



www.vems.ch

Medizin und Qualitätsmessung: gemeinsam zum Erfolg

Zukunftsweisende Qualitätsmessung aus technischer,
medizinethischer und klinischer Sicht

Aufarbeitung Symposium 23.05.2016, Kantonsspital Olten



Panelisten und Fragestellungen

Die drei Panelisten bringen die drei Sichtweisen auf die Problemstellung medizinischer Qualität und Qualitätsmessung ein und stellen sich in Kurzvorträgen von je 10 Minuten folgenden Grundfragen:

Behördliche Sicht, Oliver Peters, Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit BAG

Wie geht das BAG das Thema der Qualitätsmessung an? Welche Ziele stehen dabei im Vordergrund? Welche Herausforderungen stellen sich und wie geht das BAG sie an?

Medizinethische Sicht, Dr. med. Michel Romanens, Präsident Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS

Wo sieht der Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS Probleme bei der Qualitätsmessung? Welche Ziele verfolgt der VEMS? Welche Lösungsansätze sieht der VEMS?

Klinische Praxis, Prof. Dr. med. Markus Zuber, Ärztlicher Direktor Solothurner Spitäler soH,

Chefarzt Chirurgische Klinik Kantonsspital Olten

Wie geht die klinische Praxis mit den Auflagen der Qualitätsmessung von BAG und ANQ um? Welche Herausforderungen stellen sich hier? Welche Lösungsansätze sehen die Leistungserbringer bei der Handhabung in der medizinischen Praxis?

Die Aufbereitung der Paneldiskussion ist am Ende dieses Dokuments.

Einführung ins Thema durch die Moderation, Flavian Kurth, Sekretär VEMS

Fairfond

www.vems.ch



Medizin und Qualitätsmessung: gemeinsam zum Erfolg

Zukunftsweisende Qualitätsmessung aus technischer, medizinethischer und klinischer Sicht

Publikumsvortrag PRO KSO, 23. Mai 2016

Fairfond

www.vems.ch



Qualitätsmessung und Qualität

Wir beschäftigen uns heute mit Qualität. Genauer mit medizinischer Qualität, damit, was sie ausmacht und wie sie sich messen lässt.

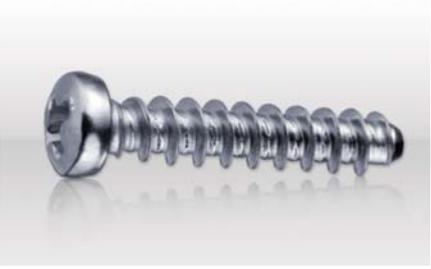
Wir alle haben aus verschiedenen Lebensbereichen einen Begriff von Qualität. Auch eine Vorstellung davon, was jeweils Qualität ist und was nicht.

Die Vorstellungen können aber sehr divergieren, Qualität ist nicht immer in gleichem Mass objektivierbar.

Fairfond

www.vems.ch

Qualitätsmessung und Qualität




Fairfond

www.vems.ch

Begriffsdefinition: Messen und Qualität

Messen
Die Definition des Begriffs der Messung ist die einfachere: Messen ist immer ein Vergleichen. Ohne eine Referenzgrösse, einen «Urmeter», womit verglichen wird, ist keine Messung möglich.

Frage: Was ist jeweils diese Referenzgrösse?

Qualität
Die Definition des Begriffs der Qualität gestaltet sich schwieriger, insbesondere in seiner Abgrenzung zum Begriff der Kosten.





www.vems.ch

Begriffsdefinition Qualität

Qualitätsbegriff in Abgrenzung gemäss ISO
Laut ISO-Norm ist Qualität unter anderem wie folgt definiert: Der Preis oder ein persönliches Urteil sind nicht Bestandteil der Qualität.

Qualitätsbegriff gemäss BAG-Webeintrag Qualitätszentrum
... Jeder zehnte Patient erlebt laut internationalen Studien bei seiner Behandlung in einem Spital einen medizinischen Zwischenfall ... Dadurch verlängert sich der Spitalaufenthalt im Schnitt um eine Woche, was für die Betroffenen eine grosse Belastung bedeutet und zugleich **Mehrkosten in Millionenhöhe** verursacht ...

Hier wird der Qualitätsbegriff mit dem Kostenbegriff verschränkt.





www.vems.ch

Begriffsdefinition, Problem Qualität-Kosten

Gefahr
Die Kosten, der Preis, ein möglichst gutes Preis-Leistungs-Verhältnis, können zur Referenzgrösse beim Messen der Qualität werden.

Damit würde die medizinische Qualitätsmessung zur ökonomischen Qualitätsmessung: Qualitativ gilt, was im Verhältnis zum Preis eine gute Qualität aufweist.

Dies steht im Widerspruch zum medizinischen Qualitätsbegriff.

Fairfond

www.vems.ch



Messen heisst objektivieren

Wir haben also nicht unbedingt einen Konsens bezüglich des Qualitätsbegriffs. Qualität messen heisst aber, sie objektivieren. Wie soll dies geschehen?

Hierzu wollen wir drei Sichtweisen ansehen:

- die Sicht der Behörden
- die Sicht der Medizinethik
- die Sicht der medizinischen Praxis

Referat Oliver Peters, Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit BAG

Wie geht das BAG mit dem Thema Qualitätsmessung um?

Oliver Peters, Vizedirektor BAG
Leiter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

ProKSO / VEMS Medizin und Qualitätsmessung: gemeinsam zum Erfolg

1

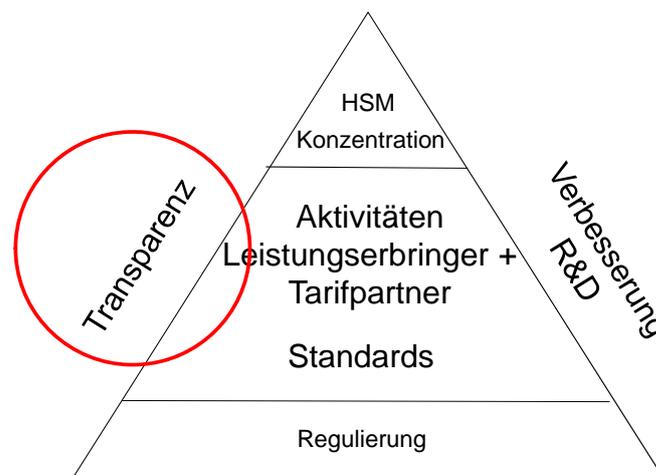
Ausgangspunkt

- Das Schweizer Gesundheitswesen ist im Vergleich zu anderen OECD-Ländern sehr reich mit personellen und finanziellen Ressourcen ausgestattet (siehe OECD Health statistics, key indicators)
- Diese Ressourcenausstattung, die sich auch in entsprechenden Kosten ausdrückt, führt aber nicht automatisch zu besseren Sicherheits- oder Qualitätsergebnissen
- Sowohl statistische Vergleiche wie auch direkte Befragungen von Versicherten zeigen, dass sich die Schweiz diesbezüglich eher im Mittelfeld, als an der Spitze bewegt
- Stärkung von Transparenz und Verbesserungsaktivitäten sind wichtig!

Grundsätze

- Qualitätsmessung ist kein Selbstzweck (-> Verbesserung)
- Relevante Ergebnisse (-> Patientensicht)
- Vergleich von Versorgungssystemen oder von Leistungserbringern (-> Fokus)
- Die verwendeten Indikatoren müssen das tun, was von ihnen erwartet wird: zuverlässig (robust), aussagekräftig (valide) und frei von Zufallseffekten (signifikant)
- «Trop d'information tue l'information» (-> Auswahl)
- Keine Erhebungsbürokratien (-> bestehende Routedaten)
- Kein Zertifizierungsbusiness ohne Aussagekraft (siehe «ISO»)

Mehr Qualität + Sicherheit



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Qualitätsindikatoren BAG

Medizinische Statistik des BFS
Konzept: G-IQI, A-IQI => CH-IQI
Mortalitätsindikatoren, Fallzahlen und weitere Indikatoren als Basis für Qualitätsmanagement

Vorgehen:

- Versand von spitalindividuellen Dossiers an die Akutspitäler
- Strukturiertes Feedback
- Publikation der Indikatoren



ProKSO / VEMS: Medizin und Qualitätsmessung: gemeinsam zum Erfolg
5

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Fallzahlen

Fallzahlen

Zur Auswahl von Indikator und Jahr werden alle Spitäler mit Fallzahlen grösser Null aufgelistet. Die Liste kann nach Spalten sortiert und nach einem oder mehreren Kantonen gefiltert werden.

Schritt 1: Wählen Sie einen Indikator

Indikator	Wählen Sie das Kapitel zum gewünschten Indikator. zurück
	A.1 Herzinfarkt
	A.2 Herzinsuffizienz
	A.3 Herzkatheter
	A.4 Herzrhythmusstörungen
	A.5 Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator
	A.6 Ablative Therapie
	A.7 Operationen am Herzen
	B.1 Schlaganfall
	B.2 Transitorisch ischämische Attacke (TIA)
	C.1 Geriatrische Frührehabilitation
	D.1 Lungentzündung (Pneumonie)
	D.2 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
	D.3 Lungenkrebs
	D.4 Operationen an der Lunge
	E.1 Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)
	E.2 Hernienoperationen
	E.3 Eingriffe an der Schilddrüse
	E.4 Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)
	E.5 Operationen am Magen
	E.6 Operationen am Ösophagus
	E.7 Operationen am Pankreas
	E.8

ProKSO / VEMS: Medizin und Qualitätsmessung: gemeinsam zum Erfolg
6

Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

- Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten (CH-IQI)
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserungen durch Peer Review Verfahren
- Freiwillige Initiative, die 2015 durch ein Projekt von H+ grössere Verbreitung gefunden hat (USB, USZ, Insel, CHUV, HUG, Hirslanden, LUKS, KSA, ...)
- Wesentliche Initiative, um eine Kultur der ständigen Verbesserung auf der Basis der (selbst)kritischen Analyse von Patientendossiers (wieder) in den klinischen Alltag einzuführen
- Beteiligung soll freiwillig bleiben, aber den sehr klaren Qualitäts- und Transparenzregeln von IQM (D) unterworfen bleiben.

