

Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften¹

Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität

Kurzfassung der Empfehlungen

Die Qualität einer medizinischen Behandlung ist weder einfach zu definieren noch zu beurteilen. Es lassen sich drei Dimensionen unterscheiden: erstens die Strukturqualität (z. B. Anzahl Pflegepersonen pro Patient, adäquate Wartung technischer Geräte), zweitens die Prozessqualität (z. B. Behandlung einer Krankheit entsprechend dem derzeitigen Wissensstand) und drittens die Outcomequalität (z. B. Heilungsrate, Komplikationsrate, ungeplante Rehospitalisationen, Patientenzufriedenheit, Mortalität). Die Beurteilung jeder dieser Dimensionen hat spezifische Vor- und Nachteile, die es zu beachten gilt.

Gerade weil die Messung bzw. Erfassung der medizinischen Behandlungsqualität und der Vergleich zwischen verschiedenen Leistungserbringern aufwendig, methodisch nicht einfach und fehleranfällig sind, haben sie um so sorgfältiger zu erfolgen; sie dürfen auch nicht einem Wettbewerb um die rascheste oder schlagzeilenträchtigste Publikation ausgesetzt sein.

Mit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten sollen mehrere Ziele erreicht werden. Bei Leistungserbringern mit mangelhafter Qualität sollen sie zu qualitätssteigernden Massnahmen führen und Leistungserbringer mit hoher Qualität sollen in ihrer guten Arbeit bestätigt werden. Mit der Veröffentlichung erhalten die Patienten die notwendigen Informationen, um Institutionen mit guter Qualität auszuwählen zu können und auf solche mit ungenügender Qualität hingewiesen zu werden. Damit soll der Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern gesteigert und sollen die Datengrundlagen geschaffen werden, um eine gute medizinische Behandlungsqualität entsprechend belohnen zu können.

Die Sicherung der medizinischen Behandlungsqualität ist seit 1996 im Krankenversicherungsgesetz gesetzlich verankert. Darin wird gefordert, dass die Leistungserbringer oder deren Verbände Konzepte und Pro-

gramme bezüglich der Anforderungen an die Qualität der Leistungen und bezüglich der Förderung der Qualität erarbeiten. Seit dem 1. Januar 2009 ist zudem ein neuer Art. 22a KVG in Kraft, der die Leistungserbringer «verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die [...] Qualität der Leistungen zu überwachen».

Patienten, Politiker, Krankenversicherer und die Leistungserbringer haben ein grosses und verständliches Interesse an einer hohen medizinischen Behandlungsqualität. Zur Beurteilung dieser Behandlungsqualität ist deshalb die Veröffentlichung von Qualitätsdaten generell zu begrüssen und zu unterstützen. Die Öffentlichkeit hat das Recht, über die Qualität der medizinischen Leistungen informiert zu werden. Allerdings sind neben den beabsichtigten Effekten – Qualitätsverbesserung, Transparenz und Wahlmöglichkeit für die Patienten – auch die unerwünschten Folgen, nämlich Fehlinformationen und damit Fehlentscheide durch mangelhaft erhobene und/oder inkorrekt analysierte Daten, in Betracht zu ziehen.

Die Empfehlungen der Arbeitsgruppe der SAMW zu diesem Thema halten fest, welche Voraussetzungen bei der Veröffentlichung von Qualitätsdaten zu berücksichtigen sind. Die wichtigste davon ist die Einhaltung der folgenden (in einer Checkliste zusammengefassten) Kriterien, deren Beachtung Gewähr bietet, dass die erhobenen Qualitätsdaten relevant, korrekt und verständlich sind:

Relevanz

- Repräsentieren die gewählten Indikatoren die medizinische Behandlungsqualität?
- Betrifft der jeweilige Indikator die Struktur, einen Prozess oder ein Behandlungsergebnis?
- Ist angegeben, von wem die Indikatoren ausgewählt wurden?

Korrektheit

- Sind die Indikatoren präzise definiert?
- Ist die Gesamtheit der Patienten, bei welcher der Qualitätsindikator gemessen wurde, klar beschrieben?
- Gibt es konkrete Angaben über die Anzahl Patienten, bei denen der Indikator erhoben wurde?
- Gibt es, wenn es sich um eine Patientenbefragung handelt, Angaben über die Rücklaufquote?
- Sind die Instrumente zur Messung der Indikatoren gültig (valide) und verlässlich (reliabel)?
- Sind Angaben zum Personal, das die Daten erhoben hat, im Bericht erwähnt?
- Wurde die Datenquelle beschrieben?
- Ist die Dauer der Messung bzw. der Zeitintervalle angegeben?
- Wurden die für eine eventuell notwendige Korrektur für den Patientenmix erforderlichen Daten erhoben?
- Wurde die Qualität der erhobenen Daten kontrolliert?
- Ist angegeben, wie mit fehlenden Daten verfahren wurde?
- Ist die Darstellung der Resultate adäquat und verständlich?
- Ist die Durchführung des Vergleichs mit anderen Leistungserbringern detailliert beschrieben?

Verständlichkeit

- Sind die Ergebnisse verständlich dargestellt und nachvollziehbar interpretiert?

Jeder veröffentlichte Qualitätsbericht sollte die ausgefüllte Checkliste im Sinne einer Deklaration enthalten. 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 den Abdruck dieser (oder einer ähnlichen) Checkliste bzw. die Einhal-

tung der darin enthaltenen Kriterien einzufordern. Die Medien sind zudem angehalten, bei der Berichterstattung anzugeben, ob die zitierten Qualitätsberichte die Checkliste verwenden und in welchem Mass sie diese erfüllen.

I. Einleitung

1. Hintergrund

Patienten, Politiker, Krankenversicherer und die Leistungserbringer² haben ein grosses und berechtigtes Interesse an einer hohen medizinischen Behandlungsqualität. Nachdem über mehrere Jahre wenige oder zumindest in der Öffentlichkeit nicht wahrnehmbare Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung stattgefunden haben, publizierten im Jahr 2007 eine private Firma und einzelne Spitäler Daten über die Behandlungsqualität. Weitere Institutionen und Verbände kündigten damals eine baldige Publikation von Qualitätsdaten an. In der Öffentlichkeit fielen die Reaktionen auf die Veröffentlichungen sehr unterschiedlich aus. Ein Teil begrüsst es, dass endlich Daten über die Behandlungsqualität publiziert wurden und damit mehr Transparenz geschaffen wurde. Andere übten öffentlich scharfe Kritik an der Art und Weise, wie die Daten erhoben und interpretiert wurden. Generell wurde aber begrüsst, dass die Transparenz über die Qualität der im Gesundheitssystem erbrachten Leistungen verbessert werden sollte; diese Meinung teilt auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

Neben den beabsichtigten Folgen einer erhöhten Transparenz müssen allerdings auch die potentiell nicht erwünschten, negativen Effekte der Veröffentlichung von Qualitätsdaten, insbesondere die Publikation inkorrekt und/oder schwer interpretierbarer Daten, bedacht werden. Aufgrund der zum Teil substantiellen Kritik an der Art und Weise, wie die bisher publizierten Daten erhoben bzw. veröffentlicht wurden, setzte die SAMW eine Arbeitsgruppe mit folgendem Auftrag ein:

1. Erarbeitung von Standards (Kriterien), die bei der Veröffentlichung³ von medizinischen Qualitätsdaten (Daten über die Leistungserbringung) zu beachten sind, und
2. Zusammenstellung von rechtlichen Grundlagen und ethischen Prinzipien, die bei der Veröffentlichung von Qualitätsdaten zu berücksichtigen sind.

Im Rahmen ihrer Auseinandersetzung mit der Thematik stellte die Arbeitsgruppe fest, dass eine Beschränkung allein auf die «Veröffentlichung» von Daten nicht zielführend wäre.

Die korrekte Erhebung und Analyse der Daten ist eine zwingende Voraussetzung für deren Veröffentlichung. Da bei einer Veröffentlichung solcher Daten der enge Kreis der Experten verlassen wird, namentlich wenn die Veröffentlichung in den Medien erfolgt, ist eine besondere Sorgfaltspflicht bzw. Verantwortung notwendig. Die Durchschnittsbevölkerung ist nicht in der Lage, die Aussagekraft bzw. die Limitationen solcher Daten richtig einzuschätzen, und ist darauf angewiesen, dass diese korrekt, relevant und verständlich sind. Andernfalls besteht die Gefahr, dass falsche Schlüsse gezogen werden – mit negativen Konsequenzen für die Patienten, aber auch für die Leistungserbringer.

Das vorliegende Dokument formuliert deshalb nicht einfach Empfehlungen für die Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität, sondern auch Kriterien, welche bei deren Erhebung bzw. Analyse zu beachten sind. Selbstverständlich richten sich dabei die Empfehlungen an unterschiedliche Zielgruppen.

