



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Position zur Indikationsqualität

Positionspapier H+, V1, 17.01.2022



Inhalt

1	Einleitung.....	3
2	Position H+	4
3	Glossar.....	6
4	Ausgangslage.....	7
5	Theoretische Grundlage und Komplexität.....	7
6	Unterschiedliche Programme mit Einfluss auf die Indikationsqualität	9
7	Chance: Steigerung der Behandlungsqualität	12
8	Grenze: Messbarkeit und Beurteilung	12
9	Indikationsqualität und die Politik (Überversorgung).....	14
10	Literaturverzeichnis	16

Geschlechtergerechte Texte

H+ bemüht sich um gendergerechte Formulierungen. Aus sprachökonomischen Gründen sowie aus Gründen der Lesbarkeit und Verständlichkeit der Texte ist dies aber nicht immer möglich. Wann immer die maskuline Form als grammatikalische Standardform verwendet wird, sind feminine und andere Formen stets eingeschlossen. Mit *Patient* ist also immer auch gleichzeitig *Patientin* gemeint.

1 Einleitung

Die Diagnose- und die Indikationsqualität sind für die Gesamtqualität der Behandlung und den Patientennutzen entscheidende Grössen. Mit zunehmendem wirtschaftlichem Druck und politischen Debatten um eine gute Versorgungsqualität, rückt die Indikationsqualität verstärkt in den Fokus. Das Thema hat besonders in den letzten Jahren aufgrund der Debatten zu Überversorgung und Kostendämmung (EDI, 2017) an Aktualität gewonnen. Der Bund und einige Kantone sehen die Steigerung der Indikationsqualität als eine Massnahme, um Kostenwachstum und Überversorgung einzudämmen. Mit der KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sind Qualitätsindikatoren zur Indikationsqualität geplant. Damit ist ein Thema, welches bis anhin hauptsächlich die Leistungserbringer beschäftigt hat, zu einer nationalen Debatte geworden mit Einfluss auf die Strukturen und Prozesse der Spitäler und Kliniken sowie des gesamten Gesundheitswesens.

H+ möchte mit der vorliegenden Position:

- zur einheitlichen Verständlichkeit des Begriffs Indikationsqualität beitragen,
- auf bereits etablierte Programme zur Förderung der Indikationsqualität aufmerksam machen,
- auf die Chancen und Grenzen der Vergleichbarkeit und die Beurteilung der Indikationsqualität hinweisen.

2 Position H+

1. **Hinter dem Begriff Indikationsqualität verbirgt sich ein komplexes Thema mit vielen Einflussfaktoren. Die Indikationsqualität bildet eine Dimension der Behandlungsqualität ab (Kapitel 4 und 5).**

Der Arzt stellt heutzutage die Indikation meist nicht mehr allein, sondern der Patient bringt – richtigerweise – seine Erwartungen mit ein. Die Erfahrung und das Wissen des Arztes, aber auch die individuellen Werte, Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten, haben Einfluss auf die Indikation. Weitere Einflussfaktoren wie wirtschaftliche Rahmenbedingungen, Anreize oder Innovationen können nicht ausgeschlossen werden.

2. **Verschiedene Programme zur Förderung der Indikationsqualität sind in den Spitälern bereits etabliert. Best Practices sollen gefördert und weiterverbreitet werden (Kapitel 6).**

Wichtig ist zu wissen, dass bereits verschiedene Programme zur Förderung der Indikationsqualität entwickelt worden sind und eingesetzt werden. Diese Best Practices sind deshalb zu fördern. Zu prüfen wäre zudem, ob die verschiedenen Programme besser vernetzt werden können.

3. **Die Indikationsqualität kann verbessert werden, auch wenn sie nicht direkt gemessen werden kann (Kapitel 6).**

Viele eingeführte Qualitätsprogramme in den Spitälern und Kliniken tragen bereits heute indirekt zu einer guten Indikationsqualität bei. Dabei handelt es sich oftmals nicht um klassische Messungen. So kann die Qualität der Indikationsstellung beispielsweise durch Analyse und Diskussion von Patientenfällen mithilfe verschiedener Verfahren hinterfragt und verbessert werden, z. B. mit interprofessionellen Peer Review Verfahren, Mortalitäts- und Morbiditäts-Konferenzen, Tumor- oder Indikationsboards.