Ausbau Betriebsvergleiche

- Publikation Internet-Abfragen ab 2012 (Spitalvergleich bis 3 Spitäler, Ausdruck pro Spital)
- Einführung vollständige Fallzahlenstatistiken, sortiert (höchste zu niedrigste / umgekehrt) ab 8/2015
- Publikation neue Spitalkategorisierung nach Art der behandelten Patienten (CMI, Breite Leistungs-spektrum, Anteil High Outlier) ab 4/2015 (V2 2/16)
- Veröffentlichung normierte Fallkosten ab 2016
- Zusammenfassende Darstellungen fördern (BAG / ANQ)

Anpassung KVG: Netzwerk für Qualität

- Bundesstrategie, dauerhafte Finanzierung, Einbezug Experten und Stakeholder über ausserparlamentarische Kommission
- Nationale Programme in den Bereichen Qualität und Patientensicherheit (inkl. Kommunikationsmassnahmen und Schulungsprogramme)
- (Weiter)Entwicklung von Qualitätsindikatoren (AMB)
- Erarbeitung von Grundlagen und Durchführung von Forschungsvorhaben in den og. Bereichen («Versorgungsforschung»)

Erklärung sichere Chirurgie (16.5.2016)

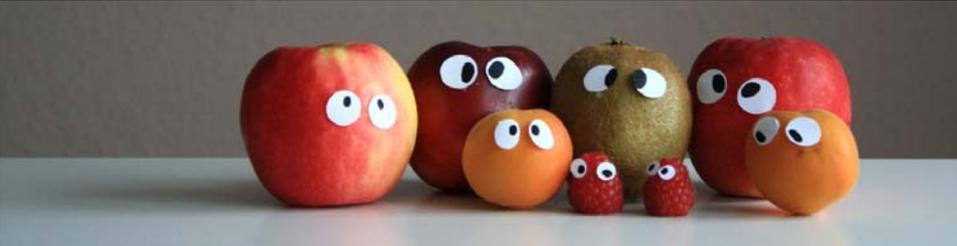
Die nachfolgenden Organisationen unterstützen diese Erklärung von Patientensicherheit Schweiz und verpflichten sich, die darin formulierten Erkenntnisse und Empfehlungen in die Aktivitäten und Bemühungen ihrer Organisationen zu integrieren bzw. zu berücksichtigen.

- Berufsverband der dipl. Fachfrau/mann Operationstechnik HF SBV TGA
- Bundesamt für Gesundheit BAG
- Federatio Medicorum Chirurgorum Helvetia fmcCh
- GHOL - Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (Hôpital de Nyon)
- H+ Die Spitäler Schwyz
- HFR freiburger spitäler
- Hôpital de la Tour
- Kantonsspital Glarus
- Kantonsspital Graubünden
- Luzerner Kantonsspital
- Medizinalrat/Kommission UVG (MTK)
- Privatkliniken Hirslanden AG
- Sanität24
- sanitätssuisse
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK
- Schweizerische Heilgärtner-Vereinigung SBV
- Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation SGAR
- Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie SGC
- Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venereologie SGOV
- Schweizerische Gesellschaft für Gefässchirurgie SGG
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG
- Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie SGHC
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI
- Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie (SONC)
- Schweizerische Gesellschaft für Neuroradiologie (SONR)
- Schweizerische Gesellschaft für Otol., Hals- und Gesichtschirurgie SGGRL
- Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (swiss orthopaedics)
- Schweizerische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (SWISS PLASTIC SURGERY)
- Schweizerische Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
- Schweizerische Gesellschaft für Urologie (SWISS UROLOGY)
- Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiologie SGA
- Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen GdK
- Schweizerische Vereinigung der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren SVPL
- Schweizerische Vereinigung der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren SVS
- Schweizerische Vereinigung des Pflegepersonals für Operationslagerungen SVPOL
- Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme SGS
- Schweizerischer Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales BGS
- Spital Thurgau AG
- Spitalzentrum Biel AG
- SPO Patientenschutz Schweiz
- Universitäre Medizin Schweiz
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH
- Vereinigung für helvetisches OP-Personal LOPS

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Referat Dr. med. Michel Romanens, Präsident Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS

Fairfond  www.vems.ch 



Qualitätsmessung aus medizinethischer Sicht

Publikumsvortrag PRO KSO, 23. Mai 2016
Dr. med. Michel Romanens, Verein Ethik und Medizin Schweiz

Fairfond  www.vems.ch 

Fragestellung

Medizinische Qualität: Medizinethische Sicht

Probleme bei der Qualitätsmessung?

Ziele der Qualitätsmessung?

Lösungsansätze der Qualitätsmessung?

Fairfond 

www.vems.ch 

Medizinischer Qualitätsbegriff

Medizinische Qualität lässt sich aufteilen in:

- ▶ Qualität der Abklärung
- ▶ Qualität des **Indikationsentscheids**
- ▶ Qualität der Behandlung, der Abläufe und des Outcome

Davon ist das Kriterium der Indikationsqualität am höchsten zu gewichten. Bei einem falschen Indikations- und Behandlungsentscheid helfen die besten Abklärungen und Abläufe nichts, die Behandlung ist nicht nur von schlechter Qualität, sondern unter Umständen sogar gefährlich.

Der Begriff der medizinischen Zweckmässigkeit umfasst die qualitative Beurteilung in allen drei Aspekten mit richtiger Gewichtung.

Fairfond 

www.vems.ch 

Was soll beurteilt werden?

Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit in der Medizin

Qualität des Assessments

- ▶ Abklärungqualität einer Verdachtsdiagnose

Qualität der Indikation

- ▶ zweckmässig [appropriate]
- ▶ fraglich [uncertain]
- ▶ unzweckmässig [inappropriate]

Wirksamkeit der Therapie

- ▶ positiv: gut, mässig, gering
- ▶ negativ: gefährlich, schädlich

Fairfond www.vems.ch 

Wie kann gemessen werden?

Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit der Kontroll-Instrumente

- ▶ **Beobachtende Methode: Vergleichsbeobachtungen**
Häufigkeiten (Komplikationen, Patientenzufriedenheit, Sterberaten, Wirtschaftlichkeitsprüfungen)
- ▶ **Analytische Methode: Einzelfallprüfungen anhand von Audits**
 - Aerzterapport:** Tägliche Audits durch den Chefarzt / Stv
 - Kostengutsprachen:** Kostenvermeidung, fachfremde Beurteilung
 - Initiative Qualität in der Medizin (IQM):** Audits in Spitälern bei Beobachtung von erhöhten Sterberaten (v.a. DE, CH-Unikliniken)
 - Random expert audits:** zufällig Auswahl mit Expertenprüfung von Indikationsentscheiden und Behandlung-Qualität

Fairfond www.vems.ch 

Wie gut wird gemessen (Qualität der Kontrolle)?

Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit der Kontroll-Instrumente

Effekte der Kontrollen auf

- Klinischen Fortschritt
- Betriebliche Kosten-Effizienz
- Volkswirtschaftliche Kosteneffizienz
- Anreize («incentives», «dysfunctional medicine», «money driven medicine»)
- Rationierung
- Patientensicherheit

Effekt Richtung (positiv oder negativ?)

- Senkung der Kosten bei gleichzeitiger Erhöhung der Wirksamkeit
oder
- Erhöhung der Kosten bei gleichzeitiger Senkung der Wirksamkeit

Fairfond  www.vems.ch 

Einflussgrössen Sterberaten

«Der Bund publiziert Sterberaten von Spitälern für einzelne Behandlungen (z.B. Herzinfarkt, Pneumonie)»

Einflussgrössen auf Sterberaten:

- Datenbank-Fehler (Lücken im Register)
- Kodierungsfehler (falsche Diagnosen)
- Ärztedichte/Spitaldichte
- Simpsons Paradox
- DNR (do not resuscitate)
- Behandlungs-Qualität
- Morbidität/Multimorbidität/Morbiditäts-Schweregrad
 - ▶ **HSMR** : Hospital Standardized Mortality Ratio
 - ▶ korrigiert für bekannte / erfasste Einflussgrössen

Fairfond  www.vems.ch 

1

Der direkte Vergleich von vier kommerziellen Software-Anbietern zur Generierung von HSMR zeigt, dass die Korrelation untereinander niedrig ist.

Fairfond

www.vems.ch

Verein Ethik und Medizin Schweiz
VEMS

«Statistische Korrelation von 4 HSMR Tools in 78 U.S. Spitälern» N Engl J Med 2010;363:2530-9

Variability in the Measurement of Hospital-wide Mortality Rates

Methods	Correlation Equally Weighted
UHC-Premier vs. 3M	0.74
UHC-Premier vs. Thomson Reuters	0.38
UHC-Premier vs. Dr. Foster	0.53
3M vs. Thomson Reuters	0.48
3M vs. Dr. Foster	0.48
Thomson Reuters vs. Dr. Foster	0.36

Fairfond

www.vems.ch

Verein Ethik und Medizin Schweiz
VEMS

2

Gemäss Simpson Paradox beeinflusst der Case-Mix auch bei perfekt standardisierter HSMR die Resultate





www.vems.ch

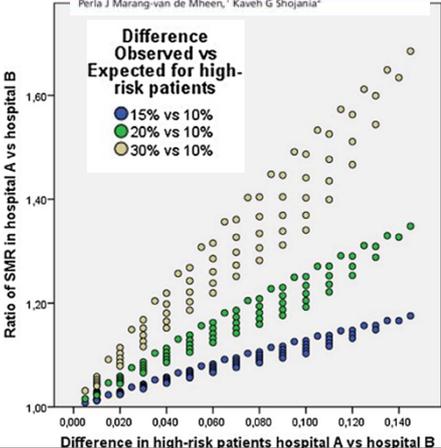
Simpson's paradox: how performance measurement can fail even with perfect risk adjustment

«Trotz perfekt simulierter HSMR erzeugt das Simpson Paradox ein Mislabeleding»

BMJ Qual Saf 2014;23:701–705

Die Graphik zeigt die HSMR für Spital A und B, welche Patienten mit niedrigem und hohem Risiko gleich gut behandeln. Im Spital A ist aber die Zahl der Patienten mit hohem Risiko höher, weswegen mehr Todesfälle auftreten mit dem Effekt, dass die HSMR ansteigt.

Perla J Marang-van de Mheen,¹ Kaveh G Shojania²



Difference Observed vs Expected for high-risk patients

- 15% vs 10%
- 20% vs 10%
- 30% vs 10%





www.vems.ch

3

Eine der wichtigsten Einflussgrößen auf die Sterblichkeit ist die DNR:

DO NOT RESUSCITATE

Fairfond www.vems.ch 

**Sterbedaten zur Qualitätssicherung ungeeignet
Deutsche Aerztezeitung 05/2016**

Professor Töpper (Neurozentrum Asklepios Klinik)

142 Patienten, die in der Klinik zwischen 2012 und 2014 gestorben waren. Knapp 40 Prozent von ihnen hatten eine Patientenverfügung, bei 96 Prozent wurde vor dem Tod eine Therapielimitierung über eine DNR-Anordnung („do not resuscitate“, DNR) beschlossen. Solche Maßnahmen haben einen großen Einfluss auf die Mortalitätsstatistik.

Fairfond www.vems.ch 

**Sterberisiko im Spital
nach intrazerebraler
Blutung**

Stroke, 2004;35:1130-34

8233 Behandlungen in
234 Spitälern

TABLE 2. Two-level Multivariable Analysis of Independent Predictors of In-Hospital Mortality after Intracerebral Hemorrhage

Patient Characteristic	Odds Ratio (95% CI)	P
Patient Age	1.24 (1.18–1.31)	<0.001
Patient was intubated or mechanically ventilated	14.37 (12.54–16.46)	<0.001
Hospital DNR Rate*	3.28 (2.07–5.19)	<0.001
Hospital Craniotomy Rate*	0.61 (0.27–1.37)	0.23
Hospital ICH Volume	0.99 (0.96–1.01)	0.35
Teaching Hospital	0.91 (0.74–1.13)	0.40
Rural Hospital	0.81 (0.60–1.08)	0.16

Odds ratio is expressed per 10 years of age and per 10 patients of hospital ICH volume. Analysis is adjusted for individual patient gender, race, and insurance status and hospital trauma center designation.

