

Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsmessung aus ärztlicher Sicht

Wenn Qualitätsmessungen dazu dienen sollen, die Qualität ärztlichen Handelns zu beurteilen, ist bei der Auswahl der Messindikatoren grösste Sorgfalt geboten. Andernfalls besteht die Gefahr, dass sich durch die Qualitätsmessung die Gesamtqualität verschlechtert.

Guido Schüpfer

Qualitätsmessungen im Gesundheitswesen sind wertvoll, denn sie führen typischerweise zu Verbesserungen in den gemessenen Bereichen. So können beispielsweise die Durchimpfungsraten bei Kindern, die Betreuung von Schwangeren oder die Ergebnisse der Koronarchirurgie durch Qualitätsmessungen verbessert werden. Um den tatsächlichen Nutzen von Qualitätsmessungen zu beurteilen, müssen allerdings zwei Fragen beachtet werden: Wird gemessen, was gemessen werden soll? Und: Bewirken die Messungen das Beabsichtigte? Im Folgenden wird die Tragweite dieser Fragen erläutert; dabei wird der Fokus auf Performance-Messungen und auf die klinische ärztliche Tätigkeit gelegt.

Was wird gemessen?

Die klinische Performance ist definiert als der *Prozess*, den ein Arzt auslöst/ausführt/definiert, wenn er einen Patienten behandelt, und der zu einem *Outcome* (Behandlungs-

ergebnis) führt. Die klinische Performance kann nur dann sinnvoll beurteilt werden, wenn Variablen gemessen werden, die unter der Kontrolle des einzelnen Arztes oder der Ärzteschaft stehen.

Insbesondere bei der *Outcome-Messung* ist deshalb Vorsicht geboten, denn neben der ärztlichen Behandlung tragen viele weitere Variablen zum Outcome bei, die der betreffende Arzt nicht kontrollieren kann (sog. Confounder, siehe *Abbildung*). Beispiel: Man könnte bestimmen, wie viele Patienten bei einem bestimmten Anästhesisten einen Herzstillstand erleiden. Um aus diesem Outcome tatsächlich Rückschlüsse auf den Anästhesisten ableiten zu können, müssen aber verschiedene Variablen, die der Anästhesist nicht beeinflussen kann, mitberücksichtigt werden. Jeder Outcome, der gemessen wird, muss um diese Variablen (sog. Risikofaktoren) adjustiert werden. Im genannten Beispiel wären dies etwa die kardialen Risikofaktoren der Patienten und die Art der Chirurgie.

Die Risikoadjustierung ist ein relativ komplexes Unterfangen. Viele Modelle sind wissenschaftlich noch ungenügend abgestützt oder befinden sich noch in Entwicklung. In der Praxis ist es deshalb schwierig, aufgrund einer Outcome-Messung Rückschlüsse auf die Qualität eines Spitals oder eines einzelnen Arztes zu ziehen. Nur mit statistischer Analyse und sehr grossen Fallzahlen können Outcomevariablen richtig definiert und ausgewertet werden. Es bestehen Zweifel, ob die Datenqualität in Europa dafür genügt. Bei der *Prozessmessung* dagegen können die so genannten Confounder-Variablen relativ einfach ausge-



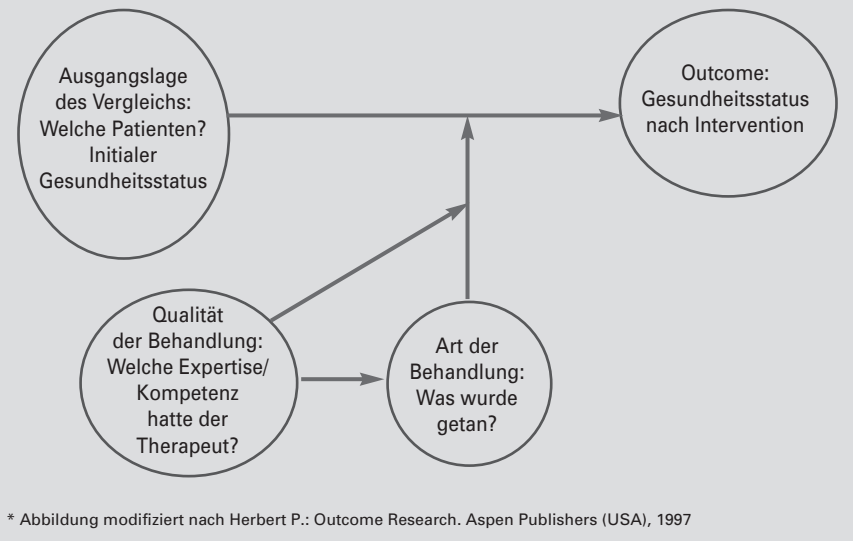
Guido Schüpfer

schaltet werden. Wenn zum Beispiel gemessen werden soll, wie zuverlässig die Ärzte den Prozess «perioperative Betablocker-Therapie im Rahmen nichtkardialer Chirurgie» einhalten, so können bei dieser Evaluation alle Patienten ausgeschlossen werden, die eine Betablocker-Intoleranz oder eine Allergie gegen Betablocker aufweisen. Wenn die Ausschlusskriterien genügend robust sind, sollte die Compliance für den Prozess 100 Prozent erreichen. Grundsätzlich können also Prozesse beziehungsweise kann die Einhaltung von Behandlungsstandards oder Behandlungspfaden einfach gemessen werden, wenn die (Soll-)Prozesse richtig definiert sind. Daher beruhen in der Praxis die meisten Performancemessungen auf der Messung der Prozesskomponente und nicht auf der Messung der Outcome-Komponente.