Die SAMW ist sich bewusst, dass die vorliegenden Empfehlungen lediglich ein Schritt auf dem Weg zu einer nachhaltigen Sicherung bzw. Verbesserung der Behandlungsqualität sind. Die Empfehlungen verstehen sich als Anstoss, dieses wichtige Anliegen mit der notwendigen Sorgfalt umzusetzen und nicht durch Ranglisten bzw. als Werbemassnahme zu diskreditieren. Selbstverständlich wird es weitere Schritte brauchen, namentlich die Ausarbeitung von Manualen usw. Aus Sicht der SAMW sind jedoch für diese Aufgabe andere Institutionen bzw. Organisationen besser geeignet.

2. Ziele und Konsequenzen der Veröffentlichung von Qualitätsdaten

Mit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten sollen mehrere Ziele erreicht werden. Die Publikation von Daten über die Behandlungsqualität soll Transparenz schaffen. Bei Leistungserbringern mit mangelhafter Qualität sollen sie zu qualitätssteigernden Massnahmen führen und Leistungserbringer mit hoher Qualität sollen in ihrer guten Arbeit bestätigt werden [1, 2]. Mit der Veröffentlichung erhalten alle Anspruchsgruppen die notwendigen Informationen, um Leistungserbringer mit guter Qualität auswählen zu können und auf solche mit ungenügender Qualität hingewiesen zu werden. Damit soll der Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern gesteigert und sollen die Datengrundlagen geschaffen werden, um eine gute medizinische Behandlungsqualität entsprechend belohnen zu können.

Neben diesen beabsichtigten Konsequenzen der Veröffentlichung von Qualitätsdaten sind auch unerwünschte Konsequenzen zu beachten. Solche resultieren insbesondere aus der Veröffentlichung inkorrekt erbrachter Daten. Wenn die Erfassung der Daten über die Qualität mangelhaft ist und damit die publizierten Angaben möglicherweise falsch sind, so können Patienten, Leistungserbringer und die Kostenträger (Krankenversicherer und Kantone) zu falschen Schlussfolgerungen verleitet werden. Es besteht die Gefahr, dass Patienten getäuscht werden und sie deshalb Leistungserbringer mit schlechterer Qualität auswählen. Sind die publizierten Daten besser als die tatsächlich erbrachte Qualität, so werden notwendige qualitätsverbessernde Massnahmen unterlassen. Ist die erbrachte Qualität dagegen tatsächlich besser als die in den publizierten Daten wiedergegebene, kann dies dem guten Ruf des Leistungserbringers schaden, und potentiell werden Ressourcen in nicht notwendige Aktivitäten investiert. Wenn die Höhe der Bezahlung medizinischer Leistungen von der erbrachten Qualität abhängig gemacht wird («pay for performance») [3], besteht die Gefahr, dass die falschen Anbieter belohnt und die Finanzen unfair verteilt werden. In der Folge ändern die Leistungserbringer ihre Prioritäten und die Publikation «gut aussehender» Zahlen wird wichtiger als Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität [4].

Eine der möglichen Konsequenzen, die in anderen Ländern bereits beobachtet wurde, ist eine Risikoselektion. Das heisst, Spitäler könnten dazu übergehen, Patienten mit einem erhöhten Risiko entweder nicht aufzunehmen oder rasch an andere Kliniken weiterzuweisen, um die eigenen Qualitätsdaten auf möglichst hohem Niveau zu halten.

3. Verschiedene Formen medizinischer Behandlungsqualität

Medizinische Behandlungsqualität ist ein nicht einfach zu definierender Begriff. Darum sind die Quantifizierung und Bewertung der Qualität grosse Herausforderungen [5]. Donabedian [6] hat das Konzept der medizinischen Behandlungsqualität definiert als «Eigenschaft der Patientenversorgung, die in ihrer Ausprägung variieren kann». Unter diese Definition fallen selbstverständlich nicht nur die ärztlichen Tätigkeiten, sondern auch jene der Pflegefachpersonen sowie von Physio- und Ergotherapeuten und weiterer Gesundheitsfachleute. Ebenso beschränkt sich die Qualitätsmessung nicht nur auf den stationären Bereich, sondern umfasst auch den ambulanten Sektor.

Die medizinische Qualität kann in drei Dimensionen beschrieben werden. Erstens die *Strukturqualität* (z.B. Anzahl Pflegepersonen pro Patient, adäquate Wartung technischer Geräte), zweitens die *Prozessqualität* (z.B. Behandlung einer Krankheit nach dem derzeitigen Wissensstand) und drittens die *Outcomequalität* (z.B. Heilungsrate, ungeplante Rehospitalisationen, Patientenzufriedenheit, Mortalität). Diese drei Dimensionen sind nicht unabhängig voneinander zu betrachten. Um eine gute Prozessqualität bieten zu können, sind entsprechende Strukturen nötig, und die Outcomequalität wird in mehr oder minder starkem Ausmass von der Prozessqualität bestimmt. Quantifiziert wird die Qualität mit sogenannten *Qualitätsindikatoren*, und die «Güte» der Qualität wird durch einen Vergleich mit einer festgelegten Norm oder mit anderen Leistungserbringern beschrieben.

Die vorliegenden Empfehlungen beschäftigen sich vorwiegend mit der Prozess- und Outcomequalität. Die Strukturqualität ist eine wichtige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für eine gute Behandlungs- und Outcomequalität. Berichte über die Strukturqualität müssen ebenfalls relevant, korrekt und verständlich sein. Die Diskussion, in welcher Situation die Prozessqualität und in welcher die Outcomequalität gemessen werden soll, ist nicht abgeschlossen. Beide Methoden haben Vor- und Nachteile, und die Entscheidung für die eine oder andere Qualität ist kontextabhängig.

3.1. Strukturqualität

Die «Struktur» eines Leistungsanbieters wird mit Kennzahlen beschrieben und umfasst Personen, Mittel und Ressourcen, die der einzelne Leistungserbringer zur Verfügung hat, und beinhaltet Angaben über die Organisation der Institution. Eine adäquate «Struktur» ist die Voraussetzung für eine hohe Prozess- und Outcomequalität, für sich allein genommen ist sie aber kein Garant für eine gute Behandlungsqualität. Aussagen über die Strukturqualität sind allein aufgrund von Kennzahlen, zum Beispiel Anzahl Ärzte und Pflegefachpersonen, nicht möglich; für eine Beurteilung der Strukturqualität sind z.B. auch Angaben über den Ausbildungsstand von Ärzten, Pflegefachpersonen, Therapeuten und des weiteren medizinischen Personals nötig.

Vorteile der Strukturqualitätsmessung

Kennzahlen, wie zum Beispiel die Anzahl Pflegenden pro Patient oder Fallzahlen pro Krankheit, sind in der Regel relativ leicht zu erheben. Ebenfalls ist die Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern möglich.

Nachteile und Grenzen

der Strukturqualitätsmessung

Kennzahlen allein erlauben nur beschränkte Aussagen über die medizinische Behandlungsqualität (dies gilt im Übrigen für alle Dimensionen der Qualität). Eine genügend grosse Zahl von Ärzten, um ein Beispiel anzuführen, ist notwendig für eine adäquate Behandlung der Patienten. Die Anzahl allein erlaubt aber keine Aussagen zum Beispiel über erfolgreich durchgeführte Wiederbelebungsmaßnahmen. Dafür ist auch ein regelmässiges Training des medizinischen Personals erforderlich.

3.2. Prozessqualität (inklusive Indikationsqualität⁴)

Die primäre Aufgabe der medizinischen Behandlung besteht darin, das zu tun, was nach dem derzeitigen Wissensstand von den entsprechenden Experten als richtig angesehen wird. Mit der Prozessqualität wird erhoben, wie oft die von Experten als notwendig erachteten Massnahmen bei der Patientenbehandlung getroffen wurden. Zum Beispiel sollten alle Patienten nach einem orthopädischen Eingriff, sofern keine Kontraindikation besteht, eine Thromboseprophylaxe erhalten, und alle Patienten mit einem Myokardinfarkt sollten Aspirin erhalten. Damit werden das Auftreten einer postoperativen Thrombose und das Risiko eines weiteren Herzinfarkts verringert.

Vorteile der Prozessqualitätsmessung

Das Festlegen der Indikatoren ist einfach, und der *Patientenmix* spielt bei der Interpretation der Resultate keine grosse Rolle. Die Indikatoren, mit denen quantifiziert werden kann, ob gemacht wird, was dem heutigen Wissensstand entspricht, sind in der Regel einfach festzulegen. Wenn die Experten festgelegt haben, was die adäquaten Massnahmen sind, so können die Messgrössen zur Quantifizierung davon abgeleitet werden.