*Odds ratios for hospital DNR rate and hospital craniotomy rate are for usage in all ICH cases at a hospital compared to usage in no cases.

Fairfond www.vems.ch 

4

**Vermeidbare Todesfälle in
den USA im Spital: 2-3:10'000
hospitalisierten Personen**

PERFORM RANDOM AUDITS

Fairfond www.vems.ch 

Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors

Preventability Is in the Eye of the Reviewer

Figure. Patient Deaths Selected for Review

```

    graph TD
      A["1394 Admissions in 1994-1995  
With Selected Hospital-Acquired  
Laboratory Abnormality"] --> B["422 In-Hospital Deaths"]
      C["123 525 Admissions in 1994-1995  
Without Selected Hospital-Acquired  
Laboratory Abnormality"] --> D["3756 In-Hospital Deaths"]
      B --> E["101 Deaths Randomly  
Sampled and Screened"]
      D --> F["78 Deaths Randomly  
Sampled and Screened"]
      E --> G["179 Total Deaths  
Randomly Sampled  
and Screened"]
      F --> G
      G --> H["111 Active-Care  
In-Hospital  
Deaths"]
      G --> I["68 Ineligible*"]
  
```

Fairfond www.vems.ch 

Table 3. Reviewers' Estimates of Patient Prognosis and Probability That Death Was Preventable by Optimal Care

	Active-Care Deaths Estimated as Preventable, % (95% Confidence Interval)*	Preventable Deaths per 10 000 Admissions†
Rated as at least possibly preventable (unadjusted)	22.7 (13.5-31.8)‡	23-61
Adjusted for probability of leaving the hospital alive	6.0 (3.4-8.6)§	6-16
Adjusted for probability of leaving the hospital and Reliability and skewness of reviews	1.3 (1.0-1.5)	2-3
Reliability and probability of living ≥ 3 mo in good cognitive health	0.5 (0.3-0.7)	0.5-1.4

*Estimates are based on 383 physician implicit reviews of 111 active-care deaths.
†Estimates are based on the overall mortality rate at study hospitals, the percentage of deaths that received active care, and the 95% confidence intervals of the preventable death estimates.
‡Unweighted results showed that 98 (25.6%) of 383 reviews rated death as at least possibly preventable.
§Unweighted result was 6.4% (SD, 14%).

Fairfond www.vems.ch 

5

**Die Kommunikation von Sterberaten
führte in den USA zu einer höheren
Mortalität bei kompliziertem
Herzinfarkt als Folge des Risk
Avoidance Creep**
(Level of Evidence: Observational Study).

**DO NOT COMMUNICATE DEATH
RATES**

Fairfond www.vems.ch

«Risk avoidance creep» bedeutet, dass man durch die selektive Behandlung (case selection) weniger schwer kranker Patienten die Sterberaten künstlich senken kann.

Resnic, J Am Coll Cardiol 2009;53:825–30

Figure 3 Potential for "Risk Avoidance Creep"

Fairfond www.vems.ch

«Risk avoidance creep ist in U.S. Staaten mit öffentlicher Mitteilung von Sterberaten nach Herzinfarkt assoziiert mit einem erhöhten Risiko der unterlassenen Behandlung mit PCI (perkutaner Koronarintervention).

Ergebnis: 30% höheren Sterberate bei gleichzeitig niedrigerer PCI-assoziiertes Sterberate»

J Am Coll Cardiol 2015;65:1119–26

FIGURE 1 Rate of In-Hospital Mortality for AMI Stratified by Public Reporting and PCI, 2005 to 2011

Adjusted Odds Ratios

← Lower in Reporting Higher in Reporting →

$P < 0.001$



www.vems.ch



Sterberaten - Logik und Evidenz

► Die Operationalisierung von Spital-Sterberaten führt zu einem «Mislabeling», erhöht das Risiko für schwer kranke Patienten, die behandelt werden wollen, zu sterben, und erhöht das Risiko, dass eher gesunde, die wohl kaum sterben, überbehandelt werden.

Logik A: ein Spital mit vielen Todesfällen hat eine schlechte Behandlungsqualität ist falsch, da empirisch nicht bewiesen. Die Behandlungsqualität lässt sich überhaupt nicht aus Sterberaten ablesen (Problem der Statistik mit kleinem Zähler).

Logik B: ein Spital mit wenig Todesfällen hat eine gute Behandlungsqualität ist falsch: durch Risikoselektion passen Spitäler Sterbestatistiken an den Benchmark an. Auf der Strecke bleiben die schwer Erkrankten, die trotz Behandlung sterben könnten.

Schlussfolgerung: «Das BAG operationalisiert Sterberaten als Qualitätsinstrument und fördert damit paradoxerweise die Spitalmortalität, wenn ein Spital diesen Qualitäts-Benchmark in den klinischen Abläufen akzeptiert und operationalisiert».



www.vems.ch



Wie weiter?

Diskussion um Qualität der Qualitätsmessungen ► was kann der Benchmark?

Klinischer Fortschritt	wissenschaftlicher Erklärungsgehalt Evidenz für verbesserte Abläufe Verbesserte Lern-Kybernetik Verbesserte Behandlungsqualität
Ethik und Patientensicherheit	Mislabeling von Institutionen Fall-Selektion wegen dem Benchmark Erhöhtes Risiko für Patienten Akzeptanz
Vermeidbare Kosten Falsche Anreize	Erfasst «money driven medicine» Erkennt «dysfunktionale Medizin» Prüft die Qualität des Indikationsentscheids Revalidierung dysfunktionaler Aerzte

Hypothetical effects of benchmarks		Type of benchmark	
		Comparative	Random Audit
Category	Value: + positive effect / - negative effect Scores: 1=low; 5=high	Big Data	Expert
Clinical progress and improvements in work flow	Explanatory scientific content	1	5
	Evidence for clinical improvements	1	5
	Improve learning kibernetics	2	5
	Capability to improve workflows	1	5
	Capability to control intervention quality	2	5
	Capability to filter out unexpected problems	3	3
Ethical issues and patient safety	Capability to perform second opinion audits	0	5
	Low potential for mislabeling	-3	5
	Case selection in order to adhere to benchmark	-3	5
	Decrease of risks for patients	-3	5
Finances and avoidable costs	Acceptance of process	-3	5
	Capability to detect "money driven medicine"	-3	5
	Usage of intellectual resource	1	5
	Cost efficiency / decrease in resource utilization	-2	5
Detect wrong incentives Capture money driven dysfunctional medicine	Ability to decrease overall costs in health care	-3	5
	Avoidance of wrong incentives	-1	5
	Capability to check indication quality	-4	5
	Capability to prevent dysfunctional medicine	-4	5
	Capability to detect fraud at the proof level	-4	5
	Capability to reduce unnecessary medicine	-5	5
Sum of Scores		-33	93

Hypothetical effects of benchmarks		Type of benchmark	
		Comparative	Random Audit
Category	Value: + positive effect / - negative effect Scores: 1=low; 5=high	Big Data	Expert
Clinical progress and improvements in work flow	Explanatory scientific content	1	5
	Evidence for clinical improvements	1	5
	Improve learning kibernetics	2	5
	Capability to improve workflows	1	5
	Capability to control intervention quality	2	5
	Capability to filter out unexpected problems	3	3
Ethical issues and patient safety	Capability to perform second opinion audits	0	5
	Low potential for mislabeling	-3	5
	Case selection in order to adhere to benchmark	-3	5
	Decrease of risks for patients	-3	5
Finances and avoidable costs	Acceptance of process	-3	5
	Capability to detect "money driven medicine"	-3	5
	Usage of intellectual resource	1	5
	Cost efficiency / decrease in resource utilization	-2	5
Detect wrong incentives Capture money driven dysfunctional medicine	Ability to decrease overall costs in health care	-3	5
	Avoidance of wrong incentives	-1	5
	Capability to check indication quality	-4	5
	Capability to prevent dysfunctional medicine	-4	5
	Capability to detect fraud at the proof level	-4	5
	Capability to reduce unnecessary medicine	-5	5
Sum of Scores		-33	93

Fairfond

www.vems.ch



Fragestellung

Medizinische Qualität: Medizinethische Sicht

Probleme bei der Qualitätsmessung?

- ▶ Ja, es besteht ein Potential für negative Effekte

Ziele der Qualitätsmessung?

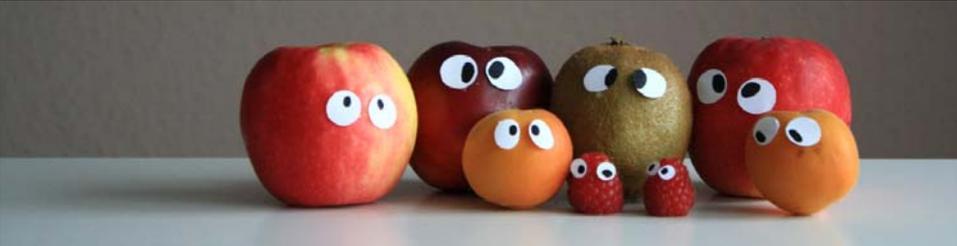
- ▶ Abbau dysfunktionaler Medizin

Lösungsansätze der Qualitätsmessung?

- ▶ **Audits:** Verbesserte analytischen Methoden (Ursachenforschung) zur Erfassung dysfunktionaler Medizin auf wissenschaftlicher Ebene.
- ▶ **Observation:** Big Data / Beobachtungsstudien ▶ **Mislabellings-Potential:** sie dienen deshalb nur der Generierung einer wissenschaftlich zu formulierenden Hypothese und dürfen selber nicht als Beweismittel für dysfunktionale Medizin verwendet werden.

Fairfond

www.vems.ch



<http://physicianprofiling.ch/AuditsInMedicine.pdf>

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit!

**Referat Prof. Dr. med. Markus Zuber, Ärztlicher Direktor Solothurner Spitäler soH, Chefarzt
Chirurgische Klinik, Kantonsspital Olten**

Medizin und Qualitätsmessungen: Gemeinsam zum Erfolg



Medizinische Praxis

IG pro KSO
Olten 24. Mai 2016

Prof. Dr. med. Markus Zuber
Chefarzt Chirurgische Klinik KSO
Ärztlicher Direktor soH

Medizin und Qualitätsmessungen: Gemeinsam zum Erfolg



Schweiz am Sonntag, Nr. 45, 6. November 2015

22. WIRTSCHAFT

BAG-Chef: Spitäler ungenügend

Die Spitäler tun zu wenig für die Sicherheit ihrer Patienten, warnt das Bundesamt für Gesundheit

Notenstein zahlt 61 Millionen für Bank La Roche

VON MICHAEL MEIER

Alles, was für die Kaufmann-Fachwelt Notenstein die Übernahme der Bank La Roche angeht, ist ihm ein Spielball. Inzwischen hat die neue Bank offiziell den Namen La Roche Privatbank übernommen, die der 56-Jährige am Sonntag verkündete, er werde nun erstmals, wie viel die 16 Güter für die Banken der Bank Traditionen besitzt haben. Demnach erheben die La Roche-Präsidenten dieser Tage gut 13 Millionen Franken überweisen, was gut 13 Prozent der übertragene Kapitalvermögen entspricht. Sollte sich dieses Wert bis Ende Oktober 2016 noch erhöhen, wird laut Zeitung eine zusätzliche Überweisung fällig. Notenstein hat die Kontrolle über die Zahlen auf Anfrage.

