die Empfeh-

lungen selber mit den jeweiligen Qualitätsverantwortlichen im Hinblick auf ihre Umsetzbarkeit überprüft werden.

Literatur

- 1 SAMW. Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(26/27):1044–54.

Checkliste

Bei der Publikation von Qualitätsberichten sollen die Verfasser angeben, welche der in dieser Checkliste aufgeführten Kriterien erfüllt sind. Das schafft Transparenz über die Art und Weise, wie Daten erhoben bzw. interpretiert wurden.

1. Relevanz

- | | |
|---|-------------------|
| A. Repräsentieren die gewählten Indikatoren die medizinische Behandlungsqualität? | Ja/nein/teilweise |
| B. Betrifft der Indikator die Struktur, einen Prozess oder den Outcome? | |
| C. Ist angegeben, von wem die Indikatoren ausgewählt wurden? | Ja/nein/teilweise |

2. Korrektheit

- | | |
|--|---------------------------|
| A. Sind die Indikatoren präzise definiert? | Ja/nein/teilweise |
| B. Ist die Gesamtheit der Patienten, bei welcher der Q-Indikator gemessen wurde, klar beschrieben? | Ja/nein/teilweise |
| C. Gibt es konkrete Angaben über die Anzahl Patienten, bei denen der Indikator erhoben wurde? | Ja/nein |
| D. Gibt es, wenn es sich um eine Befragung handelt, Angaben über die Rücklaufquote? | Ja/nein |
| E. Sind Instrumente zur Messung der Indikatoren gültig (valide) und verlässlich (reliabel)? | Ja/nein |
| F. Sind Angaben zum Personal, das die Daten erhoben hat, im Bericht erwähnt? | Ja/nein |
| G. Wurde die Datenquelle beschrieben? | Ja/nein |
| H. Ist die Dauer der Messung bzw. der Zeitintervalle angegeben? | Ja/nein/teilweise |
| I. Wurden die für eine eventuell notwendige Korrektur für den Patientenmix erforderlichen Daten erhoben? | Ja/nein |
| J. Wurde die Qualität der erhobenen Daten kontrolliert? | Ja/nein/nicht angegeben |
| K. Ist angegeben, wie mit fehlenden Daten verfahren wurde? | Ja/nein |
| L. Ist die Darstellung der Resultate adäquat und verständlich? | Ja/nein/teilweise |
| M. Ist die Durchführung des Vergleichs mit anderen Leistungserbringern detailliert beschrieben? | Ja/nein/teilweise |
| N. Allgemeine Punkte | |
| a. Wer garantiert für die Korrektheit der Daten und Interpretationen? | Angegeben/nicht angegeben |
| b. Wurden Angaben über die Finanzierung des Projektes gemacht? | Ja/nein |
| c. Liegt, wenn notwendig, die Zustimmung der Ethikkommission vor? | Ja/nein/nicht notwendig |
| d. Liegt, wenn notwendig, die Zustimmung der Patienten vor? | Ja/nein/nicht notwendig |
| e. Wer ist der Eigentümer der erhobenen Daten und sind die Daten zugänglich? | Ja/nein |
| f. Wurde ein unabhängiges, externes Audit der erhobenen Daten durchgeführt? | Ja/nein |

3. Verständlichkeit

- | | |
|---|-------------------|
| Sind die Ergebnisse verständlich dargestellt und nachvollziehbar interpretiert? | Ja/nein/teilweise |
|---|-------------------|