Was bedeutet der Begriff «Patientenmix»? Patienten in einem Spital oder bei einem praktizierenden Arzt mit einer bestimmten Krankheit sind hinsichtlich der Prognose kein homogenes Kollektiv. Ein Patientenkollektiv setzt sich praktisch immer aus Patienten mit unterschiedlichen Prognosen zusammen. In einem Spital werden Patienten mit einem kleinen und ungefährlichen Herzinfarkt und Patienten mit einem ausgedehnten, die Herzfunktion schwer beeinträchtigenden Infarkt behandelt. Patienten mit einem kleinen Infarkt haben, unabhängig von der Therapie, eine bessere Prognose als Patienten mit einem sehr ausgedehnten Infarkt. Das Phänomen, dass Patienten bezüglich der Prognose

unterschiedlich sind, wird *Patientenmix* genannt. In hochspezialisierten Spitälern werden in der Regel Patienten mit einer schlechteren Prognose betreut als in Allgemeinspitälern.

Beispiel: Patienten sollen, unabhängig vom Schweregrad des Herzinfarktes und eventuell anderen Begleiterkrankungen, Aspirin erhalten. Wenn bei einigen Patienten kein Aspirin verschrieben werden kann oder soll, aus welchen Gründen auch immer, so können diese Patienten separat erfasst und dokumentiert werden.

Die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive – der *Patientenmix* – hat in der Regel keinen grossen Einfluss auf die Ergebnisse der Prozessqualität, und damit ist ein Vergleich mit anderen Leistungserbringern oder einem festgelegten Referenzwert (Benchmark) einfacher, als dies bei den Resultaten der Outcomequalität der Fall ist.

Nachteile und Grenzen der Prozessqualitätsmessungen

Es wird nur ein Teil der gesamten Qualität erfasst und andere klinische Entscheidungen, die zu einer adäquaten Behandlung gehören, werden damit nicht erfasst. Wenn für ein Krankheitsbild nur ein oder zwei Aspekte erfasst werden, besteht die Tendenz, dass Ärzte und andere Medizinalberufe bei der Behandlung vor allem auf diese Punkte («care to the test») achten [7] und möglicherweise andere Aspekte vernachlässigen.

Patienten sind nicht primär an Angaben über die Prozessqualität interessiert. Sie setzen voraus, dass gemacht wird, was gemacht werden sollte. Aus Patientenperspektive ist das Ergebnis der gesamten Betreuung wichtig. Dies kann mit Indikatoren, die das Ergebnis (Outcome) widerspiegeln, quantifiziert werden.

3.3. Outcomequalität

Das Ziel der medizinischen Behandlung ist es, den Gesundheitszustand der Patienten zu verbessern, also die Lebensqualität zu steigern und die Morbidität und/oder Mortalität zu minimieren. Lebensqualität, Morbiditäts- und Mortalitätsraten sind Beispiele für Indikatoren, mit denen die Ergebnis- oder Outcomequalität gemessen wird. Der Outcome bei einem einzelnen Patienten und im Patientenkollektiv ist von verschiedenen Faktoren abhängig: einerseits von der medizinischen Behandlung, also von der Prozessqualität, andererseits vom *Patientenmix* und weiteren, nicht näher beschreibbaren und damit nicht messbaren Zufallsfaktoren [8]. Dies bedeutet, dass der Outcome von Faktoren abhängig ist, die nicht exakt erfasst werden können.

Vorteile der Outcomequalitätsmessungen

Mit der Outcomequalität wird das gemessen, was für die Patienten in aller Regel höchste Priorität hat. Der Patient erwartet, dass er mit grösstmöglicher Wahrscheinlichkeit geheilt wird oder zumindest seine Beschwerden gelindert werden. Für den Patienten ist in erster Linie das Resultat der Behandlung relevant und weniger die Art und Weise, wie die Behandlung durchgeführt wurde. Neben dem medizinischen Resultat ist die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung ein relevanter Parameter, der für die Beurteilung eines Leistungserbringers herangezogen wird.

Nachteile und Grenzen der Outcomequalitätsmessungen

Die Interpretation der Outcomequalität ist schwierig, so wünschenswert die Messung dieser Parameter auch ist. Bedingt ist diese Schwierigkeit der Interpretation durch den «Patientenmix», der die Ergebnisse der Outcomemessungen beeinflusst.

Beispiel: Ein Kollektiv von Patienten mit einem kleinen und unkomplizierten Herzinfarkt hat, gemessen an der Überlebensrate, eine bessere Prognose als ein Kollektiv von Patienten mit ausgedehntem Infarkt und lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen. Beide Kollektive werden nach allen Regeln der medizinischen Kunst behandelt und betreut, und trotzdem kann der Outcome in den beiden Kollektiven unterschiedlich sein.

Damit die Outcomequalität zwischen unterschiedlichen Leistungsanbietern, zum Beispiel verschiedenen Spitälern, verglichen werden kann, wird versucht, mit statistischen Methoden die Unterschiede im Patientenmix auszugleichen. Da sehr oft die für die Prognose der Patienten entscheidenden Faktoren nicht bekannt sind, kann dafür statistisch nicht korrigiert werden. Derzeit gibt es keine absolut sicheren und robusten Methoden, mit denen dieses fundamentale Problem gelöst werden könnte [8]. Damit müssen Vergleiche der Ergebnisse zwischen verschiedenen Spitälern mit grosser Vorsicht interpretiert werden. Eine weitere Beschränkung der Outcomemessung und der Vergleichbarkeit zwischen einzelnen Leistungserbringern ist die Folge kleiner Fallzahlen. Damit entweder zwischen verschiedenen Spitälern, unter der Annahme, dass das Problem des Patientenmix zufriedenstellend gelöst ist, oder innerhalb eines Spitals eine Verbesserung oder Verschlechterung der Outcomequalität mit grosser Wahrscheinlichkeit feststellbar ist, müssen die Patientenzahlen relativ hoch sein. Die Patientenzahlen sind für den Vergleich vieler Outcomes in den meisten Schweizer Spitälern zu klein, und ein

aussagekräftiger Vergleich ist nur mit grossen Vorbehalten möglich.

4. Ethische Aspekte

Die Daten zur medizinischen Behandlungsqualität sollten so erhoben, analysiert und kommuniziert werden, dass niemand ungerechtfertigten Schaden erleidet. Bei der Erhebung und Publikation von Qualitätsdaten sind aus ethischer Perspektive zwei Aspekte von besonderer Wichtigkeit: Erstens sollten die publizierten Daten und die Interpretation der Daten korrekt sein. Eine Publikation inkorrekt oder eine irreführende Interpretation sind ethisch nicht vertretbar [9]. Zweitens bedürfen nach Angaben der «Expertenkommission für das Berufsgeheimnis in der medizinischen Forschung» Projekte der Qualitätssicherung der Zustimmung durch eine Ethikkommission. In ihrem Bericht hält die Expertenkommission explizit fest, dass «klinikerinterne Studien zur Qualitätskontrolle als betriebsinterne Forschung» gelten und damit genehmigungspflichtig sind⁵. Diese Aussage wird kontrovers diskutiert und in den einzelnen Kantonen unterschiedlich interpretiert. Empfehlenswert ist es, vor der Durchführung von Qualitätsmessungen die entsprechenden kantonalen Verantwortlichen zu kontaktieren.

Ein weiterer brisanter Punkt, der im Zusammenhang mit der Publikation von Qualitätsdaten diskutiert und in Zukunft möglicherweise an Bedeutung zunehmen wird, ist die Aufklärungspflicht der Patienten durch den behandelnden Arzt [10]. Wenn die Daten über die Qualität verschiedener Spitäler publiziert werden und zum Beispiel die Daten für die Behandlung eines Schlaganfalles in verschiedenen Spitälern unterschiedlich sind, stellt sich die Frage, ob es zu den Pflichten des zuweisenden Arztes gehört, die Patienten darüber aufzuklären – ein weiteres Argument dafür, dass die publizierten Qualitätsdaten korrekt sein müssen.

Eine der Konsequenzen der Veröffentlichung von Qualitätsdaten könnte, wie weiter oben beschrieben, eine gezielte Selektion von Patienten sein. Wird eine Risikoselektion betrieben, dann besteht die Gefahr, dass «unattraktive» Patienten zwischen den Spitälern hin- und hergeschoben werden und eventuell keine adäquate Behandlung erhalten.

5. Juristische Aspekte

5.1. Krankenversicherungsgesetz⁶

Die Sicherung der medizinischen Behandlungsqualität ist im KVG (Art. 58) und KVV (Art. 77) seit 1996 gesetzlich verankert⁷. Da-

rin 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 Durchführung und deren Finanzierung sollen in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart werden. Seit dem 1. Januar 2009 ist zudem ein neuer Art. 22a KVG in Kraft, der die Leistungserbringer «verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen»⁸. Gemäss Buchstabe f umfasst dies explizit auch «f. medizinische Qualitätsindikatoren.» Die vom BfS erhobenen Daten werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) veröffentlicht⁹.