Der Kaufmann hat jedoch keine Beziehungen, nicht aber die Bank, an Unternehmen. Entsprechend wird ein Kauf Eigentümern übertragen, es bleibt bei den Notenstein-Familien, die damit in der Schweiz die Abwicklung der alten Bank beenden müssen, die heute als La Roche AG firmiert. La Roche hat sich in kürze mit der DNA auf eine Bilanz von 6,2 Milliarden Franken im August der Steuerprüfung gestellt.

Notenstein, auch die repräsentativen Eigenschaften und dem Banker Notenstein, ist mit der Bank bezahlt. Nicht weniger wichtig ist die Bank, die sich von einer 100-prozentigen Minderheitsbesitzung handelt.

DER VERTRAG ZWISCHEN Notenstein und La Roche enthält eine spezielle Klausel...

WILL eine sichere Chirurgie in der Schweiz? BAG-Direktor Pascal Strübel.

VON DER OECD präsentiert Strübel Zahlen zu den Spitäler in der Schweiz.

Sicherheit der Patienten überlässt, will den sie wieder in dieses Spiel gehen? Haben sie vollständige Antworten bekommen?

Methodisch seien die Bewertungsinstrumente zu unterstützen, die stehen im Gegensatz zu den vorgefertigten Modellen.

Compass präsentiert erstmals Ergebnisse aus seinem neuem Spitalerfolgsindex. Die Spitaler schlossen scharf zurück.

VON ANILAS VONTEL

Schlich im Ton war, wie Anil Vontel berichtet, inhaltlich aber war es klar, was Pascal Strübel nämlich in dem neuen Forschungsbericht vor der Oberen des Bundesamts für Gesundheit BAG sagte: Das Bild einer verengten Flugschneise und darüber den Bereich, in dem die Gesundheitsversorgung in der Schweiz, vor allem in der Schweiz, ist. Das liegt Strübel daran, warum er über den Index des Gesundheitswesens nicht, sondern Patienten erleben im Spital einen medizinischen Zwischenfall, die Hälfte davon seien laut Strübel, Strübel vermerkt. Auf die Schweiz übertragen, wird der große Strübel behaupten, dass jedes Jahr ungefähr 1000 Patienten einen vermeintlichen Zwischenfall erleben. Und damit stimmt nicht ganz, die Schweiz würde heute zu den anderen Industrieländern, wie die BAG-Direktor zwei schwache Stellen hat.

«Wäre das Gesundheitswesen ein Flugzeug, nur Hasardeure würden damit fliegen, Nervenkitzel-Suchende oder jene, die des Lebens müde sind»



Schweiz am Sonntag, Nr. 45, 8. November 2015

genügend
desamt für Gesundheit

Notenstein zahlt 61 Millionen für Bank La Roche
VON MICHAEL HELL

Saber cal S einer
 Der Direktor der Gesundheitsbehörde (BAG) hat eine da unglücklichen Flugzeuges u
 Spruch: «Wäre das Ge ein Flugzeug, nur Hasardeure damit fliegen, Nerven oder jene, die des Lebens müde sind»
 Dann legte Struppler «Handlungsbedarf» im sen sieht, jeder zehnte F Spital einen medizinis fall. Die Hälfte davon se tionalen Studien verm Schweiz übertragen, wi Struppler bedeuten, dass fähr 60 000 Patienten e ren medizinischen Zw dem. Und damit niema die Schweiz stünde bess Industriestaaten, schob zwei schauenge Statistike
VON DER OECD präse Zahlen zu medizinische

soH
solothurner spitäler ag

Medizin und Qualitätsmessungen: Gemeinsam zum Erfolg



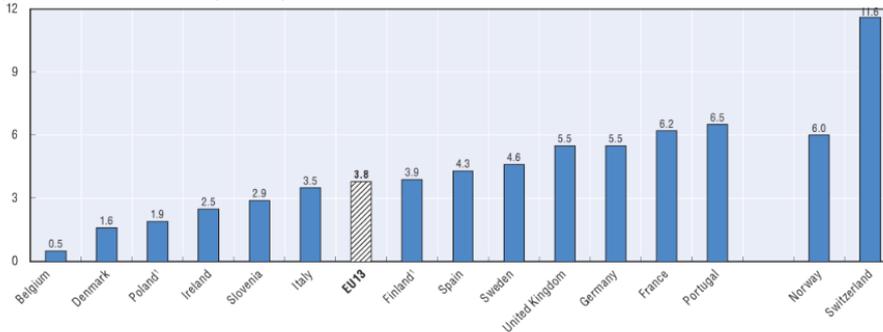
2 Studien

1. Zurückgelassene Fremdkörper
2. Swissnoso postoperative Infekte

1. Studie OECD Fremdkörper

4.5.3. Foreign body left in during procedure in adults, 2011 (or nearest year)

Adjusted rates per 100 000 medical and surgical discharges



Note: Some of the variations across countries are due to different classification systems and recording practices.

1. The average number of secondary diagnoses is < 1.5.

Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933155709>

2. Studie Swissnoso postop. Infektionen

«Infektionsrate in der CH vergleichsweise hoch»

- Definition Wundinfekt
- Internationaler Vergleich

2. Studie Swissnoso postop. Infektionen



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung
in Spitälern und Kliniken

- H+ Spitalverband
- Santésuisse
- Kantone
- Eidgenössische Sozialversicherer

Limitierte Vergleiche mit anderen Ländern

Die Schweizer Methode basiert auf den Vorgaben der US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) und ist weitgehend vergleichbar mit anderen internationalen Erfassungsprogrammen. In der Schweizer Auswertung sind Fälle berücksichtigt, die bis 30 Tage nach der Operation dokumentiert sind. Dies, weil Infektionen bei kurzen Spitalaufenthalten oft erst nach der Entlassung auftreten. Die telefonische Nacherfassung 30 Tage nach dem Eingriff - die postdischarge surveillance (PDS) - beeinflusst die Resultate und die Vergleichbarkeit mit anderen Ländern deshalb grundlegend. Für die Schweiz nachteilige Vergleiche müssen aus diesem Grunde vorsichtig interpretiert werden, gerade weil Swissnoso mit der PDS eine sehr intensive Nachverfolgung der Patienten praktiziert. Diese intensivere Suche nach Fällen dürfte zu einer höheren Infektionsrate führen.

Die Schweiz in der Vorreiterrolle

Mit der Erfassung der Fälle nach Spitalentlassung und der Validierung der Infektionserfassung - welche in die aktuellen Resultate noch nicht eingeflossen ist - ist das Schweizer Programm im internationalen Vergleich einen Schritt voraus. Allerdings erwächst dadurch auch eine neue Herausforderung: Es gilt, eine entsprechende Lösung zu finden, damit die Daten in Zukunft zuverlässig mit jenen anderer Länder

- Archiv
- Rehakliniken schneiden sehr gut ab
- Weniger Wundliegen und Stürze im Spital
- Erwachsenenpsychiatrie: Positive Veränderung erkennbar
- Postoperative Wundinfektionsraten unverändert
- Akuf- und Kinderspitäler haben hochzufriedene Patienten
- Rehakliniken geniessen guten Ruf
- Gutes Zeugnis für Akuf- und

den Spitalaufenthalten nicht verlängern. Relativ niedrige gesamte Infektionsraten (wird den zudem nach Sectio caesarea (1.8 %) und nach orthopädischer (2.0 %, Hüfte 1.6 %) ausgemacht. Die Colonschirurgie (12.8 %) und die Magenbypassoperationen (7 %) verzeichneten demgegenüber häufiger postoperative Wundinfektionen.

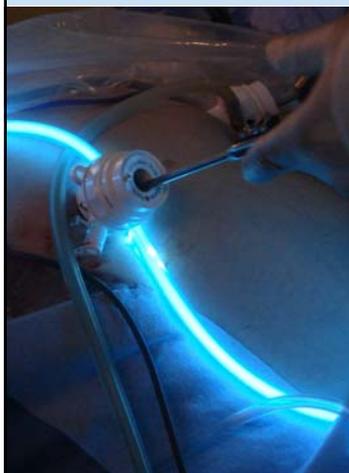
Limitierte Vergleiche mit anderen Ländern

Die Schweizer Methode basiert auf den Vorgaben der US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) und ist weitgehend vergleichbar mit anderen internationalen Erfassungsprogrammen. In der Schweizer Auswertung sind Fälle berücksichtigt, die bis 30 Tage nach der Operation dokumentiert sind. Dies, weil Infektionen bei kurzen Spitalaufenthalten oft erst nach der Entlassung auftreten. Die telefonische Nacherfassung 30 Tage nach dem Eingriff - die postdischarge surveillance (PDS) - beeinflusst die Resultate und die Vergleichbarkeit mit anderen Ländern deshalb grundlegend. Für die Schweiz nachteilige Vergleiche müssen aus diesem Grunde vorsichtig interpretiert werden, gerade weil Swissnoso mit der PDS eine sehr intensive Nachverfolgung der Patienten praktiziert. Diese intensivere Suche nach Fällen dürfte zu einer höheren Infektionsrate führen.

Die Schweiz in der Vorreiterrolle

Mit der Erfassung der Fälle nach Spitalentlassung und der Validierung der Infektionserfassung - welche in

Medizin und Qualitätsmessungen: Gemeinsam zum Erfolg



Um was handelt es sich?

Kriterien der Kritik – Kriterien der Beurteilung

1. Sicherheit der Patienten
2. Hohe Qualität der Behandlung

soH 2015

- Umsatz 532 Mio CHF
- Reduktion ~ 75 Mio CHF kumulativ 2014 - 2018 Kt. SO
- Gewinn 8.8 Mio CHF



Mitarbeitende soH (per 31.12.2015)

$n_{\text{total}} = 3770$

$n_{\text{Ärzte}} = 542$



Leistungszahlen soH

STATIONÄRE PATIENTEN (ZUSAMMENFASSUNG)

Austritte	2015	2014
Akutsomatik	26 258	24 976
Palliative Care	204	
Rehabilitation	324	354
Psychiatrie akut	2 102	1 921
Langzeitpflege	459	553
Total	29 347	27 804

