



elektronische post

Beiträge zur Guten Praxis in Medizin und Wissenschaft

Sendung 10

Hamburg, den 8. Mai 2006

Dr. med. Ulrich Paschen

Qualitätsberichte im Netz – und was kommt jetzt?

Zusammenfassung

Die Qualitätsberichte haben nicht die Erwartungen erfüllt. Grund dafür ist eine Fehlkonzeption. Die Daten können eine rationale Entscheidung nicht stützen, weil sie der Leistung betrifft, nicht die Institution. Bei Leistungen kann zwischen den beiden Beiträgen zur Qualität – dem „Design“ einer Krankenhausbehandlung und ihrer Ausführung, der „Performance“ – in einer Rangliste nicht unterschieden werden. Die verglichenen Leistungsgruppen sind für eine statistische Aussage zu klein, die Datenerfassung ohne Überprüfung unzuverlässig. Patienten entscheiden nicht nach objektiven Messzahlen, sondern nach subjektiv wahrnehmbaren Merkmalen der Annehmbarkeit. An einer unabhängigen Bewertung führt kein Weg vorbei.

Einleitung

Es schien so einfach wie überzeugend: Auf der Suche nach einem "guten" Krankenhaus wähle man das mit den besten Ergebnissen und geringsten Komplikationen aus ¹. Wenn die Daten der Krankenhäuser zugänglich wären, könnte jeder Patient (zumindest durch seinen Arzt beraten) eine begründete

Entscheidung fällen. Man könnte eine Rangliste erstellen und allen läge vor Augen, was gut, was schlecht ist – und das sogar bundesweit!. Wer die Veröffentlichung seiner Daten verweigert, gerät in Verdacht, er habe etwas zu verbergen.

Nun stehen die Qualitätsberichte fast aller deutschen Krankenhäuser im Netz und doch macht sich Ratlosigkeit breit ². Der Aufwand für die Krankenhäuser war nicht unerheblich. Wer aber nutzt die Daten? Welche Patientenströme werden nun neu gelenkt? Bisher gibt es kaum Beweise dafür, dass soviel Öffentlichkeit nennenswerte Effekte auf Patientenentscheidungen hat oder Krankenhäuser davon profitieren oder darunter leiden würden. ^{3 4}

Hier sollen die Grenzen im Konzept der Qualitätsberichterstattung zusammengefasst werden. Sie liegen offen zu Tage. Man braucht keine Sorge mehr zu haben, als bloßer Bedenkenträger denunziert zu werden. Bei aller Kritik darf aber nicht übersehen werden, dass kaum jemand (nicht einmal die Protagonisten der Qualitätsberichterstattung) die Qualität unserer Krankenhäuser objektiv messen wollte

^{5 6}. Man wollte durch ein "shopping for quality" Druck zur Qualitätsverbesserung und Kostensenkung erzeugen. Wenn argumentiert wird, dass die eingesetzten Ressourcen ohne Effekt verpuffen werden, so muss erklärt werden, wie dies Ziel eher erreicht kann.

Das Krankenhaus und seine Produkte

Man kann Krankenhäuser nicht pauschal empfehlen oder von ihnen abraten.

Krankenhäuser haben kein abstraktes „Produkt“ wie „Gesundheit“ oder „Versorgung des Landkreises mit chirurgischen Leistungen“. Hier werden Aufgabe und Leistung verwechselt. Krankenhäuser sind Leistungserbringer sehr unterschiedlicher Dienstleistungen (sogenannter „intangibler Produkte“) wie diagnostische, therapeutische, pflegerische und sonstige Leistungen. Niemand ist bei allen Leistungen gleich gut und immer der Erste in der Reihe.