Auch amtliche Publikationen von Qualitätsdaten im Gesundheitswesen müssen die lauterkeitsrechtlichen Regeln einhalten (siehe 5.2.). Voraussichtlich werden sich allerdings Dritte (wie Spitäler, Ärzte) bei ihrer Informations-/Werbetätigkeit auf ihren guten Glauben an die Richtigkeit der amtlichen Publikation berufen können¹⁰ (wenigstens solange nicht eine nachfolgende wissenschaftliche Diskussion zum Schluss führt, dass die amtliche Publikation falsch oder mindestens umstritten ist, und der Dritte diese Diskussion bei gebührender Sorgfalt hätte kennen müssen).

5.2. Lauterkeitsanforderungen bei der Veröffentlichung von Qualitätsdaten und ihrer Verwendung durch Dritte¹¹

Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) kommt nicht nur zur Anwendung zwischen zwei Konkurrenten, sondern auch im Falle von wettbewerbsrelevanten Äusserungen Dritter, z. B. in Medienberichten oder wissenschaftlichen Untersuchungen. Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten im Gesundheitswesen hat deshalb in Übereinstimmung mit den lauterkeitsrechtlichen Regelungen zu erfolgen.

Gemäss der Generalklausel von Art. 2 UWG ist «jedes täuschende oder in anderer Weise gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstossende Verhalten» unlauter. Spezifisch ist zudem Art. 3 lit. a UWG zu beachten, der die Herabsetzung durch «unrichtige, irreführende oder unnötig verletzende Äusserungen» als unlauter bezeichnet. Die Rechtsprechung hat diese Bestimmung schon vielfach im Kontext von vergleichenden Warentests, vergleichenden Dienstleistungs-

angebotsanalysen und Finanzanalysen zur Anwendung gebracht.

Unlauter ist jedenfalls die Veröffentlichung von «unrichtigen» Qualitätsdaten. Bei der Datenerhebung ist deshalb grosse Sorgfalt anzuwenden, etwa bei der Definition der Indikatoren, bei den Auswahlkriterien, bei der ausreichenden Zahl an Beurteilungsträgern, bei der Validität und Reliabilität der Messungsinstrumente, bei der Kontrolle der Datenqualität und bei der Plausibilisierung von Resultaten. Werden im Bearbeitungsprozess z. B. Unsicherheiten festgestellt, darf nicht einfach darüber hinweggegangen werden, sondern es sind etwaige Fehlerquellen besonders zu eruieren. Die in diesem Bericht der SAMW vorgenommene Beschreibung der Datenerhebung genügt den beschriebenen lauterkeitsrechtlichen Grundsätzen; sicherzustellen ist indes, dass beim praktischen Vorgehen die entsprechenden Richtlinien auch vollumfänglich eingehalten werden.

Der rechtlich schwierigste Bereich betrifft die Irreführung durch Beispiele. Die Rechtsprechung hat schon mehrfach festgehalten, dass auch wahre Angaben über ein Produkt oder eine Dienstleistung namentlich dann irreführend sein können, wenn sie beim Adressaten einen falschen Eindruck erwecken, etwa dadurch, dass spezifische Merkmale entgegen der Realität eine zu positive oder eine zu negative Eigenschaft erwarten lassen. Bei vergleichenden Darstellungen ist insbesondere darauf zu achten, dass Hinweise auf gleichartige Dienstleistungen derselben Kategorie oder auf sämtliche Wettbewerber mit denselben Eigenschaften bezogen sind.

Die Rechtsprechung legt einen relativ hohen Massstab an die Sorgfaltspflicht bei der Einhaltung der lauterkeitsrechtlichen Prinzipien. So wird etwa verlangt, dass ein Sachverhalt genau beschrieben wird, soweit er objektiv feststellbar ist; handelt es sich um einen zweifelhaften Tatbestand, muss die Darstellung nach Möglichkeit so gestaltet sein, dass der Informationsadressat hinlängliche Anhaltspunkte hat, um sich in ausreichender Kenntnis der Sachlage eine eigene Meinung bilden zu können. Zur Pflicht, gründliche Abklärungen vorzunehmen, gehört auch die Anforderung, nach Möglichkeit die von Dritten übernommenen Tatsachen zu plausibilisieren, in ausgewogener Weise gegenseitige Auffassungen anzuhören und wiederzugeben sowie ohne vorgefasste Meinung an die Erhebung und Analyse von Qualitätsdaten heranzugehen.

Vollständige Rechtssicherheit kann im Bereich der möglichen Irreführung durch nicht

ganz transparente Informationsvermittlung nie bestehen. Der beste Massstab ist aber regelmässig der gesunde Menschenverstand, welchen der Verfasser einer Erhebung und Analyse von Qualitätsdaten anzulegen hat, und zwar mit Blick auf die Einschätzung, wie der Verfasser selber die geäusserten Auffassungen verstehen durfte und musste.

Das Kriterium der «unnötig verletzenden Äusserungen» dürfte im Kontext von wissenschaftlichen Untersuchungen wohl kaum relevant sein.

Schliesslich ist noch darauf hinzuweisen, dass Personendaten grundsätzlich zu anonymisieren sind; sofern dies nicht geschieht, besteht das Risiko eines Verstosses gegen das Datenschutzgesetz.

5.3. Ärztliches Werberecht im Medizinalberufegesetz (MedBG) und in der FMH-Standesordnung⁶

Das Medizinalberufegesetz (MedBG) hält in Artikel 40 unter den Berufspflichten fest: «Personen, die einen universitären Medizinalberuf selbstständig ausüben, halten sich an folgende Berufspflichten: [...] d. Sie machen nur Werbung, die objektiv ist, dem öffentlichen Bedürfnis entspricht und weder irreführend noch aufdringlich ist.»

Formal gilt diese Vorschrift nur für Ärzte, die dem MedBG unterstehen, und nicht für Spitäler. Die Gerichtspraxis wird zeigen, ob diese Bestimmung auch eine – indirekte – Wirkung auf die Werbung von Spitälern und anderen Institutionen haben wird, in denen Ärzte und Ärztinnen arbeiten.

Die FMH-Standesordnung und ihr Anhang 2 (Richtlinien Information und Werbung) übernehmen im wesentlichen das Konzept des UWG, wie es im allgemeinen Teil oben erläutert wurde. Wichtig sind zwei ergänzende Hinweise:

- a. Die FMH-Standesordnung gilt formell nur für die FMH-Mitglieder. Das bedeutet insbesondere, dass sie nicht direkt auf Spitäler anwendbar ist, die ja nicht FMH-Mitglieder sind. Hingegen muss sich jedes FMH-Mitglied gemäss Art. 20 Abs. 3 der Standesordnung dafür einsetzen, «dass nicht ein Dritter zu ihrem direkten oder indirekten Vorteil unzulässige Werbung betreibt», also Werbung betreibt, die dem Mitglied selbst verboten wäre (eine analoge Pflicht wurde in Art. 40 MedBG nicht verankert).
- b. Im Unterschied zum UWG verbietet die FMH-Standesordnung die Werbung mit dankbaren Patienten. Der Arzt soll nicht das Machtgefälle zwischen ihm und dem

Patienten ausnützen, um positive Patientenrückmeldungen zu erhalten, die er in der Werbung verwerten könnte.

II. Empfehlungen

Generell ist die Veröffentlichung von Qualitätsdaten zu begrüssen und zu unterstützen. Die Öffentlichkeit hat das Recht, über die Qualität der medizinischen Leistungen informiert zu werden. Allerdings sind neben den erwünschten Konsequenzen – eine verbesserte Transparenz und bessere Wahlmöglichkeit für die Patienten – auch die unerwünschten Folgen, nämlich Fehlinformationen und damit Fehlentscheide durch mangelhaft erhobene und/oder inkorrekt analysierte Daten, in Betracht zu ziehen. Gerade weil die Messung bzw. Erfassung der medizinischen Behandlungsqualität aufwändig, methodisch nicht einfach und fehleranfällig ist, hat sie umso sorgfältiger zu erfolgen; sie sollte auch nicht einem Wettbewerb um die rascheste oder schlagzeilenträchtigste Publikation ausgesetzt sein.

Das primäre Ziel der Qualitätsmessung ist eine Diskussion unter den Leistungserbringern und ein gegenseitiges Lernen, wie die Qualität verbessert werden kann. Dafür braucht es aber Strukturen und Anreize, welche diese Prozesse ermöglichen und unterstützen. Diesbezüglich stellt die Parlamentarische Initiative (07.486) zum Thema «Nationale Organisation für Qualität und Patientensicherheit» aus Sicht der SAMW die richtigen Forderungen auf: «Es sind die rechtlichen Grundvoraussetzungen für eine nationale Organisation für Qualität und Patientensicherheit zu schaffen mit dem Ziel, wissenschaftlich validierte Instrumente und Konzeptionen zur Sicherstellung einer nationalen Qualitätspolitik im Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, Koordination und Evaluation von Konzeptionen zu ermöglichen und fundierte Grundlagen für die Transparenz der Ergebnisqualität und Patientensicherheit zu erarbeiten.»