AMBULANTE PATIENTEN

	2015	2014
Total	166 990	155 353

GEBURTEN

	2015	2014
Total	1 343	1 237

Spitallandschaft

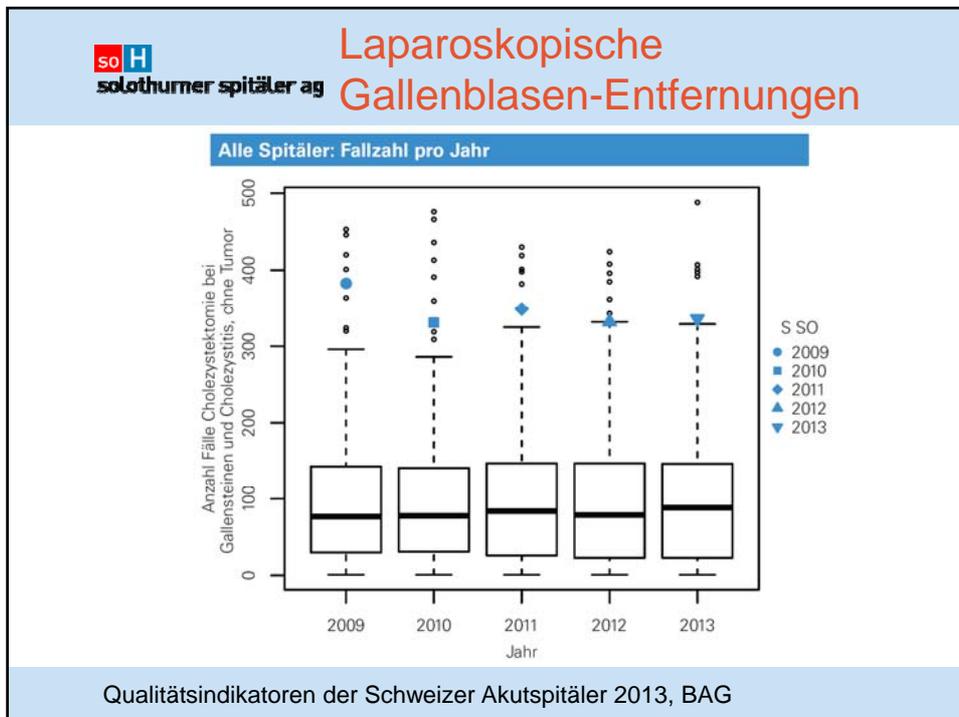
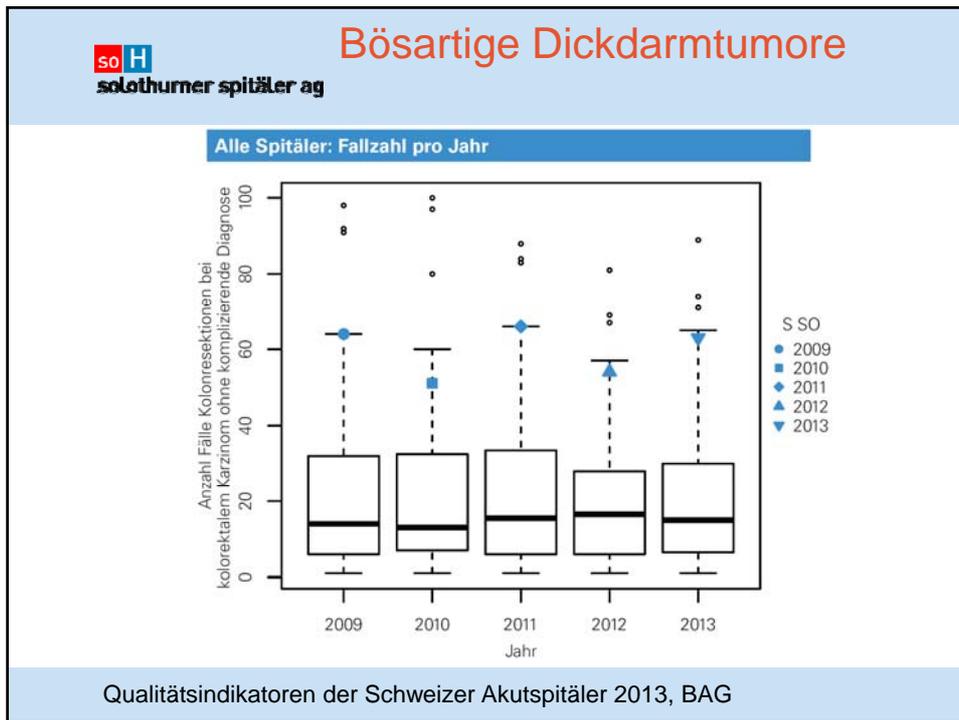
2014	 Spital Emmental	 Kantonsspital Aarau	 INSELSPITAL UNIVERSITÄTSSPITAL BASEL HOSPITAL UNIVERSITAIRE DE BASEL BASEL UNIVERSITY HOSPITAL	 2015 solothurner spitäler ag
Mitarbeitende	1'100	4'100	8'000	3'800
Stationäre Fälle	9'600	26'400	41'300	29'300
Ambulante Konsultationen	46'000	496'200	~ 520'000	401'500

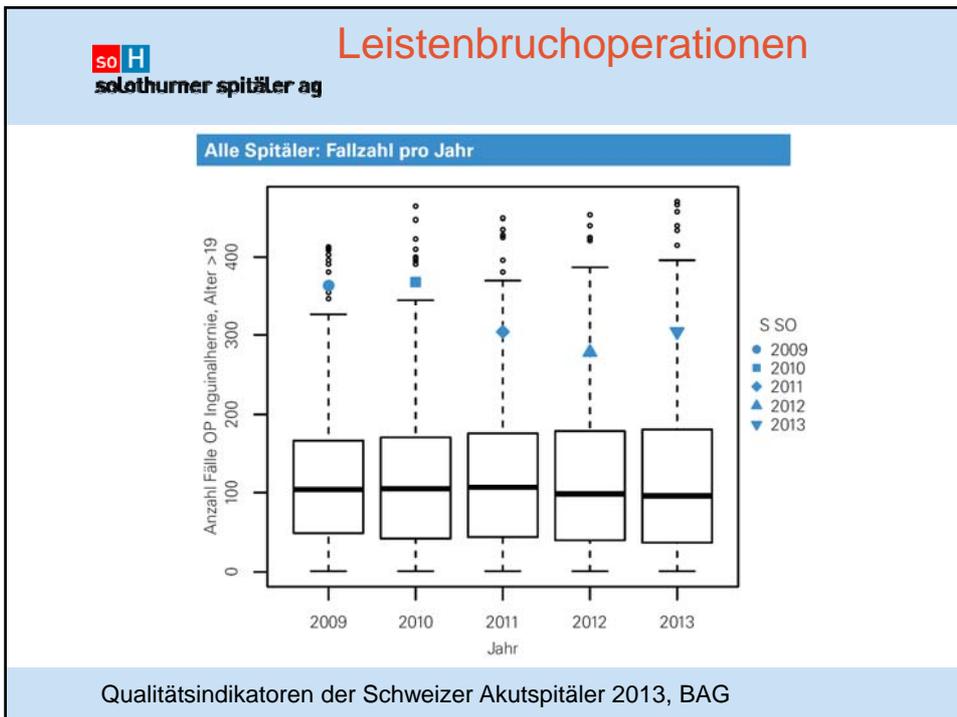
Quellen: Internetpublikationen Geschäftsberichte 2014 / 2015

Chirurgie soH: BSS – KSO – DO

Bedeutung

im Vergleich der Schweizer Gesundheitsdienstleister ?





soH
solothurner spitäler ag

soH: DRG Abrechnungen*

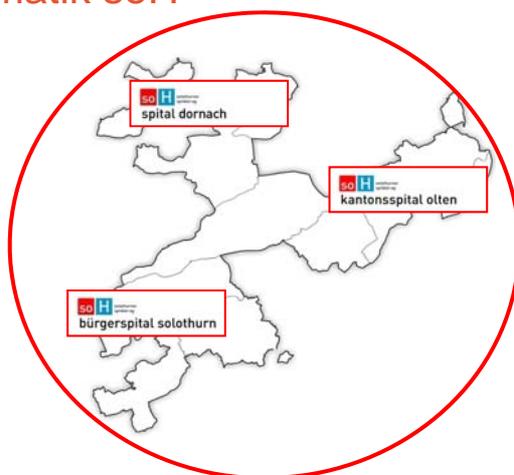
Top Ten aller Schweizer Gesundheitsdienstleister !

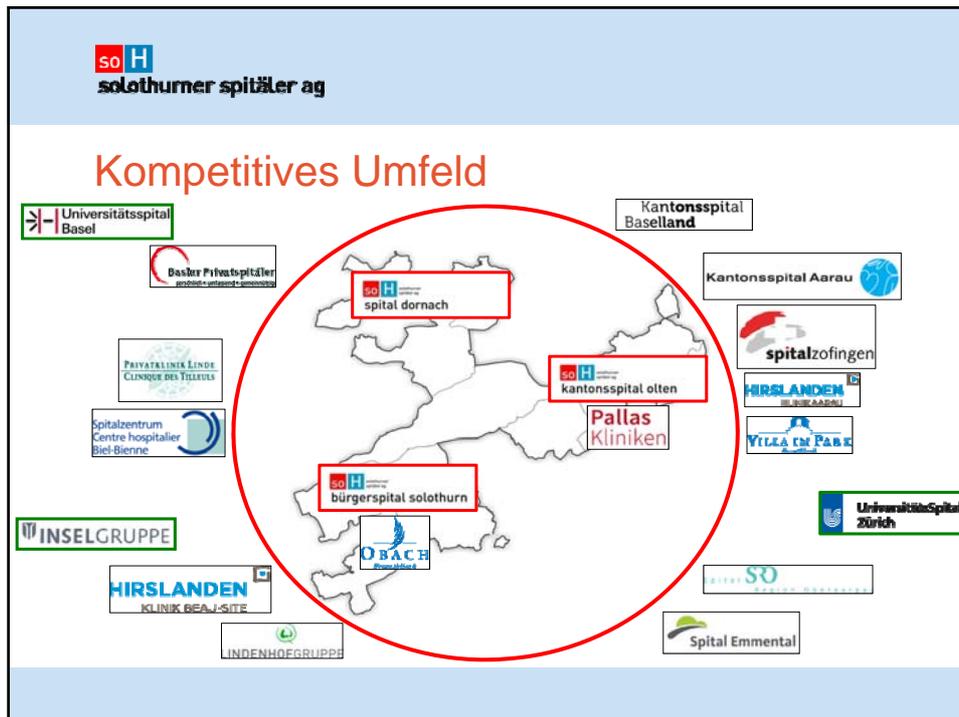
* Ohne die 5 Schweizer Universitätskliniken

soH

Key player im Schweizer Gesundheitssystem !

Akutsomatik soH





soH
solothurner spitäler ag

Kriterien der Kritik – Kriterien der Beurteilung

1. Sicherheit der Patienten
2. Hohe Qualität der Behandlung

1. Patientensicherheit



Konzept Patientensicherheit soH

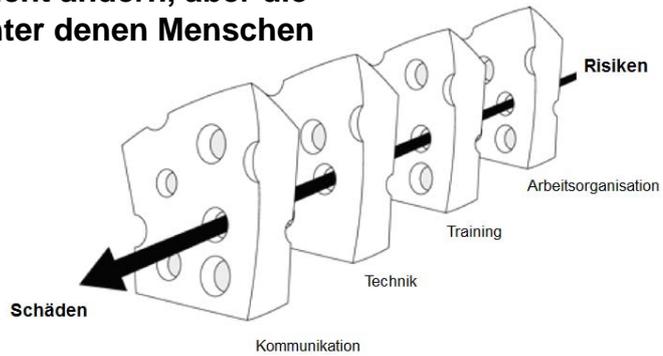
Ziel

Wir wollen unseren Patienten eine fehler-, komplikations- und schadenfreie Behandlung garantieren.

- Patientensicherheit geht alle an!
- Wir arbeiten nach einheitlichen Prozessen (Standards)!
- Wir verbessern unsere Prozesse stetig!
- Wir überwachen die Qualität unserer Arbeit!
- Wir leben eine offene Fehlerkultur und lernen aus Fehlern!