Die Leistungsverantwortung liegt auch nicht in einer Hand, sondern verteilt sich auf Abteilungen mit eigenen Chefärzten als Produktverantwortlichen. Krankenhäuser sind keine Marken-Hersteller. Sie ähneln eher Kooperativen, deren Mitglieder weitgehend in eigener Verantwortung arbeiten. Ihre Qualität kann gar nicht von gleichem Rang, nur vom selben Anspruch angespornt sein. Wo eine HNO-Abteilung ganz oben steht, gilt das nicht automatisch auch für Kardiologen oder Gynäkologen - und anders herum. Die ihnen allen gemeinsame Schnittmenge aus Labor, Röntgen, Physiotherapie, Anästhesie oder Intensivmedizin liegt außerhalb des eigentlichen Leistungsgeschehens. Sie haben – unbestreitbar – einen Einfluss auf die Qualität. Sie können aber aus

schlechter Medizin keine gute machen. Leider sind sie in der Qualitätsberichterstattung zu kurz gekommen – alle Welt konzentriert sich auf die bettenführenden Abteilungen, entgegen der Lebenswirklichkeit.

In den Qualitätsberichten werden die Leistungen der Abteilungen getrennt dargestellt. Die Folge ist, dass dadurch eine Fülle von Daten entsteht, die bei der Empfehlung eines Krankenhauses differenziert aufgearbeitet werden muss. Bei der Erstellung der Berichte haben wir zudem schnell bemerkt, dass längst nicht mehr alle Behandlungen entlang der Abteilungsstruktur ablaufen. Man hat Zentren gebildet (Brustzentrum), man hat Fächer zusammengelegt (internistische Gastroenterologie und Visceralchirurgie) oder als stationäre Einheiten ganz aufgelöst (Belegabteilungen und ambulante Versorgung in der HNO oder Augenheilkunde.)

Selbst eine getrennte Bewertung von Abteilungen würde nicht reichen. Für eine begründete Entscheidung brauchen wir Daten zu den einzelnen Leistungen. Daten zur Qualität sind erst brauchbar, wenn wir konsequent bis auf die Produktebene hinabsteigen. Wer ein guter Traumatologe ist, kann als Orthopäde vom Pech verfolgt sein. Wer bei der Hüftendoprothese als erste Adresse gilt, empfiehlt sich gleichzeitig nicht für die Knieprothese. In den ersten Qualitätsberichten ⁷ war schon deutlich geworden, dass Hitlisten der 10 häufigsten Operationen dafür nicht reichen. Sie machen nur ca. 20 % der Gesamtleistung aus. Selbst bei z.B. einer traumatologischen Universitätsklinik finden sich da so alltägliche Dinge wie konservative Behandlung im Bett, Materialentfernung oder Radius-Reposition. Niemand kann

daraus die Leistungsfähigkeit der Institution ablesen. Schließlich interessiert sich der Patient nicht dafür, ob das Krankenhaus als Ganzes empfehlenswert ist. Er möchte wissen, ob das für seine Erkrankung notwendige Verfahren angeboten und geschickt ausgeführt wird.

Die Krankenhausleistung und ihr "Design".

Die Unterschiede im Angebot von Behandlungsverfahren sind erheblich.

In der Endoprothetik werden unterschiedliche Prothesen verwandt - zementiert oder nicht zementiert. Es wird ein Antibiotikum gegeben oder nicht. Manche arbeiten sogar ohne Thromboseprophylaxe! Da gibt es postoperativ mehr oder weniger Physiotherapie usw. Die Qualitätssicherung spricht vom „Design“ eines Verfahrens: so, wie es "an sich" ausgeführt werden soll. Und was den Preis ausmacht. Um der notwendigen Individualisierung Raum zu lassen spricht man besser von Behandlungsmustern und nicht von schmalen Behandlungspfaden. Schriftlich niedergelegte Spezifikationen sind nur selten vorweisbar, selbst für operative Behandlungen nicht, bei denen das noch am ehesten möglich erscheint, oder bei der Strahlentherapie, bei der die Gerichte das für sehr hilfreich halten⁸. Wenn wir von Cholezystektomie oder Herniotomie sprechen, so glauben wir meistens naiv, es handle sich um ein und dasselbe. Wenn man sich der Mühe unterzieht, die Konfiguration von Behandlungsverfahren zu prüfen, so erkennt man oft erhebliche Unterschiede, die einen Vergleich der Ergebnisse problematisch erscheinen lassen.