Die Arbeitsgruppe skizziert nachfolgend, welche Voraussetzungen aus ihrer Sicht erfüllt sein müssen, damit Qualitätsdaten veröffentlicht werden können; sie definiert ausserdem Kriterien, deren Einhaltung Gewähr bieten, dass die erhobenen Qualitätsdaten relevant, korrekt und verständlich sind.

In einer «Checkliste» sind diese Kriterien zusammengefasst. Die Arbeitsgruppe empfiehlt, dass jeder veröffentlichte Qualitätsbericht die ausgefüllte Checkliste enthält. Es wird Aufgabe der zuständigen Behörden sein, mittelfristig von jedem Leistungserbringer den Abdruck dieser (oder einer ähnlichen) Check-

liste bzw. die Einhaltung der darin enthaltenen Kriterien einzufordern.

Die Medien sind angehalten, bei der Berichterstattung anzugeben, ob die zitierten Qualitätsberichte die Checkliste verwenden und in welchem Mass sie diese erfüllen.

1. Voraussetzungen zur Veröffentlichung

Die Daten müssen sorgfältig erfasst werden und die veröffentlichten Ergebnisse die tatsächliche Behandlungsqualität, zumindest relevante Teile davon, repräsentieren. Sollten sich die Angaben als inkorrekt oder fehlerhaft herausstellen, leidet das Vertrauen der Bevölkerung ins Gesundheitssystem.

Um die Möglichkeit der Publikation inkorrekturer Daten möglichst gering zu halten, sind bei der Erfassung der Daten verschiedene Kriterien zu beachten. Es gibt kein plausibles Argument, bei der Quantifizierung der medizinischen Behandlungsqualität grundsätzlich andere Massstäbe anzusetzen als bei der Untersuchung der Wirksamkeit eines Medikamentes [11]. Inkorrekte Daten können in beiden Situationen, bei der Messung der Behandlungsqualität und der Überprüfung der Wirksamkeit von Medikamenten, Nachteile für die Patienten haben und sind damit ethisch nicht vertretbar. Die Forschung über die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen hat eine lange Tradition und in den vergangenen Jahrzehnten wurden klare Kriterien entwickelt, die erfüllt sein müssen, damit den Ergebnissen dieser Forschung vertraut werden kann. Die methodischen Grundlagen in dem noch relativ jungen Forschungsgebiet der Qualitätsmessung sind noch nicht so klar definiert wie in der klinischen Forschung. Einige Konzepte und Prinzipien der klinischen Forschung können übernommen und müssen nicht neu entwickelt werden.

Da die Veröffentlichung von Qualitätsdaten erwünschte und nicht erwünschte Konsequenzen hat und eventuell die Finanzierung der Leistungserbringer von der erbrachten Behandlungsqualität abhängig gemacht wird, müssen die publizierten Zahlen drei generelle Kriterien erfüllen. Sie müssen *relevant*, *korrekt* und für den Leser *verständlich* sein.

2. Kriterien für die Beurteilung veröffentlichter Qualitätsdaten

Nachfolgend werden Kriterien, mit denen die *Relevanz*, die *Korrektheit* und die *Verständlichkeit* veröffentlichter Qualitätsdaten beurteilt werden können, vorgeschlagen. Ein Bericht erfüllt im Idealfall alle Kriterien, aber nicht alle veröffentlichten Qualitätsdaten werden, unter anderem aus Kostengründen, sämtliche Kriterien erfüllen. Angaben darüber, welche

Kriterien erfüllt werden und welche nicht, schaffen Klarheit und Vertrauen und sollen dem Leser eine Bewertung der veröffentlichten Daten ermöglichen [11, 12].

2.1. Relevanz

A. Repräsentieren die gewählten Indikatoren die medizinische Behandlungsqualität?

Von den veröffentlichten Daten und Qualitätsberichten (Q-Berichten) wird erwartet, dass sie die medizinische Behandlungsqualität, zumindest einige Aspekte davon, repräsentieren. Daher sollte in der Einleitung eines Q-Berichtes der konzeptionelle Rahmen der Qualitätsmessung beschrieben und plausibel begründet werden, warum und inwieweit die gemessenen Indikatoren die Qualität der medizinischen Behandlung repräsentieren.

Beispiel¹²: Myokardinfarkte sind häufig und ein relevantes klinisches Problem. Durch die Einnahme verschiedener Medikamente kann das Risiko für einen weiteren Herzinfarkt reduziert werden. Eines dieser Medikamente ist Aspirin. Aufgrund der Resultate von Umfragen und stichprobenartigen Überprüfungen wird vermutet, dass nicht alle Patienten dieses Medikament erhalten und zwischen einzelnen Spitälern grosse Unterschiede bestehen. Damit liegt möglicherweise eine Unterversorgung von Patienten vor. Aus diesem Grund wird die Häufigkeit der Verschreibung von Aspirin bei allen Patienten mit einem Herzinfarkt in den Spitälern der Schweiz erhoben.

B. Betrifft der jeweilige Indikator die Struktur, einen Prozess oder ein Behandlungsergebnis?

Der Indikator ist ein Parameter zur Quantifizierung der medizinischen Qualität. Im Bericht sollte beschrieben werden, ob es sich dabei um einen Prozess- oder Outcomeparameter handelt. Ein Prozessindikator wird unter der Annahme ausgewählt, dass eine hohe Prozessqualität auch zu einer Verbesserung des Outcomes bei den Patienten führt (siehe Beispiel unten). Diese Annahme sollte mit Angaben aus der Literatur untermauert werden. Angaben zu den potentiellen Beschränkungen der Indikatoren und damit den Ergebnissen der Qualitätsmessung sind wünschenswert und erleichtern die Verständlichkeit der Resultate.

Beispiel: Die Messung der Verschreibungshäufigkeit von Aspirin bei Patienten mit einem Herzinfarkt ist ein Prozessindikator. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass die regelmässige Einnahme von Aspirin das Risiko für einen weiteren Infarkt reduziert. Der Vorteil dieses Parameters ist die relativ einfache Erfassbarkeit. Von Nachteil ist, dass nur ein Aspekt der Behandlung erfasst wird und nicht der ganze Behandlungsablauf. Das kann dazu führen, dass das Haupt-

augenmerk auf die Verschreibung von Aspirin gelegt wird, und eventuell der Verschreibung anderer, ebenfalls wirksamer Medikamente weniger Beachtung geschenkt wird.

C. Ist angegeben, von wem die Indikatoren ausgewählt wurden?

Indikatoren können von einer einzelnen Person, einer Klinik, einer Fachgesellschaft, Patientenvertretern, einer politischen Behörde, Krankenversicherern oder einem interdisziplinären Team unter Einbezug aller Interessenvertreter ausgewählt werden. Die Auswahl durch ein multidisziplinäres Gremium ist wünschenswert und steigert die Akzeptanz der Qualitätsmessungen.

Beispiele: Die Spitalmortalität bei allen Patienten mit einem Myokardinfarkt als Indikator für die Qualität wurde vom Bundesamt für Gesundheit festgelegt. Die «Häufigkeit der Beantwortung von Patientenreklamationen» als Qualitätsindikator wurde von H+ gemeinsam mit Vertretern der Patientenorganisationen ausgewählt.

2.2. Korrektheit

A. Sind die Indikatoren präzise definiert?

Die Indikatoren sollten genau und unmissverständlich beschrieben werden, um bei der Erhebung der Daten inkorrekte Klassifikationen zu verhindern und dem Leser des Qualitätsberichtes klar zu machen, was genau gemessen wurde. Von besonderer Wichtigkeit ist die genaue Definition des Indikators, wenn verschiedene Leistungserbringer miteinander verglichen werden.

Ebenso wichtig ist auch, klar festzulegen, zu welchem Zeitpunkt die Information über Indikatoren erhoben werden. Die Frage ist, wie zum Beispiel ein Todesfall gewertet wird, der nicht im erstbehandelnden Spital, sondern nach Verlegung in ein anderes Spital oder eine Pflegestation eintritt.

Beispiel 1: Eine postoperative Wundinfektion (Indikator) kann definiert werden als Rötung der Wundränder mit eitrigem Wundsekret und Schmerzen im Bereich der Wunde. Eine andere Definition lautet: Eine postoperative Wundinfektion liegt vor, wenn mittels Computertomographie ein Abszess im Wundgebiet nachgewiesen wurde. Je nachdem, welche Definition eines Wundinfektes man wählt, sind unterschiedliche Ergebnisse zu erwarten.