«Wir können die Art des Funktionierens von Menschen nicht ändern, aber die Bedingungen, unter denen Menschen arbeiten!»

James Reason



Löcher im Käse: Schwachpunkte im System (nach James Reason, 1997)

Quelle: Bezzola P, Präsentation Patientensicherheit in der Chirurgie, © Patientensicherheit Schweiz 2013

Beispiel Pflegestandards





solothurner spitäler ag

Beispiel Safe Surgery Checklist

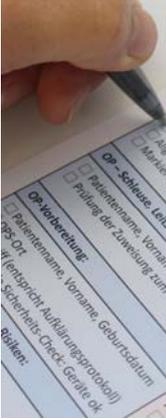
Checkliste Sichere Chirurgie – Safe Surgery Checklist Engpassort: Operativ Nordost Standort: Poliklinische Station  		
Detours: Auf der Abteilung: <input type="checkbox"/> Patientennamen, Vorname, Geburtsdatum <input type="checkbox"/> Aufklärungsprotokoll Operation <input type="checkbox"/> Aufklärungsprotokoll Anästhesie <input type="checkbox"/> Anästhesieprotokoll <input type="checkbox"/> Allgemeine Patientenunterlagen <input type="checkbox"/> Markierung OPIS-Seite	Vor Hautschnitt (Team Time Out) <input type="checkbox"/> Golemics OP-Team: alle bereit für Team Time Out? <input type="checkbox"/> Verantwortlicher Operateur / Anästhesist Aktive Bestätigung durch alle Anwesenden Teammitglieder, bzw. relevanten Berufsgruppen: <input type="checkbox"/> Patientennamen, Vorname, Geburtsdatum <input type="checkbox"/> Geplanter Eingriff und Operations-Ort / Seite <input type="checkbox"/> Korrekte Lagerung Prüfung der Antibiotikaprophylaxe: <input type="checkbox"/> Zeitpunkt, verabreicht (< 60 Min vor Skinroll) <input type="checkbox"/> Zusatz für intraoperative Wiederholung bereit <input type="checkbox"/> Laus: Primär keine AK bei V.a. Knocheninfekt <input type="checkbox"/> Nicht indiziert	Ende OPS (Sign Out) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 5px auto; text-align: center; line-height: 100px;"> Patientensignatur </div> Bestätigung: <input type="checkbox"/> Korrekte Zählung Instrumente, Tücher, Tupfer, Naseln <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar <input type="checkbox"/> Korrekte Bezeichnung der Proben und Abgleich mit Laborformularen und Beschriftung der Laborkellose <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
OP – Schluss, 1 einstelle: <input type="checkbox"/> Patientennamen, Vorname, Geburtsdatum <input type="checkbox"/> OPIS-Ort <input type="checkbox"/> Eingriff (entspricht Aufklärungsprotokoll) <input type="checkbox"/> Anästhesie Sicherheits Check: Geräte ok	Antizipation potentieller Ereignisse: Anästhesieplan: <input type="checkbox"/> Patientenspezifische Ereignisse (z.B. ICD, PM) Operateur: <input type="checkbox"/> Kritische oder ungewöhnliche OP Schritte <input type="checkbox"/> Operationsdauer <input type="checkbox"/> Primärer Blutverlust <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar	Material und Ausrüstungsprobleme: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Benennung)
OP Vorbereitung: <input type="checkbox"/> Patientennamen, Vorname, Geburtsdatum <input type="checkbox"/> OPIS-Ort <input type="checkbox"/> Eingriff (entspricht Aufklärungsprotokoll) <input type="checkbox"/> Anästhesie Sicherheits Check: Geräte ok	OP Fachpersonal: <input type="checkbox"/> Bestätigung der Sterilität (Instrumente, Material, inkl. Sterilisationsindikator) <input type="checkbox"/> Besondere/sonstige benötigte Ausrüstung <input type="checkbox"/> Richtige Implantate <input type="checkbox"/> Verfügbar, vorhanden <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar	Operateur, Anästhesist und OP-Fachpersonal <input type="checkbox"/> Information über die Hauptaspekte für die postoperative Betreuung und für die weitere Behandlung dieses Problems <input type="checkbox"/> Postoperative Verordnung Anästhesie ausgefüllt <input type="checkbox"/> Postoperative Verordnung Operateur ausgefüllt
Patientenspezifische Risiken: <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Nuchliegend <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Antikoagulation Atemwegs-Aspirationerisiko <input type="checkbox"/> Nilbilio von > 500 ml Blutverlust <input type="checkbox"/> Genügend iv-Zugänge <input type="checkbox"/> Tyce&Screen, BG bereit, Blut bereit <input type="checkbox"/> Sauerung ok <input type="checkbox"/> Hypothermiegefahr (Wärmer bereit) <input type="checkbox"/> Thromboembolie (SCD-Strümpfe) <input type="checkbox"/> Andere: ...	Rückgabe: Rv, IFS, CT, MRT-richtiger Patient - Selts <input type="checkbox"/> Vorhanden <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar	CIRS-Meldung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Aktualisiert: 07.08.2015, 11:05
 © Aufnahme für Kantonsspital Olten - Kanton Solothurn - Vets. J. J. J.



solothurner spitäler ag

Safe Surgery Checklist






Safe Surgery Checklist



Beispiel Sicherheitskontrollen Abgabe Blutprodukte

1. Sicherheitskontrolle: Patientenidentifikation bei der Verordnung
2. Sicherheitskontrolle: Patientenidentifikation bei der Blutentnahme
3. Sicherheitskontrolle: Abgabe des Blutprodukts im Labor
4. Sicherheitskontrolle: Kontrolle des Blutprodukts  x4
5. Sicherheitskontrolle: Patientenidentifikation vor dem Verabreichen

4-Augen-Prinzip =  x4

soH
solothurner spitäler ag

anq

2. Qualität der Behandlung

Übersicht Messplan Akutsomatik 2016

Messung	Datenerfassung	Zustellung spital-spezifische Ergebnisse	Versand Nationaler Vergleichsbericht (an Spitäler)	Veröffentlichung durch ANQ	Bemerkungen
Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen	Datengrundlage med. Statistik BFS 2015	Mai/Juni 2017	Oktober 2017	noch offen	
Postop. Wundinfektions-Messung Swissnoso	Messperiode Okt. 2015 bis Sept. 2016	Februar 2017	Februar 2018 mit Möglichkeit zur Kommentierung der Ergebnisse	transparent April 2018	
Nationale Patientenbefragung inkl. Elternbefragung	September 2016	Februar 2017	Juli 2017 mit Möglichkeit zur Kommentierung der Ergebnisse	transparent Okt. 2017	
Prävalenzmessung Sturz & Dekubitus (inkl. Prävalenz-Messung Dekubitus Kinder)	Stichtag 8. November 2016	Februar 2017	Oktober 2017 mit der Möglichkeit zur Kommentierung der Ergebnisse	transparent Dez. 2017	
SIRIS Implantatregister	Erfassungsperiode Jan. – Dez. 2016	ab April 2017 (Quartalsberichte) online abrufbar	Januar 2017 wissenschaftlicher Bericht mit aggregierten Ergebnissen (englisch)	noch offen	Basierend auf dem wissenschaftlichen Bericht wird eine Zusammenfassung in den Sprachen de, fr und it verfasst

soH
solothurner spitäler ag

anq

Rehospitalisations-Rate 2015

soH & Standorte	Re-Eintritte/ Austritte	Rate	Wertung
soH	1'075 19'533	5.50 % 5.07 %	C
BSS	566 9118	6,21 % 5,31 %	C
KSO	375 8040	4,66 % 4,89 %	B
DO	134 2375	5,64 % 4,77 %	C

soH
solothurner spitäler ag

anq

Reoperations-Rate 2015

soH & Standorte	Re-Op/ Gesamt	Rate	Wertung
soH	247 11'157	2.46 % 2.42 %	B
BSS	127 4813	2,64 % 2,55 %	B
KSO	127 4796	2,65 % 2,47 %	B
DO	20 1548	1,29 % 1,85 %	A

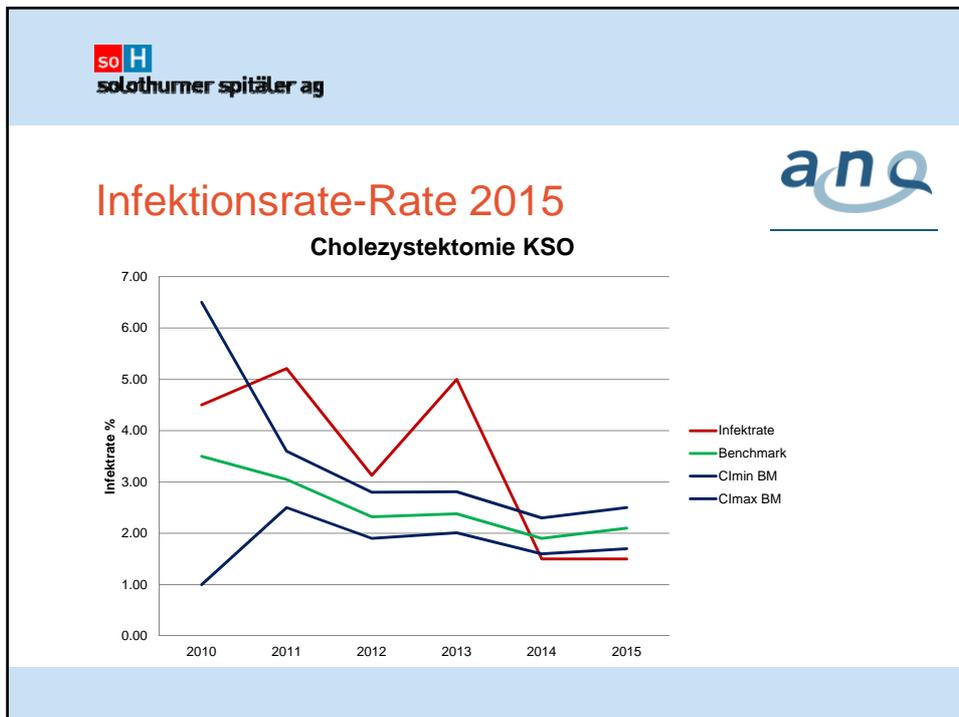
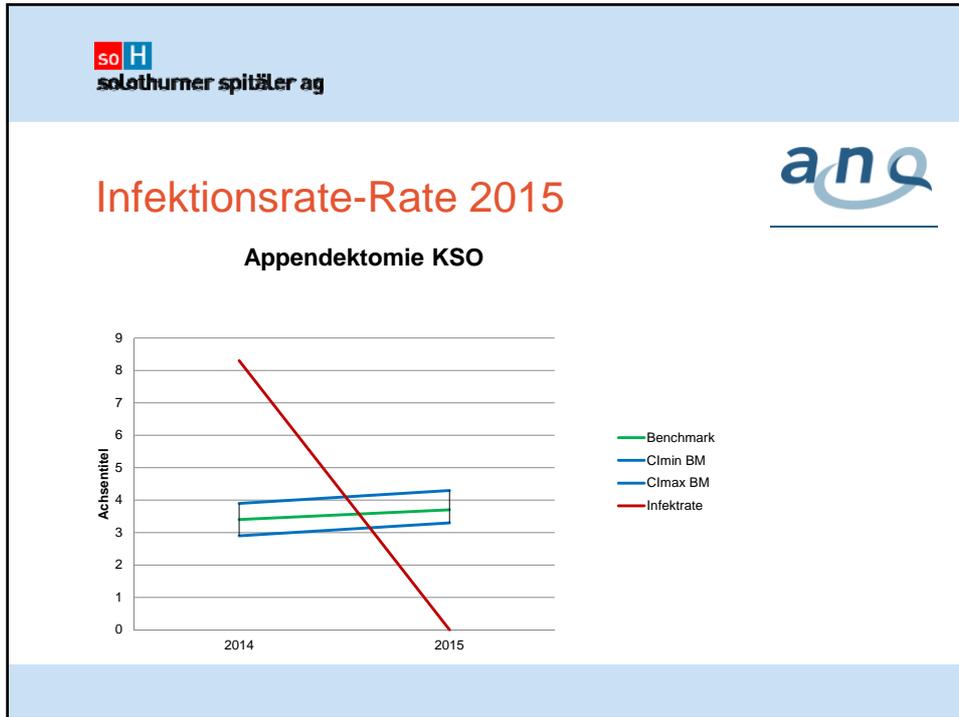
soH
solothurner spitäler ag