Selbst in den operativen Fächern gibt es eine große Zahl von Behandlungsverfahren, die nicht "evidence based"

sind. Sie sind nie validiert worden. Manche gelten als Außenseiter-Methoden oder originelle Erfindungen ihres Anbieters. Damit soll keiner starren Standardisierung oder einem Rückzug auf einen Kern von bewährten Verfahren das Wort geredet werden – ganz im Gegenteil. Man wüsste aber gerne, was denn genau gemacht wird (wie das Verfahren konfiguriert ist) und ob die Aussagen zur Wirksamkeit und Sicherheit durch valide Daten gestützt werden können. Selbst wenn das noch nicht möglich ist, weiß man jedenfalls, worauf man sich einlässt. Auch wenn die Unterschiede nicht immer so offensichtlich sind wie bei einer offenen oder einer laparoskopischen Cholezystektomie, dürften solche Informationen doch für die Empfehlung der einen oder anderen Fachabteilung den Ausschlag geben.

Die Durchführung der Behandlung, ihre "Performance"

Ob nun ein Operateur geschickter ist als ein anderer, lässt sich nur beurteilen, wenn beide dasselbe sorgfältig charakterisierte Verfahren durchführen.

Natürlich bestehen Unterschiede in der Durchführung - der „Performance“, wie die Qualitätssicherer sie vom Design unterscheiden. Genau hier liegt die Crux der Datenvergleiche. Operative Abteilungen und einzelne Chirurgen beherrschen viele Eingriffe. Selbst bei häufigen Eingriffen erreichen sie selten die Mindestmengen, die für einen validen statistischen Vergleich notwendig wären. Selbst wenn man Gruppen bildet wie „alle Eingriffe an großen Gelenken“ reichen die Zahlen nicht. Endoprothetik ist keine homogene Gruppe. Nicht einmal die Knieprothese. Am ehesten gilt das noch für

den koronaren Bypass – aber auch da ist Vorsicht geboten

Ein weiterer Umstand wird gerne übersehen: Zur Beurteilung der Performance werden in den meisten Fällen keine Langzeitergebnisse, sondern Sicherheitsdaten herangezogen, wie Infekthäufigkeit, Embolien, kardiale oder respiratorische Komplikationen postoperativ. Glücklicherweise sind solche Ereignisse selten – so dass man noch weit größere Gruppen braucht, um Vergleiche anzustellen, die über den bloßen Zufall erhoben sind ⁹. Erschwert werden solche Datensammlungen zudem dadurch, dass die Komplikationen nicht unmissverständlich und eindeutig definiert sind. Die Erfahrungen mit der externen Qualitätssicherung haben deutlich gemacht, wo die Probleme liegen.

Man darf nicht übersehen, dass alle Daten extra in eine Datenverarbeitung eingepflegt werden müssen. Wir wissen inzwischen alle, dass dies keine Aufgabe ist, die man nach Feierabend schnell noch erledigt. Wir sollten zugeben, dass diese Aufgabe nicht in der Hand des behandelnden Arztes liegen sollte. Einmal wegen seiner immer kostbar werdenden Arbeitszeit, zum Anderen wegen der geforderten unabhängigen Bewertung. Wir sollten die Professionalität der Datenextraktion respektieren lernen. Jede Datenerfassung ist Interpretation und Abstraktion und sollte speziell trainierten Personen überlassen werden. ¹⁰

Ohne eine externe oder interne, auf jeden Fall aber unabhängige Überprüfung (ein Daten-Audit) hat Datenerfassung keinen Wert. Schließlich wollen wir Unterschiede bei seltenen Ereignissen in kleinen Kollektiven herausfinden. Da kann jeder kleine Irrtum ein Ergebnis verzerren. Aus der

klinischen Forschung ist das längst bekannt ¹¹. Aus derselben Quelle der Erfahrung wissen wir, wie wichtig die Unterscheidung von „Studien-Design“ und „Studien-Performanz“ ist, ohne die die emphatische Rede von „Ergebnissen“ in die Irre führt. Mehr noch als beim Erkenntnisgewinn sind wir auf unanfechtbare Aussagen angewiesen – sie müssen sogar vor Gericht standhalten. Denn da machen wir uns nichts vor: wenn die Konkurrenz zwischen Krankenhäusern erst angeheizt ist, wird das eine Krankenhaus dem anderen die Publikation seines kühnen Zahlenwerks zur Qualität untersagen wollen.