Allerdings ist auch bei der Performancemessung auf der Basis von Prozessmessungen eine gewisse Vorsicht geboten. Die Ergebnisse sind nämlich nur relevant, wenn wissenschaftlich eindeutig nachgewiesen ist,

Abbildung:

Welche Faktoren beeinflussen die Ergebnisse?*



dass der als Bestandteil der Performance-Messung beobachtete Prozess tatsächlich zu einem verbesserten Patienten-Outcome beiträgt. Dies ist zurzeit bei vielen anerkannten Prozessmessungen nicht der Fall. Um hier Abhilfe zu schaffen, muss die medizinische Outcome-Forschung weiter gefördert werden.

Was bewirken die Messungen?

Qualität hat verschiedene Dimensionen: Neben der traditionellen Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist auch die Unterscheidung zwischen «objektiver» und subjektiver Qualität von Bedeutung: Während traditionelle klinische Endpunkte wie Überlebensrate (10/5 Jahre), Rezidivfreiheit (Rate, Dauer), Remission (d.h. Abklingen von Krankheitserscheinungen [Rate, Dauer]), Nebenwirkungen, biochemische Befunde, Leitlinien-Konformität und Kosteneffektivität meist vom Arzt gemessen werden, müssen Endpunkte wie Lebensqualität, Erfüllung der Erwartungen, Berücksichtigung der Patientenpräferenzen, negativer Affekt, soziales Stigma und «Coping» (Einhalten der Therapieempfehlung) vom Patienten beurteilt werden. Messungen führen meist (insbesondere wenn gute Messergebnisse finanziell belohnt werden) dazu, dass grosse Anstrengungen in die gemessenen

Bereiche gesteckt werden, während andere Bereiche umgehend vernachlässigt werden. So wird beispielsweise auf die Vorgaben von Versicherungen oder Regulationsbehörden fokussiert, um bei derartigen Messungen gut dazustehen. Da die Zahl der Messungen aber prinzipiell beschränkt ist und meist nur wenige Bereiche der ärztlichen Behandlungstätigkeit gemessen werden, führen die Messungen möglicherweise zu Qualitätsverschlechterungen in Bereichen, welche gleiche oder gar grössere Bedeutung haben. Wird Qualität in der Gesundheitsversorgung mehr und mehr über mess- und zählbare Aktivitäten definiert, so werden Interventionen zur Qualitätsverbesserung von der ärztlichen Profession losgelöst und zu einer Managementaufgabe erklärt. Ärzte befürchten daher, dass ihre Profession an Autorität verliert und dass in der Folge die Professionalität ihres Handelns abnimmt. Vereinfacht bedeutet professionelles ärztliches Handeln wohl, dass der Arzt die Interessen des Patienten vor seine eigenen stellt. Verstehen Leistungserbringer Qualitätsmanagement als Mikromanagement, welches sie primär dazu zwingen soll, extern auferlegten Anforderungen zu genügen und nicht die Versorgung zu verbessern, so dürfte die Professionalität ihres Handelns zu leiden beginnen. Wenn unge-

eignete Qualitätsmessungssets implementiert werden, werden Leistungserbringer, die nicht auf die Messungen fokussieren, sondern auf Professionalität Wert legen, bei den Benotungen schlechter abschneiden.

Wie eine Organisation bei Qualitätsmessungsprogrammen abschneidet, hängt schliesslich auch davon ab, wie sie organisiert ist. Prinzipiell ist zu berücksichtigen, dass bestimmte Organisationstypen der Versorgung von bestimmten Qualitätsmessungsarten favorisiert werden (was selten beabsichtigt wird).

Die genannten unbeabsichtigten Effekte von Qualitätsmessungen sind kein Grund, ganz auf sie zu verzichten. Allerdings müssen bei der Interpretation der Messergebnisse die folgenden Aspekte berücksichtigt werden:

- Gute Scores bei Qualitätsmessungen dürfen nicht mit guter Qualität verwechselt werden. Die meisten Qualitätsaspekte werden nicht (und wahrscheinlich auch künftig nie) gemessen; viele lassen sich auch gar nicht messen. Entscheidend bleibt die Gesamtqualität des Einzelnen beziehungsweise der einzelnen Versorgungseinheit/Nonprofit-Organisation (z.B. Spital), die wesentlich auch auf der Professionskultur des einzelnen Leistungserbringers und der Institution basiert.
- Es ist wichtig, nicht beabsichtigte Effekte von Qualitätsmessungen zu identifizieren und zu minimieren. Die Qualitätsbeurteilung darf nicht allein auf Messergebnissen basieren, sondern muss auch die nicht gemessenen Bereiche einbeziehen.
- Es bleibt zu erforschen, wie die ärztliche Professionskultur durch Qualitätsmessungen beeinflusst wird und welche Abhängigkeit besteht zwischen Qualitätsmessungsansätzen und der Organisationsform der Leistungserbringer (z. B. Chefarztsystem vs. Belegarztsystem). ■

Autor:
Dr. med. Guido Schüpfer, MBA HSG
 Leitender Arzt Anästhesie
 Stabschef Ärztliche Direktion
 Kantonsspital Luzern
 6001 Luzern
 E-Mail: guido.schuepfer@ksl.ch