Beispiel 2: Bei Patienten nach einem Schlaganfall wird die Sterberate 30 Tage nach Schlaganfall erhoben. Der Outcome wurde bei allen Patienten des Spitals A 30 Tage nach dem Ereignis erhoben und als Todesfall im Spital A gewertet.

B. Ist die Gesamtheit der Patienten, bei welcher der Q-Indikator gemessen wird, klar beschrieben?

Bei einigen Qualitätsprojekten werden die Daten von allen Patienten eines Spitals oder einer Klinik erfasst, bei anderen nur bei einem Teil der Patienten. Wenn die Daten nur bei einem Teil der Patienten erfasst werden, sollte detailliert angegeben werden, wie diese Auswahl stattfand. Wenn die Auswahlkriterien unklar sind, können die Resultate nicht oder nur unter grossen Vorbehalten interpretiert werden.

Beispiel: Bei allen Patienten mit einem nachgewiesenen Myokardinfarkt wurde beim Austritt erfasst, ob ihnen Aspirin verschrieben wurde. Wenn aus einem Gesamtkollektiv von 334 Patienten bei 100 nach dem Zufallsprinzip ausgewählten die Informationen erfasst wurden, erlauben die Resultate Rückschlüsse auf das gesamte Kollektiv. Wenn allerdings in einem Bericht steht, dass bei 100 von 334 Patienten diese Informationen erfasst wurden und nicht explizit angegeben wird, wie diese Auswahl zustande kam, ist das Resultat nicht interpretierbar.

C. Gibt es konkrete Angaben über die Anzahl der Patienten, bei denen der Indikator erhoben wurde?

In den Berichten sollte angegeben werden, bei wie vielen Patienten der Indikator erhoben wurde. Die Grösse der Patientenzahl ist von besonderer Bedeutung, wenn die Qualität zwischen verschiedenen Spitälern verglichen wird. Zu kleine Fallzahlen verunmöglichen einen interpretierbaren Vergleich zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Die Differenzierung, ob Schwankungen in den resultierenden Ergebnissen, zum Beispiel den Mortalitätsraten, tatsächlich einen Unterschied in der Qualität widerspiegeln oder zufällig sind, ist bei kleinen Fallzahlen nicht möglich. Mit statistischen Methoden kann berechnet werden, wie viele Patienten untersucht werden müssen, damit eine klare Aussage gemacht werden kann.

Beispiel: Die durchschnittliche Mortalitätsrate nach Hüftersatzoperation in den USA liegt bei 0,3%. Um eine Verdoppelung der Mortalität verlässlich nachweisen zu können, müssten die Resultate von annähernd 2700 Operationen vorliegen. Wenn man kleinere Veränderungen der Mortalitätsrate als tatsächliche Verschlechterung oder Verbesserung der Qualität interpretieren will, dann bedarf es noch viel grösserer Zahlen. Um bei koronaren Bypassoperationen eine Verdoppelung der Mortalität nachweisen zu können, sind die Ergebnisse von gut 200 Operationen notwendig [13]. Die meisten Spitäler erreichen die für einen interpretierbaren Vergleich der Mortalitätsrate notwendigen Zahlen für viele operative Eingriffe nicht.

D. Gibt es, wenn es sich um eine Befragung handelt, Angaben über die Rücklaufquote?

Es ist möglich, dass ein Teil der Patienten keine Auskunft geben will oder kann. Umfragen, bei denen nur ein kleiner Teil der Befragten mitmacht, ergeben unsichere Resultate. Klare, allgemein gültige Angaben darüber, wie viele Patienten an der Befragung mitmachen müssen, damit die Resultate repräsentativ sind, können nicht gemacht werden. Wünschenswert ist eine möglichst hohe Beteiligungsrate.

Auch in anderen Situationen kann es vorkommen, dass nicht alle Patienten erfasst werden; dann ist die Angabe der Beteiligungsrate ebenfalls wichtig. Nur so kann ein sogenannter «Selection Bias» vermieden werden.

Beispiel: Wenn die Patientenzufriedenheit mit einem Fragebogen erfasst wird, und nur 20% aller Patienten den Fragebogen ausfüllen, dann sind die Resultate schwierig zu interpretieren. Man weiss nicht, ob die eher unzufriedenen oder die eher zufriedenen Patienten den Fragebogen ausgefüllt haben.

E. Sind Instrumente zur Messung der Indikatoren gültig (valide¹³) und verlässlich (reliabel)¹⁴?

Die Erhebung der Daten, ob einem Patienten mit einem Herzinfarkt bei Spitalaustritt Aspirin verschrieben wird oder nicht, ist im Prinzip einfach. Nicht so einfach ist hingegen die Quantifizierung der Patientenzufriedenheit. Zur Erfassung der Zufriedenheit werden speziell zu diesem Zweck entwickelte Fragebogen verwendet. Prinzipiell sollten nur validierte und verlässliche Fragebogen verwendet und die in der Literatur dazu publizierten Angaben zitiert werden. Falls kein bereits erprobter Fragebogen verwendet wird, sollte dies plausibel begründet werden.

Beispiel: Für die Erfassung der Patientenzufriedenheit wurde der PICKER-Fragebogen verwendet. Angaben über die Validität und Reliabilität finden sich unter <http://www.picker-europe.de/index.php?publikationen>.

F. Sind Angaben zum Personal, das die Daten erhoben hat, im Bericht erwähnt?

Für die Erfassung einzelner Indikatoren ist medizinische Kompetenz notwendig, für andere Indikatoren ist dies keine Voraussetzung.

Beispiel: Postoperativer Wundinfekt. Die Beurteilung, ob eine Wundinfektion vorhanden ist oder nicht, setzt medizinische Kenntnisse voraus und muss von dementsprechend qualifiziertem Personal durchgeführt werden.

G. Wurde die Datenquelle beschrieben?

Die Daten für Qualitätsberichte können aus unterschiedlichen Quellen stammen: klinik-

internen Datenbanken, schriftlichen Krankenakten, Befragungen der Patienten usw.

Beispiel: Die Daten über die Verschreibungshäufigkeit von Aspirin bei Patienten mit Herzinfarkt wurden durch eine Befragung aller Patienten bei Spitalaustritt erhoben.

H. Ist die Dauer der Messung bzw. der Zeitintervalle angegeben?

Messungen werden, je nach Qualitätsindikator, über unterschiedlich lange Zeiträume erhoben. Das kann von einem Tag bis zu einem Jahr oder noch länger dauern.

Beispiel: bei allen Patienten mit einem Herzinfarkt, die vom 1. August bis 31. Oktober 2008 hospitalisiert waren.

I. Wurden die für eine eventuell notwendige Korrektur für den Patientenmix erforderlichen Daten erhoben?

Wenn Outcomeparameter zwischen verschiedenen Kliniken oder Spitälern verglichen werden, müssen die Resultate für den Patientenmix, zumindest für die bekannten und erheblichen Faktoren, korrigiert werden. Im Bericht sollte detailliert angegeben werden, welche Daten (Schweregrad der Erkrankung, Dauer der Erkrankung, andere Erkrankungen usw.) dazu notwendig sind und es sollten auch die entsprechenden Literaturzitate, welche die Relevanz und Richtigkeit der Auswahl der zusätzlich erhobenen Daten belegen, angegeben werden. Wenn die Prozessqualität gemessen wird, ist eine Adjustierung in der Regel nicht nötig.

Beispiel: Zwischen verschiedenen Spitälern der Schweiz wurde die Häufigkeit von Patienten mit im Spital aufgetretenem Dekubitus untersucht. Für die Adjustierung wurden die Scores von Braden und Norton verwendet.

J. Wurde die Qualität der erhobenen Daten kontrolliert?

Das betrifft die Vollständigkeit und Korrektheit der Daten. Wie wurde kontrolliert, ob die Daten aller Patienten korrekt erfasst wurden?

Beispiel: Aspirin bei Patienten mit Herzinfarkt: Alle Patienten mit Herzinfarkt wurden im klinikinternen Dokumentationssystem identifiziert, und im jeweiligen Arztbericht nachgesehen, ob dem Patienten Aspirin verschrieben wurde. Stichprobenartig wurde von einer klinikexternen Person überprüft, ob die Daten korrekt erhoben und korrekt in die Datenbank eingegeben wurden.

K. Ist angegeben, wie mit fehlenden Daten umgegangen wurde?

Für die Interpretation der Ergebnisse ist es wichtig zu wissen, bei wie vielen Patienten

die Daten unvollständig oder gar nicht erhoben werden konnten. Wenn bei vielen Patienten die Daten nicht zu erheben waren, dann sind die Resultate mit Vorsicht zu interpretieren. Damit Fehlinterpretationen verhindert werden, sollten Angaben über die Vollständigkeit der Daten angegeben werden.

