

Nutzung und Nutzen von Qualitätsindikatoren

Prof. Dr. med. Michael Heberer,
Dr. phil. Heidemarie Weber und Dr. med. Atanas Todorov

Die Veröffentlichung von Fallzahlen und Sterblichkeit definierter Patientengruppen wird immer noch kontrovers diskutiert. Das Universitätsspital Basel stellt diese Information seit 2005 jährlich ins Internet. In Kenntnis berechtigter und unbegründeter Vorbehalte halten wir diese Publikation für sinnvoll und unterstützen die Verpflichtung zur breiten Information der Öffentlichkeit durch alle Spitäler. Denn

Transparenz schafft Vertrauen.

Die Spitäler geben mit der Veröffentlichung ihrer Fallzahlen einen Einblick in ihre Erfahrungsbasis und mit der Angabe der Sterblichkeit einen Hinweis auf die Sicherheit und die Risiken einer Behandlung. Diese Kommunikation entspricht dem Konzept des mündigen Patienten, der Informationsaustausch und Möglichkeiten der Mitwirkung wünscht.

Können Fallzahl und Mortalität als Qualitätsindikatoren gesehen werden?

Es darf heute als unbestritten gelten, dass Fallzahlen und Mortalität eines Spitals bei vielen interventionellen und operativen Behandlungsverfahren mit der medizinischen Behandlungsqualität korrelieren. Entsprechend sind institutionelle Fallzahlen unterhalb einer kritischen Schwelle typischerweise mit schlechteren Ergebnissen verbunden¹⁻⁵. Dass dieser Zusammenhang nicht immer bestätigt werden kann⁶⁻⁸, ist insbesondere durch zusätzlich relevante Faktoren, durch einen nicht-linearen Zusammenhang und durch unterschiedliche Wirkungsstärke des Faktors Fallzahl erklärbar.

Dabei ist es grundsätzlich plausibel, dass eine hohe Behandlungsqualität eine Mindestfallzahl voraussetzt: Das komplexe Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen und Disziplinen bei einer medizinischen Behandlung setzt Erfahrung und regelmässige Übung voraus. Mindestfallzahlen, die heute in vielen Ländern für viele Verfahren verlangt werden, sind Ausdruck dieser Überlegungen.

Weniger intuitiv ist die Verwendung der Mortalität als Qualitätsindikator: Viele Eingriffe werden durchgeführt, um Funktionen zu verbessern, Schmerzen zu lindern und ein *langfristiges* Überleben zu erreichen. Dazu werden medizinische Risiken bis hin zur Todesfolge eingegangen, gerade bei schwer und kritisch Kranken. Deshalb könnte eine hohe Sterblichkeit während oder unmittelbar nach der Hospitalisation (30 Tages-Sterblichkeit) auch Ausdruck therapeutischer Intensität oder patientenseitiger Nebenerkrankungen (Ko-Morbidität) sein. Dieses Argument spricht dagegen, eine niedrige Sterblichkeit als Hinweis auf hohe medizinische Qualität zu interpretieren! Und dennoch belegen Analysen grosser Fallzahlen den Zusammenhang zwischen hoher medizinischer Behandlungsqualität und niedriger Mortalität⁹. Allerdings wird dabei typischerweise auf Einschränkungen hingewiesen: Dieser Zusammenhang gilt nur für definierte Patientengruppen (nicht für Spitäler gesamthaft), erfordert zum konkreten Nachweis grosse Fallgruppen und kann durch „Risikoadjustierung“ nicht immer verbessert werden; zum einen sind nämlich die wichtigen Risikofaktoren weder vollständig bekannt noch unter allen Bedingungen gleich wirksam (case mix adjustment fallacy)¹⁰.

Ohne Frage stimulieren Angaben von Fallzahlen und Sterblichkeit definierter Patientengruppen die Diskussion um die Qualität medizinischer Behandlung, in Spitälern und in der Öffentlichkeit. Deshalb sind diese Informationen nützlich und können als Qualitätsindikatoren bezeichnet werden. Dass diese Informationen aus administrativen Routinedaten abgeleitet werden, keinen gesonderten Erhebungsaufwand erfordern und Resistenz gegen Fehler und Manipulation aufweisen, ist ein zusätzlicher Vorteil. Aber: Fallzahlen und Sterblichkeit sind kein direktes Mass für die Qualität der medizinischen Leistung. Auch durch Risikoadjustierung können sie diese Bedeutung nicht erreichen. Deshalb sind Ranglisten der Spitäler auf der Basis dieser Daten unsinnig.