4. **Programme zur Steigerung der Indikationsqualität sollen dem Patienten zu Gute kommen und die Behandlungsqualität verbessern (Kapitel 7).**

Zu vermeiden sind rein bürokratische Programme und Messungen, welche einzig dem Zweck dienen, die Erfüllung von Qualitätsanforderungen zu belegen. Vielmehr geht es darum, die Behandlungsqualität zu verbessern.

5. **Aufgrund der vielen medizinischen und patientenbezogenen Einflussfaktoren ist die Indikationsqualität bei vielen Krankheitsbildern nur eingeschränkt vergleichbar. Sie ist in Kombination mit weiteren Dimensionen der Qualität abzubilden, um Hinweise auf Verbesserungspotenziale zu erhalten. (Kapitel 8).**

Da die Indikationsstellung von verschiedensten Faktoren abhängig ist, wie beispielsweise der Symptomatik und den individuellen Entscheidungen des Patienten, ist der Vergleich von Indikationsqualität schwierig. Es gibt Krankheitsbilder, bei welchen die Indikationsstellung aufgrund der fundierten medizinischen Evidenz eindeutig ist. Oftmals gibt es jedoch mehrere Behandlungsoptionen mit spezifischen Vor- und Nachteilen, die abhängig von den individuellen Werten, Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten zu bewerten und so nur eingeschränkt vergleichbar sind.

6. Die individuelle Indikationsqualität ist nur im Rahmen einer Einzelfallbesprechung zu beurteilen (Kapitel 8).

Um mit aggregierten Daten die Indikationsqualität zu beurteilen, ist eine Risikoadjustierung notwendig, die durch Einflussfaktoren, welche nicht in Routinedaten erfasst werden können, erschweren wird. Indikatoren zur Indikationsqualität bleiben eine Annäherung an die Realität. Analysen zur Indikationsqualität von Patientengruppen und Institutionen sind wünschenswert, sollten jedoch mit Vorsicht beurteilt und als Kriterium für weiterführende Analysen verwendet werden.

7. Ansätze zum Abbau einer möglichen Überversorgung müssen ganzheitlich betrachtet werden. Überversorgung kann nicht isoliert über die Indikationsqualität kontrolliert werden. Insbesondere Fehlanreize sind zu minimieren (Kapitel 9).

Fälschlicherweise wird Indikationsqualität oft im Zusammenhang mit Kosteneinsparungen und der Steuerung der (Über-)Versorgung erwähnt. Die Indikationsqualität ist als wichtige Dimension der medizinischen Versorgung anzusehen. Zudem sollten diejenigen Fehlanreize, welche eine Überversorgung begünstigen, minimiert werden. Indikatoren zur Indikationsqualität können im Zusammenspiel mit Indikatoren zur Ergebnisqualität für die Spitalplanung verwendet werden.

3 Glossar

Diagnose einer Krankheit	Erfassung und Verdichtung der Symptome und Festlegung einer Krankheit.
Indikationsstellung	Festlegung der notwendigen, medizinischen Behandlung. Sie setzt eine Anamnese voraus und erfolgt vor/mit oder nach einer gesicherten Diagnose. Die Indikationsstellung erfolgt unter Absprache mit dem Patienten, ist jedoch eine ärztliche Tätigkeit. Bei einer guten Indikationsstellung kann die für den Patienten geeignete Behandlung gewählt werden. Ggf. ist auch keine Behandlung nötig. Eine falsche Indikationsstellung = nicht geeignete Behandlung für die gestellte Diagnose oder/und erkannten Symptome. Eine falsche Indikationsstellung kann auch bei der korrekten Diagnose erfolgen (gute Diagnosequalität / schlechte Indikationsqualität).
Indikationsqualität	Umfasst die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen (Kraft, Hersperger, & Herren, Diagnose und Indikation als Schlüsseldimension der Qualität, 2012).
Überversorgung	Versorgung mit einer umschriebenen medizinischen Diagnostik oder Behandlung, die für den Patienten keinen Nutzen hat oder deren Risiken den potenziellen Nutzen übersteigen (Gerber, Kraft, & Bosshard, 2016).
Unterversorgung	Unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung von bedarfsgerechten Behandlungsleistungen.
Fehlversorgung	u.a. Folge einer falschen Indikationsstellung.