Beispiel: Bei 15% der Patienten mit einem Herzinfarkt konnte nicht eruiert werden, ob ihnen bei Austritt aus dem Spital Aspirin verschrieben wurde oder nicht. Je grösser der Anteil fehlender Daten ist, umso schwieriger wird die Interpretation der Ergebnisse. Es kann kein Grenzwert angegeben werden, ab welchem Wert die Resultate nicht mehr interpretierbar sind.

L. Ist die Darstellung der Resultate adäquat und verständlich?

Die Ergebnisse werden meist in Häufigkeiten oder Prozentzahlen angegeben. Für medizinische Laien unverständliche Begriffe, wie zum Beispiel Odds ratio, sollten vermieden werden.

Beispiele: 85% aller Patienten mit Herzinfarkt erhielten bei Spitalaustritt ein Rezept für Aspirin, oder: Die 30-Tages-Mortalität bei Patienten mit einem Herzinfarkt lag im Jahre 2007 bei 6% (12 von 200 Patienten).

M. Ist die Durchführung des Vergleichs mit anderen Leistungserbringern detailliert beschrieben?

Ein Ziel der Qualitätsmessung besteht darin, die Qualität verschiedener Leistungserbringer vergleichen zu können. Zusätzlich zum Indikator müssen deshalb noch andere Daten erhoben werden (siehe Punkt I). Mit diesen Daten wird mit statistischen Methoden für den Patientenmix korrigiert. Wenn keine Adjustierung gemacht wird, sollte dies plausibel begründet und bei der Interpretation explizit auf die potentiellen Limitationen der Ergebnisse hingewiesen werden.

Wird die Prozessqualität gemessen, so sind die Vergleiche zwischen einzelnen Anbietern leichter möglich. Es können die Ergebnisse verschiedener Spitäler verglichen werden, es kann aber auch ein Vergleich mit einem definierten Zielwert oder mit in der Literatur publizierten Daten durchgeführt werden.

Beispiel 1: Für den Patientenmix wurde beim Vergleich der Sterberate nach einem Schlaganfall zwischen Spitälern der Schweiz und Deutschland wegen fehlender Daten nicht korrigiert. Daher sind die Resultate mit grösster Vorsicht zu interpretieren. Die nachgewiesenen Unterschiede können nicht einfach mit einer besseren oder schlechteren Behandlungsqualität erklärt werden, sondern könnten durch Unterschiede in den Patientenkollektiven (Alter, Schweregrad, andere Erkrankungen) verursacht sein.

Beispiel 2: Das vom Kanton X vorgegebene Ziel, dass mehr als 80% aller Patienten mit einem Herzinfarkt bei Spitalaustritt Aspirin verschrieben werden sollte, wurde von den Spitälern A, B und C erreicht, von den Spitälern E, D und F dagegen nicht.

N. Allgemeine Punkte

Zur Verbesserung der Transparenz sollten auch Angaben zu den folgenden Fragen gemacht werden:

a. Wer garantiert für die Korrektheit der Daten und Interpretationen?

In dem Bericht sollte explizit angegeben werden, wer für die Korrektheit der Daten garantiert. Wie bei den Publikationen klinischer Studien sollte die Person, welche die statistischen Analysen macht, mit Namen aufgeführt sein und für die Korrektheit der Analysen garantieren.

Beispiel: Für die Korrektheit der Daten garantiert der Spitaldirektor des Spitals X.

b. Angaben über Finanzierung der Datenerhebung

Die Datenerhebung wird in den meisten Fällen von der Trägerschaft des jeweiligen Spitals oder von einem Ärztenetzwerk finanziert.

Beispiel: Die Datenerhebung wurde vom Spital X finanziert.

c. Liegt, wenn notwendig, die Zustimmung der Ethikkommission vor?

Die Ansichten darüber, ob die Zustimmung einer Ethikkommission eingeholt werden muss, sind unterschiedlich und variieren je nach Kanton. Empfehlenswert ist es daher, vor der Erhebung der Daten die zuständigen kantonalen Behörden zu kontaktieren und sich über die Details zu erkundigen.

Beispiel: Die Zustimmung der zuständigen Behörde für die Erhebung der in diesem Bericht beschriebenen Daten wurde eingeholt.

d. Liegt, wenn notwendig, die Zustimmung der Patienten vor?

Die kantonal zuständigen Behörden können entscheiden, ob eine Einwilligung des Patienten für die Erhebung der Daten erforderlich ist. In einigen Kantonen unterschreiben die Patienten ein Dokument, in dem festgehalten ist, dass sie mit der Erhebung von Daten für Qualitätsprojekte einverstanden sind.

Beispiel: Patienten haben bei Spitaleintritt mit ihrer Unterschrift erklärt, dass sie mit der Erhebung der Daten einverstanden sind.

e. Wer ist der Eigentümer der erhobenen Daten, und sind die Daten zugänglich und einsehbar?

Eigentümer der Daten ist in der Regel das Spital, in dem die Daten erhoben werden, und die Daten sollten für eine bestimmte Zeit (genaue Regeln dafür gibt es nicht) in einsehbarer Form gespeichert werden.

Beispiel: Eigentümer der publizierten Daten ist das Spital X. Die Daten können in begründeten Fällen mit der Einwilligung der Spitaldirektion bei der Qualitätskoordinationsstelle eingesehen werden.

f. Wurde ein unabhängiges, externes Audit der erhobenen Daten durchgeführt?

Den Spitalern steht es frei, ihre Qualitätsangaben durch eine externe Stelle auf die Richtigkeit überprüfen zu lassen.

Beispiel: Die Daten wurden von den Qualitätsverantwortlichen des Spitals überprüft, eine externe Beurteilung fand nicht statt.

2.3. Verständlichkeit

Da viele der Daten für medizinische Laien nicht einfach zu interpretieren sind und Fehlinterpretationen wegen der oben beschriebenen unerwünschten Folgen im Interesse Aller vermieden werden sollten, ist ein Begleitkommentar wünschenswert. In diesem Kommentar sollten die Ergebnisse für Laien verständlich beschrieben und die Limitationen der Zahlen sorgfältig erläutert werden.

Bei der Ausarbeitung eines solchen Kommentars ist unter anderem auf folgende Punkte zu achten:

Werden die in Form von Zahlen wiedergegebenen Ergebnisse der Messungen kommentiert?

Dieser Kommentar hat das zugrundeliegende Qualitätsverständnis zu erläutern, die verwendeten Methoden und Instrumente darzustellen sowie den Grund für deren Auswahl aufzuzeigen. Ausserdem sollte der Kommentar eine begründete Bewertung zu den erhaltenen Resultaten abgeben.

Sind die verwendete Sprache und die Erläuterung der statistischen Methoden dem Zielpublikum angepasst?

Falls die breite Öffentlichkeit das Zielpublikum ist, muss die Sprache entsprechend gewählt werden, und die für das Verständnis der Zahlen notwendigen technischen Details sollten verständlich erläutert werden.

Ist die Dokumentation bezüglich der präsentierten Resultate vollständig, detailliert und zugänglich?

Aus Gründen der Transparenz sollten die technischen Details der Datensammlung oder der statistischen Modelle in einem auf dem Internet frei zugänglichen Anhang enthalten sein,

auch wenn sie im Bericht für die Medien oder die breite Öffentlichkeit nicht enthalten sind. Allfällige wissenschaftliche Publikationen, welche aus der betreffenden Arbeit hervorgegangen sind, sollten zitiert werden.

Sind die Resultate, soweit dies möglich und sinnvoll ist, vereinfacht?

Die Darstellung der Resultate sollte möglichst einfach, aber korrekt erfolgen, damit diese von möglichst vielen Leuten verstanden werden (z.B. Häufigkeit, Proportionen, Durchschnittswerte). Neben den Prozentwerten sollten die Häufigkeiten angegeben werden (Beispiel: Von den 300 Patienten, welche geantwortet haben, waren 219 (73%) zufrieden oder sehr zufrieden mit dem Empfang im Spital).

Werden bei für den Case-Mix korrigierten Ergebnissen auch die unkorrigierten Werte angegeben?

Wenn die Resultate hinsichtlich der Patientencharakteristika angepasst werden (case-mix adjustment), sollten nicht nur die korrigierten, sondern auch die nicht korrigierten Werte angegeben werden.

Gibt es eine Vergleichsbasis für die veröffentlichten Zahlen?

Die zahlenmässigen Angaben gewinnen an Bedeutung, wenn eine Vergleichsbasis vorliegt. Eine solche sollte vom Autor der Analysen zur Verfügung gestellt werden, z. B.:

- Richtwert aufgrund eines Expertenkonsensus, oder Schwellenwert mit klinischer Bedeutung (zum Beispiel, der Durchimpfungsgrad muss über 90% liegen, damit eine Gruppenimmunität erreicht wird)
- Vorjahresresultate der gleichen Einrichtungen (Zeitreihe)
- Verteilung der Resultate von Einrichtungen, die an Vergleichsuntersuchungen teilnehmen (gelegentlich «benchmark» genannt): Mittelwert und Standardabweichung, 25er, 50er und 75er Perzentilen usw.
- Veröffentlichte Resultate anderer Einrichtungen, inkl. internationaler Vergleiche.