Wie werden diese Qualitätsindikatoren aufgenommen?

Die Informationen zu Fallzahlen und Mortalität treffen in der Öffentlichkeit und innerhalb der Spitäler auf Interesse. In vielen Spitälern wird allerdings die Sorge geäussert, dass diese Informationen in der Öffentlichkeit als Mass der Qualität medizinischer Leistung fehlinterpretiert und somit zu einer Fehlsteuerung von Patientenströmen führen könnten. Einige Spitäler, die sich von den Ergebnissen erster Patientenbefragungen begünstigt fanden, weil sie eine niedrigere Mortalität einer Patientengruppe als ein anderer Leistungserbringer ausweisen konnten, (miss)brauchen diese Information für Werbemassnahmen. An vielen Orten aber werden diese Daten auf Plausibilität, Ursache-Wirkungs-Ketten und Verbesserungspotenziale untersucht und Massnahmen der Qualitätsverbesserung angestossen. Die Publikation dieser Qualitätsindikatoren erreicht damit ein relevantes Ziel.

Ein vergleichbar ambivalentes Bild zeigt auch die öffentliche Wahrnehmung, sofern man sich dabei auf die Presse abstützt: Einerseits werden aufgrund dieser Indikatoren Ranglisten der Spitäler erstellt und publiziert; andererseits weisen Journalisten auch auf die Grenzen dieser Bewertungen hin. Eindeutig ist, dass die Öffentlichkeit diese Information sucht und wahrnimmt.

Dabei ist für Öffentlichkeit und wie für die Spitäler gleichermassen zu beobachten, dass die wiederholte Veröffentlichung dieser Daten abstumpft. Die Initialwirkung der Publikation ist typischerweise gross; mit jeder weiteren Publikation nehmen Aufregung und Intensität der Diskussion ab. Diese Entwicklung zur Normalität wäre begrüssenswert, wenn aus den Ergebnissen unverändert und kontinuierlich Massnahmen der Qualitätsverbesserung abgeleitet würden. Voraussetzung für diesen kontinuierlichen Verbesserungsprozess wären externe und interne Anreize. Die interne Bereitschaft zur Qualitätsverbesserung besteht sowohl aus berufsethischen Gründen als auch wegen nachhaltiger Beeinflussung der Patientenströme. Externe Anreize zur Qualitätsverbesserung fehlen aber derzeit und werden durch das neue DRG-System (noch) nicht eingebracht. Diesbezüglich besteht Verbesserungspotenzial.

Welche Veränderungen werden von der breiten Publikation dieser Indikatoren erwartet?

Nur Masszahlen, deren Interpretation Wirkung entfaltet, sind sinnvoll. Die Publikation von Fallzahlen und Sterblichkeiten definierter Patientengruppen kann über Mechanismen der Zulassung (Spitalliste), der Vergütung (Mindestfallzahlen) oder der Expertendiskussion (Peer Review) wirksam werden. Unter dem Aspekt des Qualitätsmanagements sind die Expertendiskussionen von besonderer Bedeutung, weil damit Verbesserungen durch Lernen (best practice) und Innovation (Verbesserung und Erneuerung von Prozessen) angestossen werden. Voraussetzung dafür ist die Entwicklung einer Fehlerkultur, welche auf nachhaltige Verbesserungen abzielt, das Patienteninteresse in den Vordergrund stellt und auf kurzfristige Werbeeffekte verzichtet.

Lernen von den Besten (best practice) kann bedeuten, bei Leistungserbringern mit sehr hohen Fallzahlen oder sehr niedriger Sterblichkeit zu hospitieren und die eigenen Prozesse mit diesen Abteilungen und Kliniken zu vergleichen. Jeder, der bereits in anderen Spitälern hospitalisiert hat, weiss um das Potenzial solcher Besuche.