4 Ausgangslage

Die Qualitätsdiskussion orientiert sich seit Jahren am Modell der Qualitätsdimensionen von Donabedian (1980), nach dem die Qualität in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt werden kann. Obwohl die Indikationsqualität nicht einer Dimension der Qualität nach Donabedian zuzuordnen ist, ist das Thema nicht neu: die Verbesserung der Indikationsstellungen ist ein zentrales Ziel der täglichen Arbeit von medizinischen Fachpersonen. Spitäler fördern die Indikationsqualität mit dem Ziel, den Behandlungsnutzen für den Patienten zu verbessern, indem die angemessene und notwendige Behandlung gewählt wird. Die Indikationsqualität ist seit jeher ein zentrales Element der medizinischen Versorgung und täglichen Arbeit in den Spitälern.

Heute hat sich die Diskussion der Dimensionen erweitert resp. spezifiziert und man orientiert sich an den sechs Dimensionen («STEEEP») sicher, effektiv, patientenzentriert, rechtzeitig, effizient, gleichberechtigt (Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, 2001). Die Weiterentwicklung der Qualitätsdimensionen zeigt den verbesserten Fokus auf den Patienten und integriert die Indikationsqualität besser.

Eher neu sind die Bestrebungen, die Indikationsqualität strukturiert zu erfassen, mit dem Ziel, sie durch Dritte beurteilen zu lassen und zur Steuerung und Beurteilung der Gesundheitsversorgung zu nutzen. Es besteht zudem der Wunsch nach standardisierten und transparenten Programmen, um die Indikationsqualität zu messen und zu verbessern. Diese Bestrebungen sind auf die politischen Debatten zur stetigen Kostensteigerung und Überversorgung im Gesundheitswesen zurückzuführen. Gesundheitspolitiker fordern zunehmend die Sicherstellung der Indikationsqualität und erhoffen sich damit, den Qualitätswettbewerb zu steigern, als auch Unter-, Über- und Fehlversorgung abzubauen.

Mit der Förderung der Indikationsqualität zeichnen sich zwei unterschiedliche Ziele ab: Steigerung des Patientennutzens und Steuerung der Versorgung (und dadurch folgende Kosteneinsparungen).

5 Theoretische Grundlage und Komplexität

Als Indikation bezeichnet man in der Medizin den Grund für den Einsatz einer therapeutischen oder diagnostischen Intervention bzw. welche medizinische Intervention bei einem bestimmten Krankheitsbild angebracht ist. «Krankheitsbild» ist nicht synonym mit «Diagnose» zu verwenden, sondern umfasst den Gesamtzustand und die Lebenssituation bzw. -perspektive eines Patienten.

Eine Suche nach verbindlichen Definitionen von Indikationsqualität ist jedoch ernüchternd. Die Literaturrecherche von Dr. Andrea Dörris für eine Originalarbeit zeigte, dass es unterschiedliche Verständnisse der Indikationsqualität gibt (Dörris, 2018). 2009 definierte die SAMW die Indikationsqualität als eine spezifische Form der Prozessqualität unter der man die Angemessenheit (appropriateness) der zu erbringenden Leistungen versteht (SAMW, 2009).

Gemäss der FMH umfasst die Indikationsqualität die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen. Eine Intervention ist dann angemessen, wenn der medizinische Nutzen für den Patienten grösser ist als das Risiko. Notwendig ist sie, wenn sie dem Patienten aus wissenschaftlichen und sozialetischen Gründen auf jeden Fall empfohlen und angeboten werden sollte (Kraft, Hersperger, & Herren, Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität, 2012). Die FMH beschreibt zudem, dass bei der Indikation zwei Aspekte unterschieden werden können: die objektiv-fachliche Sicht, bei welcher die Massnahmen auf empirischen und rein evidenzbasierten Informationen basieren (medizinische Indikation) und die subjektive

Sicht, wobei die individuellen Eigenschaften und Werte des Patienten bei der Massnahme mitberücksichtigt werden (ärztliche Indikation). Im Idealfall ist die Indikationsstellung aus objektiver und subjektiver Sicht angemessen und notwendig. Dies zeigt die Diversität der Einflussfaktoren zwischen evidenzbasierter Grundlage und individuellen und fallbezogenen Abwägungen, welche schlussendlich gemeinsam mit dem Patienten zur Indikationsstellung führen (shared decision making).