Wird die Unsicherheit der Resultate thematisiert?

Bei der Veröffentlichung der Resultate muss deren Unsicherheit angesprochen werden, die Folge der beschränkten Anzahl Beobachtungen in jeder Einrichtung oder der Ungenauigkeit der Messung ist. Wie dies gemacht werden soll, hängt vom Zielpublikum ab. Folgende

Möglichkeiten sind denkbar:

- Angabe von Vertrauensintervallen für die Resultate (bei Meinungsumfragen wird in der Regel eine «Fehlermarge» angegeben)
- Angabe eines «statistisch signifikanten Unterschieds», wenn der Mittelwert der Gruppe (oder ein anderer als wichtig angesehener Referenzwert) analysiert wird
- Freier Kommentar (Beispiel: Die Resultate variieren vom einen Spital zum anderen, aber es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Mehrzahl dieser Unterschiede zufällig ist. Einzig das Spital X weist signifikant schlechtere Resultate als der Durchschnitt auf; dieser Unterschied ist nicht allein auf den Zufall zurückzuführen.).

Wird auf die Vor- und Nachteile der Messmethode hingewiesen?

Jede Messmethode hat ihre Vor- und Nachteile, respektive Grenzen. Namentlich die Nachteile und Grenzen müssen explizit genannt und offen diskutiert werden. Berechtigte Einwände gegenüber den präsentierten Resultaten sollten im Q-Bericht vorweggenommen werden.

3. Checkliste

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

Checkliste	
1. Relevanz	
A. Repräsentieren die gewählten Indikatoren die medizinische Behandlungsqualität?	Ja/nein/teilweise
B. Betrifft der Indikator die Struktur, einen Prozess oder den Outcome?	Struktur/Prozess/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

Anmerkungen

- 1 Der Senat der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat diese Empfehlungen am 19. Mai 2009 genehmigt. Der Arbeitsgruppe, welche diese Empfehlungen ausgearbeitet hat, gehören folgende Personen an: Prof. Johann Steurer, Zürich (Vorsitz); Dr. Francesca Giuliani, Schlieren; lic. oec. Pius Gyger, Zürich; Dr. Daniel Herren, Zürich; Dr. Olivier Kappeler, Weinfelden; Prof. Annemarie Kesselring, Bern; Margrit Kessler, Zürich; Prof. Urs Metzger, Zürich; Prof. Thomas Perneger, Genf; lic. rer. pol. Thomas Straubhaar, Bern; Dr. Daniel Suter, Basel; Dr. Jürg von Below, Biel; Dr. Jean-Blaise Wasserfallen, Lausanne; Dr. Heidemarie Weber, Basel.
- 2 Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit werden in diesem Text nur die männlichen Formen verwendet; selbstverständlich sind jeweils beide Geschlechter gemeint.
- 3 Unter Veröffentlichung verstehen wir die Bekanntgabe von Qualitätsdaten an Personen und/oder Institutionen, die bei der Erhebung der Qualitätsdaten weder direkt (Arzt, Abteilung, Klinik) noch indirekt (Spitalleitung, Verantwortliche von Ärztenetzwerken) involviert waren. Gemeint sind damit zum Beispiel die Weitergabe von Qualitätsdaten an politische Behörden, an Krankenkassen oder die Publikation in öffentlichen Medien.
- 4 Unter Indikationsqualität, einer spezifischen Form der Prozessqualität, versteht man die Angemessenheit («Appropriateness») der zu erbringenden Leistungen; dies betrifft zum Beispiel die Frage, ob bei einem Patienten mit Angina pectoris eine Koronarangiographie indiziert ist oder nicht.
- 5 Gestützt auf Artikel 321^{bis} des Schweizerischen Strafbuchgesetzes (StGB, SR 311.0); Artikel 1, 3 Absatz 1, 9 Abs. 5, 10, 11 und 13 der Verordnung vom 14. Juni 1993.
- 6 Kap. 5.1. und 5.3. wurden von Hanspeter Kuhn, Fürsprecher, und Gabriela Lang, Rechtsanwältin, beide Rechtsdienst FMH, verfasst.
- 7 **KVG Art. 58 Qualitätssicherung**
 - 1 Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.
 - 2 Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.
 - 3 Er regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:
 - a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird;

- b. besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden. Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.

KVV Art. 77 Qualitätssicherung

- 1 Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.
- 2 Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.
- 3 In den Bereichen, in denen kein Vertrag abgeschlossen werden konnte oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 entspricht, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen. Er hört zuvor die interessierten Organisationen an.
- 4 Das Departement setzt nach Anhören der zuständigen Kommission die Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 des Gesetzes fest.

8 KVG Art. 22a Daten der Leistungserbringer

- 1 Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Namentlich sind folgende Angaben zu machen:
 - a. Art der Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung, Rechtsform;
 - b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze;
 - c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form;
 - d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen;
 - e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis;
 - f. medizinische Qualitätsindikatoren.
- 2 Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.
- 3 Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik erhoben. Es stellt die Angaben nach Absatz 1 zur Durchführung dieses Gesetzes dem Bundesamt für Gesundheit, dem Eidgenössischen Preisüberwacher,

dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Organen je Leistungserbringer zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

- 4 Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.
- 9 Namentlich werden gemäss Art. 31 KVV in der Fassung vom 22. Oktober 2008 veröffentlicht:
 - a. Leistungsangebot der Leistungserbringer;
 - b. Diplome und Weiterbildungstitel der Leistungserbringer;
 - c. *medizinische Qualitätsindikatoren*;
 - d. Umfang und Art der erbrachten Leistungen;
 - e. Kostenentwicklung.
- 10 Hätte sich der anerkannte Historiker Prof. W. Hofer bei seiner Aussage zu einer Person der Schweizer Zeitgeschichte tatsächlich auf einen Bericht des Zürcher Obergerichts stützen können, wäre er freigesprochen worden; vgl. BGE 125 IV 298 (strafrechtliche Verurteilung vom 4. November 1999) mit der Begründung, er hätte sich nicht allein auf Sekundärliteratur stützen dürfen, sondern selbst die Quellen – den Bericht – prüfen müssen.
- 11 Kap. 5.2. wurde von Prof. Rolf H. Weber, Professor für Medienrecht, Universität Zürich, verfasst.
- 12 Die Beispiele dienen der Erläuterung der einzelnen Kriterien, sind aber keine durch die Arbeitsgruppe favorisierten Indikatoren und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.
- 13 Die Validität eines Instrumentes gibt an, ob mit dem Test dasjenige Merkmal, das es zu messen vorgibt, tatsächlich misst. Wird, um ein Beispiel zu nennen, mit einem Fragebogen die Patientenzufriedenheit tatsächlich gemessen oder wird damit etwas anderes erfasst?
- 14 Die Reliabilität bezieht sich auf die Verlässlichkeit der Messungen. Werden zum Beispiel zwei Messungen unter gleichen Bedingungen kurz nacheinander gemacht, so ergeben die Messungen mit einem reliablen Instrument gleiche oder zumindest sehr ähnliche Resultate.

Literatur

- 1 Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Aff (Millwood)*. 2005;24(4):1150–60.
- 2 Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Aff (Millwood)*. 2003;22(2):84–94.
- 3 Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med*. 2007;356(5):486–96.
- 4 Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *JAMA*. 2005;293(10):1239–44.

- 5 Rehmann-Sutter C. Qualität messen oder Qualität bewerten. *Schweiz Ärztezeitung*. 2009;90:202–3.
- 6 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966; 44(3):Suppl:166–206.
- 7 Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;296(1):64–71.
- 8 Lilford R, Mohammed MA, Spiegelhalter D, Thomson R. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *Lancet*. 2004;363(9415):1147–54.
- 9 Rothberg MB, Morsi E, Benjamin EM, Pekow PS, Lindenauer PK. Choosing the best hospital: the limitations of public quality reporting. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(6):1680–7.
- 10 Housri N, Weil R, Shalowitz D, Koniaris LG. Should informed consent for cancer treatment include a discussion about hospital outcome disparities? *PLOS Medicine*. 2008; 5(10):e 214.
- 11 Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel CA. Improving the quality of measurement and evaluation in quality improvement efforts. *Am J Med Qual*. 2008;23(2):143–6.
- 12 Pronovost PJ, Miller M, Wachter RM. The GAAP in quality measurement and reporting. *JAMA*. 2007;298(15):1800–2.
- 13 Dimick JB, Welch HG, Birkmeyer JD. Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. *JAMA*. 2004;292(7):847–51.