Das Prinzip der Expertendiskussion ist in der Medizin bekannt. Der globale Austausch von Erfahrungen an Kongressen und über Druck- und Elektronikmedien ist bekannte Praxis. In jüngster Zeit wird das Konzept des lokalen Peer Reviews ergänzend herangezogen: Externe Experten diskutieren die Prozesse und Ergebnisse eines Spitals vor Ort anhand von Patientenakten. Es resultieren konkrete Verbesserungsvorschläge, die vor allem zum Nutzen des jeweils besuchten Spitals sind¹¹. Diese offene Diskussion in Verbindung mit einer Fehlerkultur, die nicht nach Schuldigen sondern nach Verbesserungspotenzialen sucht, geht von Messungen der Qualitätsindikatoren aus und strebt Verbesserungen an, die sich in verbesserten Messwerten niederschlagen.

Zusammenfassung

Die Veröffentlichung von Fallzahlen und Mortalität für definierte Patientengruppen kann ohne Zweifel einen Beitrag zum Qualitätsmanagement leisten. Dazu muss die Analyse und die Bewertung der Daten im Kontext eines Qualitätsmanagementsystems erfolgen. Experten können anhand dieser Daten Verbesserungspotenziale identifizieren und konkrete Massnahmen erarbeiten, die dann in den Organisationseinheiten der Spitäler umgesetzt werden. Zugleich können Patientinnen und Patienten ebenso wie Zuweiser und die interessierte Öffentlichkeit Informationen über die Tätigkeitsschwerpunkte von Spitälern aus diesen Daten ableiten. Vor allem aber wird die resultierende Transparenz jenes Vertrauen in das Spitalsystem vermitteln, das die Öffentlichkeit ebenso wie die Patientinnen und Patienten benötigt.

Literatur

1. Phillips KA, Luft HS, Ritchie JL. The association of hospital volumes of percutaneous transluminal coronary angioplasty with adverse outcomes, length of stay, and charges in California. *Med Care* 1995;33:502-514.
2. Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. *JAMA* 1998;280:1745-1751.
3. Lavernia CJ, Guzman JF. Relationship of surgical volume to short-term mortality, morbidity, and hospital charges in arthroplasty. *J Arthroplasty* 1995;10:133-140.
4. Markar SR, Karthikesalingam A, Thrumurthy S, Low DE. Volume-outcome relationship in surgery for esophageal malignancy: A systematic review and meta-analysis 2000-2011. *J Gastrointest Surg* 2011.
5. Hernandez-Boussard T, Downey JR, McDonald K, Morton JM. Relationship between patient safety and hospital surgical volume. *Health Research and Educational Trust* 2011;DOI:10.1111/j.1475-6773.2011.01310.x.
6. Kurlansky PA, Argenziano M, Dunton R, Lancey R, Nast E, Stewart A, Williams T, Zapolansky A, Chang H, Tingley J, Smith CR. Quality, not volume, determines outcome of coronary artery bypass surgery in a university-based community hospital network. *J Tissue Eng Regen Med* 2011;doi:10.1016/j.jtcrs.2011.10.043.
7. Curry LA, Spatz E, Cherlin E, Thompson JW, Berg D, Ting HH, Decker C, Krumholz HM, Bradley EH. What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? *Ann Intern Med* 2011;154:384-390.
8. Auerbach AD, Maselli J, Carter J, Pekow PS, Lindnauer PK. The relationship between case volume, care quality, and outcomes of complex cancer surgery. *J Am Coll Surg* 2010;211:601-608.
9. Jha AK, Orav EJ, Li Z, Epstein AM. The inverse relationship between mortality rates and performance in the hospital quality alliance measures. *Health Affairs* 2007;26:1104-1110.
10. Lilford R, Pronovost P. Using hospital mortality rates to judge hospital performance: A bad idea that just won't go away. *Brit Med J* 2010;340:955-957.
11. Flintrop J, Gerst T. Dialog auf Augenhöhe. *Ärztliches Peer Review. Dtsch Arztebl* 2011;108:882-884.