Entscheidungen und Daten

Selbst wenn wir über genaue, zuverlässige und vollständige Daten verfügen würden, die eine statistisch valide Aussage erlauben, wird selbst der informierte Patient mit ihnen nicht umgehen können.

Wir dürfen das auch nicht von ihm erwarten. Selbst sein Arzt, den er vielleicht um Rat und Hilfe bittet, ist damit überfordert. Arzt und Patient setzen schlicht voraus, dass Behandlungen im Krankenhaus wirksam und sicher sind. Sie erwarten das genauso wie bei Arzneimitteln, Medizinprodukten, Diagnostika und sogar Lebensmitteln. Sie können und wollen sich nicht vorstellen, dass die Kostenträger als Vertragspartner für Leistungen eintreten, deren Wirksamkeit fraglich ist. Sie stellen sich vor, dass berufene Organisationen wie die Kammern oder die Fachgesellschaften, der Staat oder die Presse darüber wachen, dass unsichere Praktiken entdeckt und unterbunden werden.

Wir sollten uns nicht wundern, dass für Arzt und Patient das dritte, leider zu wenig beachtete Qualitätsmerkmal

einer Krankenhausbehandlung, ihre „Annehmbarkeit“, den Ausschlag bei der Entscheidung geben wird. Liegt das Krankenhaus in der Nähe? Wie lang ist die Warteliste? Habe ich zu den dort behandelnden Ärzten Vertrauen? Bringt man mir Respekt entgegen? Solche ganz ohne Daten auskommenden Kriterien sind keineswegs irrational. Wenn Wirksamkeit und Sicherheit vorausgesetzt oder nicht beurteilt werden können, bleibt gar keine andere Entscheidungsgrundlage. Die Annehmbarkeit hat obendrein den Vorteil, dass man sie selbst beurteilen kann.

Kriterien für die Auswahl

Wie also wird ein Patient, dem Zeit für eine Entscheidung bleibt, vorgehen? Aufgrund welchen Wissens wird der Arzt seine Empfehlung aussprechen?

Zunächst werden sie überlegen, ob das Therapieverfahren auch angemessen ist. Die Indikation sollte unabhängig von dem gestellt werden, der den Eingriff anbietet. Das schließt eine Beratung mit dem Krankenhausarzt nicht aus. Die Trennung sollte analog dem verschreibenden Arzt und dem Arzneimittel verkaufenden Apotheker beachtet werden. Wer erst einmal dem Krankenhaus zur Indikationsstellung angeboten wurde, bleibt auch drin. So einfach ist der Lauf der Dinge.

Wir würden gerne wissen, was denn genau gemacht wird und ob das Krankenhaus das Behandlungsverfahren personell und apparativ beherrscht. Meistens empfiehlt der Arzt ein Krankenhaus, in dem er zumindest früher aus eigener Erfahrung sich davon überzeugt hat. Zuverlässiger wäre es, wenn wir über schriftliche Konfigurationen der Behandlungsmuster verfügen würden und nachlesen könnten.

Sind die Aussagen über das Verfahren validiert? Der Arzt kann das aus eigener Fachkenntnis am besten beurteilen oder in der Literatur nachprüfen. Manchmal wird man sich für ausgefallene oder innovative Verfahren entscheiden. Ein Rückzug auf Standardverfahren ist nicht notwendig. Aber validiert müssen sie sein! Woher sonst soll man etwas über Risiken und Nebenwirkungen wissen?

Wir möchten wissen, wie groß die "Produktpalette" des Krankenhauses ist, nicht nur, was in der Alltagsroutine seine Hauptlast ist. Ist das Krankenhaus auf diesen Eingriff in weiser Kenntnis seiner Grenzen spezialisiert? Verfügt es über einen ausgewiesenen Könnner? Oder ist es ein Generalist? Bei delikaten und komplexen Verfahren wird man den Spezialisten bevorzugen, je robuster ein Verfahren jedoch ist, um so eher wird man sich ohne ein Risiko einem Generalisten anvertrauen dürfen. Ich lasse mich gerne in einem Krankenhaus an der Schilddrüse operieren, wo bei den - sagen wir 30 – Eingriffen der Chef selbst am Tisch steht. Nicht aber in einer Großklinik, in der dieselbe Anzahl von Operationen auf 10 Assistenten verteilt wird.