Zudem erfolgt Indikationsstellung häufig in einem interdisziplinären, interprofessionellen Ansatz und ist somit nicht einer Person zuzuschreiben. Ein weiterer Einflussfaktor auf die Indikationsqualität ist die (Qualität der) Diagnose. Ebenso beeinflusst die Indikationsqualität die Behandlungsqualität und umgekehrt. Die Indikation kann sich während der Behandlung verändern und muss während des gesamten Behandlungsprozesses immer wieder kritisch hinterfragt werden.

Neben den Erwartungen des Patienten und der Einschätzung der medizinischen Fachpersonen beeinflussen weitere Aspekte, wie die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, Anreize oder Innovationen die Indikation (Kraft, Hersperger, & Herren, Diagnose und Indikation als Schlüsseldimension der Qualität, 2012).

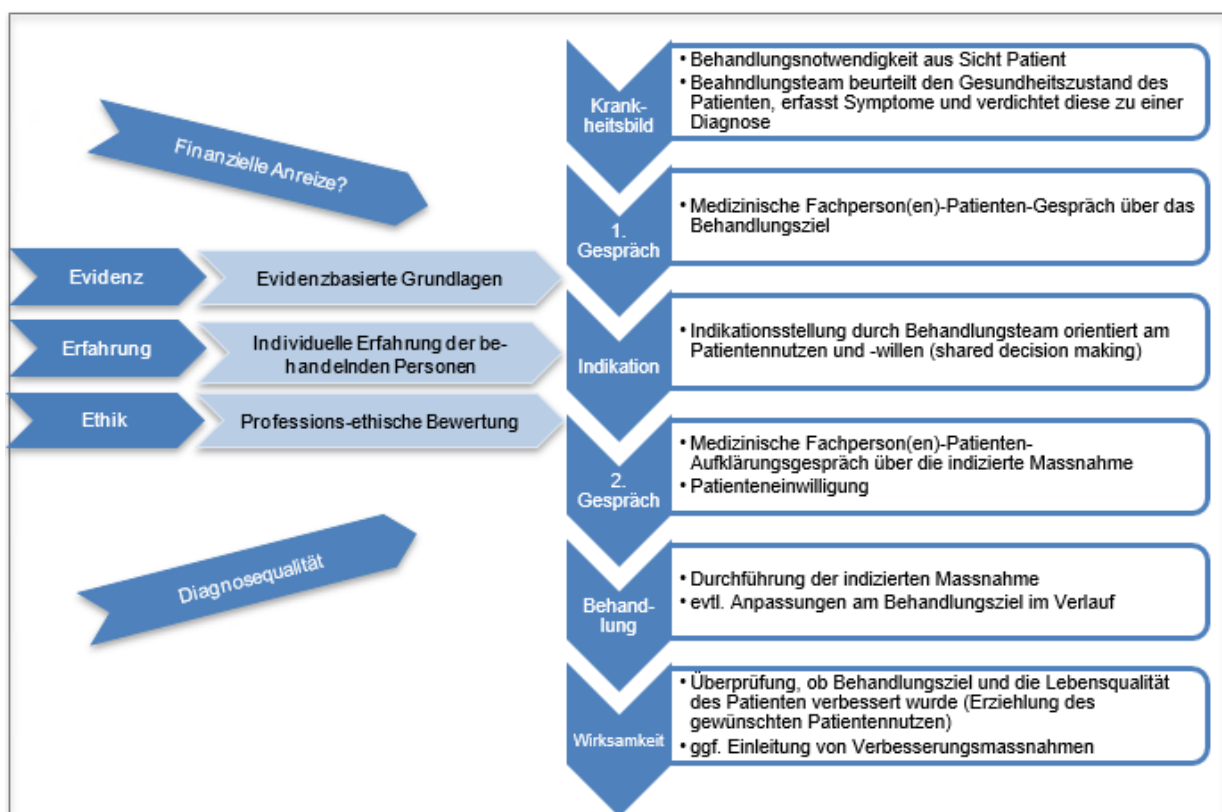


Abbildung 1: Diese Abbildung zeigt einen möglichen Ablauf der Indikationsstellung und eine Auswahl möglicher Einflussfaktoren. Je nach Krankheitsbild kann der Ablauf anders aussehen.