anq

2. Qualität der Behandlung

Übersicht Messplan Akutsomatik 2016

Messung	Datenerfassung	Zustellung spital-spezifische Ergebnisse	Versand Nationaler Vergleichsbericht (an Spitäler)	Veröffentlichung durch ANQ	Bemerkungen
Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen	Datengrundlage med. Statistik BFS 2015	Mai/Juni 2017	Oktober 2017	noch offen	
Postop. Wundinfektions-Messung Swissnoso	Messperiode Okt. 2015 bis Sept. 2016	Februar 2017	Februar 2018 mit Möglichkeit zur Kommentierung der Ergebnisse	transparent April 2018	
Nationale Patientenbefragung inkl. Elternbefragung	September 2016	Februar 2017	Juli 2017 mit Möglichkeit zur Kommentierung der Ergebnisse	transparent Okt. 2017	
Prävalenzmessung Sturz & Dekubitus (inkl. Prävalenz-Messung Dekubitus Kinder)	Stichtag 8. November 2016	Februar 2017	Oktober 2017 mit der Möglichkeit zur Kommentierung der Ergebnisse	transparent Dez. 2017	
SIRIS Implantatregister	Erfassungsperiode Jan. – Dez. 2016	ab April 2017 (Quartalsberichte) online abrufbar	Januar 2017 wissenschaftlicher Bericht mit aggregierten Ergebnissen (englisch)	noch offen	Basierend auf dem wissenschaftlichen Bericht wird eine Zusammenfassung in den Sprachen de, fr und it verfasst



soH
solothurner spitäler ag

anq

2. Qualität der Behandlung

Übersicht Messplan Akutsomatik 2016

Messung	Datenerfassung	Zustellung spital-spezifische Ergebnisse	Versand Nationaler Vergleichsbericht (an Spitäler)	Veröffentlichung durch ANQ	Bemerkungen
Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen	Datengrundlage med. Statistik BFS 2015	Mai/Juni 2017	Oktober 2017	noch offen	
Postop. Wundinfektions-Messung Swissnoso	Messperiode Okt. 2015 bis Sept. 2016	Februar 2017	Februar 2018 mit Möglichkeit zur Kommentierung der Ergebnisse	transparent April 2018	
Nationale Patientenbefragung inkl. Elternbefragung	September 2016	Februar 2017	Juli 2017 mit Möglichkeit zur Kommentierung der Ergebnisse	transparent Okt. 2017	
Prävalenzmessung Sturz & Dekubitus (inkl. Prävalenz-Messung Dekubitus Kinder)	Stichtag 8. November 2016	Februar 2017	Oktober 2017 mit der Möglichkeit zur Kommentierung der Ergebnisse	transparent Dez. 2017	
SIRIS Implantatregister	Erfassungsperiode Jan. – Dez. 2016	ab April 2017 (Quartalsberichte) online abrufbar	Januar 2017 wissenschaftlicher Bericht mit aggregierten Ergebnissen (englisch)	noch offen	Basierend auf dem wissenschaftlichen Bericht wird eine Zusammenfassung in den Sprachen de, fr und it verfasst

soH
solothurner spitäler ag

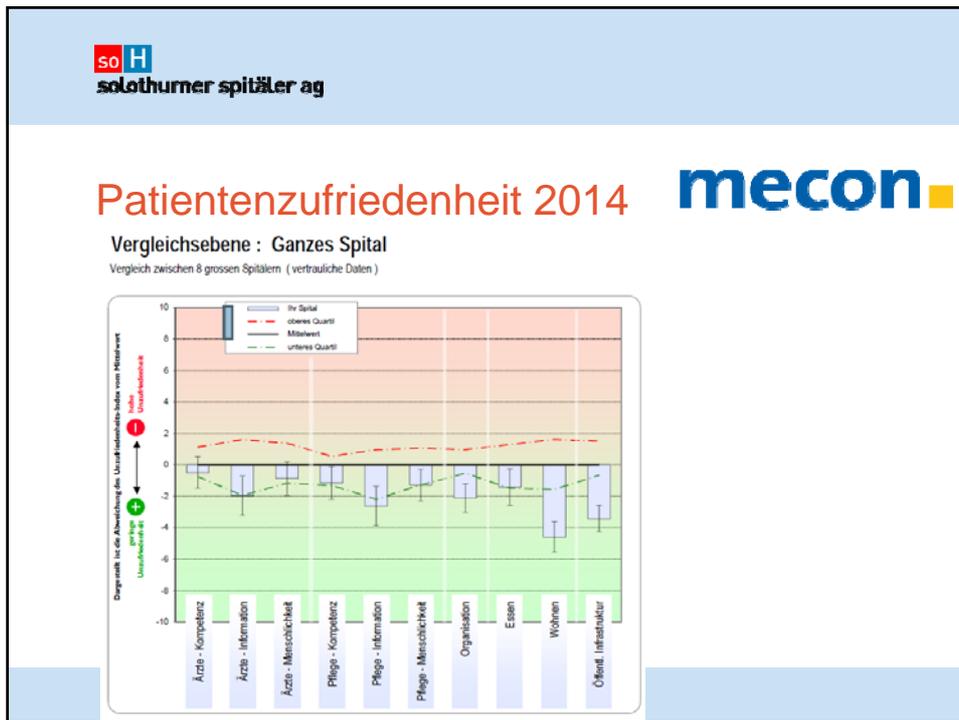
anq

Patientenzufriedenheit 2015

Vergleich 5 Fragen Patientenzufriedenheit ANQ September 2015
alle Standorte soH vs. MW alle Spitäler (198 Spitäler ganze CH) / vs. 2014

Fragen	Solothurn			Olten			Dornach		
	Wert Sept. 2015	Mittelwert alle CH-Spitäler Sept. 15	Wert Sept. 2014	Wert Sept. 2015	Mittelwert alle CH Spitäler Sept. 15	Wert Sept. 2014	Wert Sept. 2015	Mittelwert alle CH Spitäler Sept. 15	Wert Sept. 2014
1. Rückkehr ins Spital	8.92	9.21	8.90	8.93	9.21	9.20	9.29	9.21	9.20
2. Qualität der Behandlung	8.83	9.07	8.82	8.90	9.07	8.94	9.21	9.07	9.09
3. Arzt: Verständliche Antworten	8.98	9.11	8.88	8.99	9.11	9.17	9.27	9.11	9.37
4. Pflege: Verständliche Antworten	8.97	9.04	9.00	9.03	9.04	9.15	9.19	9.04	9.19
5. Behandlung mit Respekt	9.36	9.43	9.39	9.43	9.43	9.47	9.60	9.43	9.58

2015 Rücklauf BSS: 353 FB = 48% / Rücklauf KSO: 330 FB = 47% / Rücklauf DO: 123 FB = 47%



soH
solothurner spitäler ag

Qualitätsmessungen Chirurgie KSO

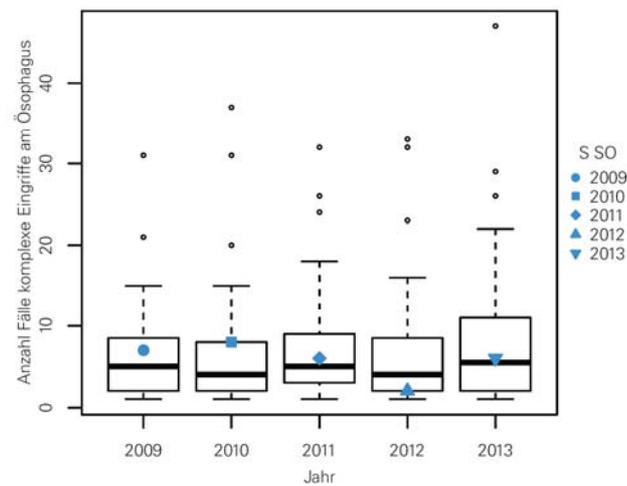
Fallvorstellung und Di
Morbidity and Mortalit
Outcome Appendicitis
Swiss NOSO Studie
AQC
Arbeitsgemeinschaft f
Seit 2000
SAKK Studien
Arbeitsgemeinschaft f
Oesophagus-, Rektumk
Sentinel Node Studien
Randomisierte Schwe
SWIFT Gefässchirurgi

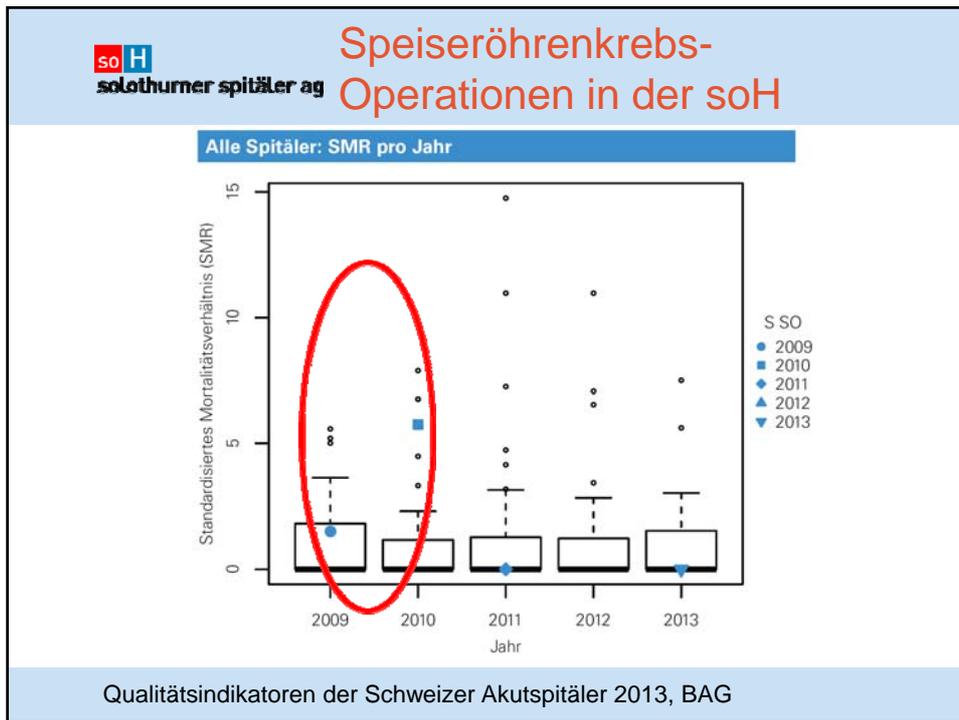
Nationale Regulation Hoch spezialisierte Medizin (HSM)

- Was haben die Mortalitätsdaten des BfS gebracht ?
- Beispiel am Speiseröhrenkrebs in der soH

Speiseröhrenkrebs- Operationen in der soH

Alle Spitäler: Fallzahl pro Jahr





soH
solothurner spitäler ag

Speiseröhrenkrebs- Operationen in der soH

Zeitreihe

Jahr	Fälle	von	p	pE	SMR
2013	0	6	0.0	8.6	0.0
2012	0	2	0.0	0.0	
2011	0	6	0.0	6.6	0.0
2010	2	8	25.0	4.3	5.8
2009	1	7	14.3	9.6	1.5
2008	0	4	0.0	2.1	0.0

Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2013, BAG

Massnahmen zur Qualitäts-Verbesserung

- **1. Schritt Verdichtung**
2 Chefärzte operieren diese Patienten zusammen.
- **2. Schritt Konzentration**
Diese Operationen finden an einem soH-Standort statt.