Es würde uns interessieren, wie die Durchführung, die Performance überwacht wird. Überzeugt sich die Leitung durch Visiten oder Fallkonferenzen über das Leistungsgeschehen? Gibt es ein Fehlermanagement, dass sich auf ein Berichtssystem von Unerwünschten Ereignissen stützt? Werden Fallanalysen der hoffentlich seltenen Ereignisse durchgeführt? Wer überwacht die Umsetzung der daraus abzuleitenden Konsequenzen? Nimmt die Abteilung an einem Programm zum Vergleich von Performance-Daten teil wie z. B.

der externen Qualitätssicherung? Besser als auf die jährliche Auswertung zu warten, wäre die kontinuierliche Überwachung von Performance-Indikatoren in Qualitäts-Kontrollkarten, um zeitnah zu erkennen, ob eine Entwicklung aus dem Ruder läuft. Die neuere Software lässt so etwas zu.

Kurz: Wie überzeugt sich die Leitung selbst von der Qualität ihrer Leistungserbringung? Stellt sie sich den Erkenntnissen daraus oder nicht? Nur so wird sie bei Arzt und Patient das nötige Vertrauen erzeugen, ohne dass es bei der Auswahl eines Krankenhauses nun einmal nicht geht.

Man erkennt leicht, dass die meisten Fragen nur durch eine unabhängige und unvoreingenommene Überprüfung beantwortet werden können, von wem auch immer diese durchgeführt und mit einer Urkunde abgeschlossen wird. Auf diese Weise sollten die gravierenden Unterschiede in der Leistungserbringung so verkleinert werden, dass sie sich in statistisch relevanten Differenzen nicht mehr niederschlagen. Man kann erwarten, dass die Bedenken der Krankenhäuser gegen eine verfälschende Interpretation publizierter Daten damit gegenstandslos werden.

Literaturverzeichnis

¹ Epstein A. Performance reports on quality: prototypes, problems, and prospects N Engl J Med 1995;333:57-61

² Müller, D Qualitätsberichte. Ziel verfehlt Deutsches Ärzteblatt 2006;103:A444

³ Romano, PS; Zhou H; Do well-publicized risk-adjusted outcomes reports affect hospital volume? Med Care 2004;42:367-77

⁴ Schneider EC; Epstein AM Use of public performance reports: a survey of patients undergoing cardiac surgery JAMA 1998;279:1638-42

⁵ Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. JAMA 2000;283:1866-74

⁶ Hibbard JH Stockard J, Tusler M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? Health Aff (Millwood) 2003;22(2):84-94

⁷ Universitätskrankenhaus Eppendorf. Leistungs- und Qualitätsbericht 1998, Hamburg 1999

⁸ Landgericht Oktober Hamburg 2005

⁹ Dimick JB, Welch HG, Birkmeyer JD. Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. JAMA 2005;292:847-51

¹⁰ Birkmeyer NJO, Birkmeyer JD. Strategies for improving surgical quality – should payers reward excellence of effort? N Engl J Med 2006;354:864-70

¹¹ Paschen U, Bastek A. Qualitätssicherung in der klinischen Forschung. in: Herrlinger C, Cawello W. Kompendium der Klinischen Pharmakologie. Aachen: Shaker 2002; 607-635

Zuerst erschienen in:

Deutsches Ärzteblatt 103 A1130-1134 2006

© IQ-Institut 2000

Nachdruck unter Quellenangabe und Abgabe eines Belegexemplars erlaubt.
elektronische post gibt's unregelmäßig vom

IQ Institut für Qualität-Systeme in Medizin und Wissenschaft GmbH
Fruteweg 24 A 22559 Hamburg

Telefon. 040/822 907 97; Fax: 040/822 907 96, contact@iq-institut.de

Verantwortlich: Dr. med. Ulrich Paschen