Speiseröhrenkrebs- Operationen in der soH

Zeitreihe

Jahr	Fälle	von	p	pE	SMR
2013	0	6	0.0	8.6	0.0
2012	0	2	0.0	0.0	
2011	0	6	0.0	6.6	0.0
2010	2	8	25.0	4.3	5.8
2009	1	7	14.3	9.6	1.5
2008	0	4	0.0	2.1	0.0

Massnahmen zur Qualitäts-Verbesserung

- Ab 2014 wegen des schweizweiten Leistungsauftrages durch die Organe der Hoch Spezialisierten Medizin (HSM)
 - ➔ *Keine* Speiseröhren-Operationen mehr in der soH

Massnahmen zur Qualitäts-Verbesserung

- Interkantonale Vereinbarung für die Hoch Spezialisierte Medizin (IVHSM)
 - Speiseröhrenkrebs
 - Grosse Lebereingriffe
 - **Grosse Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse**
 - **Tiefer Enddarmkrebs**
 - **Grosse bariatrische Chirurgie**

Chirurgie: Training / Simulation



Zertifizierungen soH

- Brustzentren - BSS
- Stroke Unit - KSO
- Palliativmedizin - BSS
- Rettungsdienst - KSO
- Labor - soH
- Zentralsterilisation - soH

Fazit

- Patientensicherheit geht alle an!
- Standards!
- Qualitätsmanagement!
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess!
- Lern- und Fehlerkultur!



➔ Patientensicherheit – Qualität – Wettbewerbsvorteil

Perspektive 2016 Peer Review Verfahren

- Audits durch medizinische Fachexperten der teilnehmenden Spitäler
- Qualität heben durch aktives Fehlermanagement
- Verbesserungspotential sichtbar machen
- Transparente Fehlerkultur
- Angemessene Veröffentlichung der Ergebnisse



so H
solothurner spitäler ag

Medizin und Qualitätsmessungen: Gemeinsam zum Erfolg



Aufarbeitung der Paneldiskussion

Im Anschluss an die drei Präsentationen der Panelisten wurde die Paneldiskussion eröffnet. Diese drehte sich um folgende drei Fragen:

- Wie gut bilden Qualitätsindikatoren medizinische Qualität ab?
- Können Qualitätsindikatoren Fehlanreize setzen?
- Wie hoch sind die Kosten der Qualitätsmessung, bzw. wie gut ist ihre Effizienz?

Im Folgenden wird die Aufarbeitung der Diskussion nach diesen Themen geordnet, nicht chronologisch.

Wie gut bilden Qualitätsindikatoren medizinische Qualität ab?

Oliver Peters hält fest, dass Gesundheit eine sehr komplexe Sache sei, weshalb es auch schwierig sei, medizinische Qualität zu messen. Ein Indikator alleine würde nicht genügen, es ginge um ein Set von Indikatoren, die einen Hinweis gäben, dass mit der Qualität eines Spitals eventuell etwas nicht stimme. Dem gelte es dann nachzugehen, was mit Audits geschehen könne. Auch seien, gerade im Bereich der Chirurgie, mit einheitlichen clinical pathways in der Regel recht schnell Verbesserungen zu erreichen. Das könne dann beispielsweise auch dazu führen, dass ein Spital seine Kompetenzen besser bündelt. Hier sei die Fallzahl ein sehr guter Indikator, Kompetenz abzubilden. Es ergebe keinen Sinn, wenn ein Spital einen Eingriff anbiete, der aufgrund der demografischen Situation gar nicht so oft durchgeführt werden könne, dass sich Kompetenz entwickle. Schlechte Chirurgen seien in einem Spital, das den betreffenden Eingriff öfters durchführe, besser. Die harsche Kritik an den BAG-Indikatoren, wie sie beispielsweise von Thierry Carrel angebracht werde, hält Oliver Peters für polemisch. Dagegen hält Markus Zuber, dass bereits innerhalb der Spitäler ein aufwändiges Qualitätsmanagement betrieben werde, welches Ressourcen binde. Jede weitere Qualitätskontrolle binde noch mehr Ressourcen, worunter aber die eigentliche Arbeit, die Heilung und Pflege, nicht leiden dürfe. Es gelte deshalb auch, eine gewisse Verhältnismässigkeit nicht aus den Augen zu verlieren. Verbesserungen, wie sie Oliver Peters schildere, würden in der SoH wie in jedem guten Spital bereits innerhalb des eigenen Qualitätsmanagements realisiert. Markus Zuber schildert dies an konkreten Beispielen der SoH. Michel Romanens stellt die Frage, inwiefern solche Qualitätsindikatoren dazu führen können, dass die Arbeit sich vor allem auf die Erfüllung der Indikatoren konzentriere, wobei dann unter Umständen die Erfüllung des eigentlichen Auftrags leide. Dies leitete über in die Fragestellungen der Fehlanreize, wie sie Michel Romanens in seiner Präsentation aufgezeigt hat.

Können Qualitätsindikatoren Fehlanreize setzen?

Die Moderation schildert den Fehlanreiz, dass ein Spital durch unzweckmässige Behandlungen gleichzeitig seine Fallzahl erhöhen und seine Sterberate tief halten kann, weil bei Eingriffen, die medizinisch nicht unbedingt nötig sind, die Wahrscheinlichkeit eines Todesfalls auch kleiner ist. Ein Spital könnte also durch Abweisen schwerkranker Patienten und Ausweitung der Behandlung auf weniger schwer Erkrankte einen Vorteil für sich realisieren, indem es dann als gutes Spital erschiene, obwohl es schlechte Medizin macht. Dieses Szenario hält Oliver Peters für eine Fiktion. Ein Spital habe eine Aufnahmepflicht, könne also nicht einfach Patienten abweisen, bloss weil die Gefahr bestehe, dass der Eingriff tödlich verlaufen könnte. Auch würde es sich herumsprechen, wenn ein Spital sich so verhielte. Dem hält Michel Romanens entgegen, dass es in den USA Studien gebe, die genau diesen Zusammenhang zwischen publizierten Sterberaten und Mortalität nahelegen würden. Dies wirft die Frage auf, ob es sinnvoll ist, solche Indikatoren zu publizieren. Oliver Peters plädiert dafür, denn erst der öffentlich zugängliche Vergleich gebe den Spitalern den Anreiz, ihre Qualität zu verbessern. Markus Zuber und Michel Romanens stehen der Publikation von Qualitätsindikatoren aus den genannten Gründen kritisch gegenüber. Die Moderation zeichnet das Bild des Thermometers, das beim Messen der Wassertemperatur diese verändert, worauf sich aus dem Publikum Felix Schneuwly von comparis meldet, der moniert, die Medizin habe immer auch die Möglichkeit, sich von falschen Anreizen nicht lenken zu lassen, und das dürfe man von ihr auch erwarten. Oliver Peters hält dem entgegen, der Mensch sei sehr wohl von Anreizen angetrieben, es gelte also, diese richtig zu setzen. Die Idee von Audits andererseits wird von allen Panelisten begrüsst, doch gehen die Meinungen darüber auseinander, wann solche sinnvoll seien. Michel Romanens plädiert auf randomisierte Audits, ein Standpunkt, den auch Markus Zuber vertritt. Oliver Peters hält dagegen, dass Audits deshalb auf Indikatoren und „auffällige“ Patienten abgestützt werden, weil das die Chance erhöht, problematische Situationen zu finden, aus den Audits zu lernen und Verbesserungspotenziale zu generieren. Die Effizienz sei wesentlich höher, wenn aufgrund der Indikatoren vorab gescreent und dann punktuell mit Audits vertieft hingeschaut würde. Den Einwand der Moderation, dass sich so exakt die problematischen Spitäler vor Audits schützen könnten, nämlich jene, die ihre Fallzahl künstlich hoch und die Sterberate künstlich

tief hielten, hält Oliver Peters aus obigen Gründen für unrealistisch. Damit wird die Frage der Effizienz angesprochen, und dass diese im Zentrum aller Verbesserungsbestrebungen stehen sollte, darüber sind sich alle Panelisten einig.

Wie hoch sind die Kosten der Qualitätsmessung, bzw. wie gut ist ihre Effizienz?

Zur Frage der Effizienz der BAG-Qualitätsindikatoren erwähnt Oliver Peters die Notwendigkeit, bereits erfasste Routinedaten zu verwenden, und diese Daten auch für das Qualitätsmanagement und Audits zu verwenden. Kein System sei von Anfang an perfekt, man müsse aber irgendwo beginnen. Sowohl von der Medizinethik (Michel Romanens) als auch vonseiten der medizinischen Praxis (Markus Zuber) wird bezweifelt, dass der eingeschlagene Weg der richtige ist. Diese Skepsis wird auch von einigen Stimmen aus dem Publikum geteilt. Dies lenkt die Diskussion in die Frage der Overhead-Kosten, welche all diese Aktivitäten verursachen. Michel Romanens moniert, dass sich die Gesundheitsökonomie bisher noch schwer tue, ihre Methoden der Effizienzverbesserung ebenfalls einer Effizienzprüfung zu unterziehen, was bei vielen Steuerungsinstrumenten und -entscheiden beobachtbar sei, von denen die wenigsten eine solche Effizienz beweisen könnten oder diese nur schon überprüfen würden. Diese Frage wird auch mit dem Publikum angeregt diskutiert, es kann ihr aber im Rahmen dieses Symposiums nicht weiter nachgegangen werden. Dass ein Interesse daran besteht, diesen Fragen vertieft nachzugehen, ist indes bei den Panelisten und im Publikum zu spüren.

Fazit

Das Symposium hat einen guten Überblick über die Positionen und deren Argumentation gegeben. Es ist zu hoffen, dass weitere Diskussionen helfen, diese Positionen einander anzunähern.

Olten, 30.05.2016



Weitere VEMS-Symposien: www.vems.ch/symposien