Folgende Abbildung zeigt den Ablauf einer Indikationsstellung am Beispiel eines Gonarthrose-Patienten für eine Knie- und Hüft-Totalendoprothese in Deutschland. Bildlich wird die medizinische und ärztliche Indikation beschrieben sowie der partizipative Entscheid.

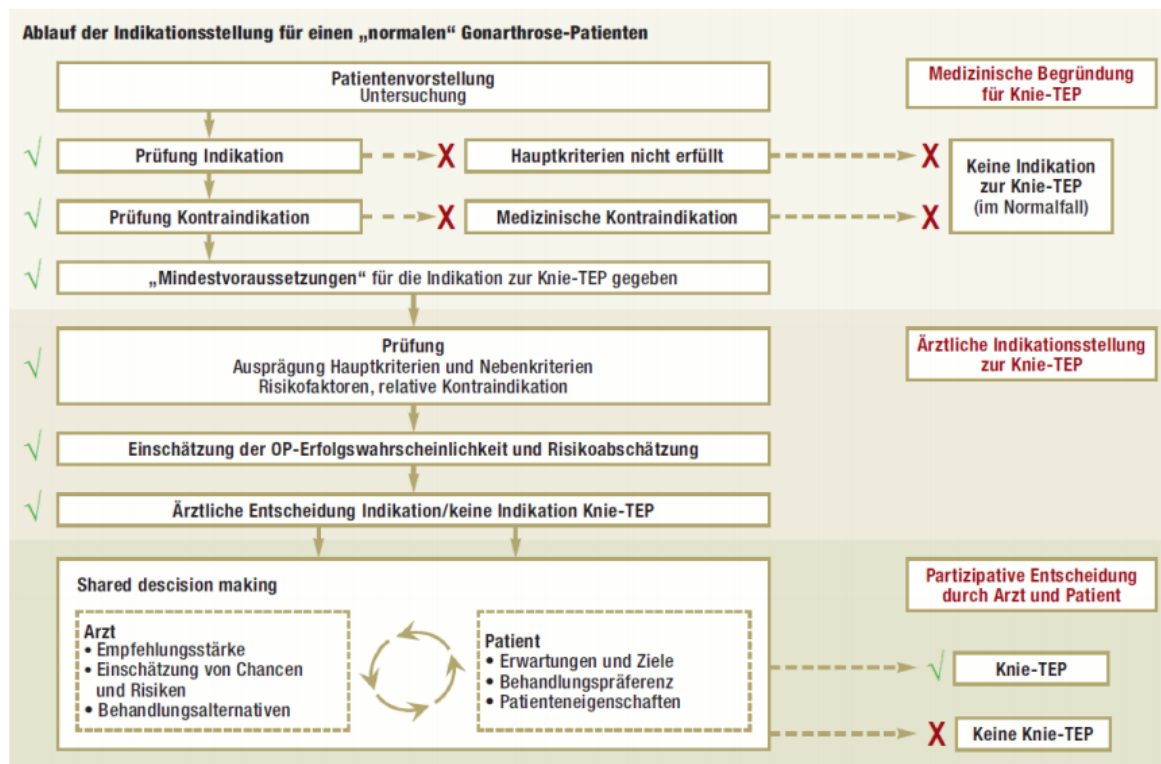


Abbildung 2: Indikationsstellung für Knie-TEP Deutschland. Quelle: https://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/Forum%20-%20SCHMITT%20Qualitaetsdimensionen_SCHMITT_170511.pdf

Die Qualität der Indikation ist deshalb so schwierig standardisier- und vergleichbar, weil sie abhängig ist von den individuellen physiologischen und psychischen Eigenschaften des Patienten, sowie dessen Erwartungen und Bedürfnissen. So können bei zwei Patienten mit gleichem Krankheitsbild aber unterschiedlichen individuellen Eigenschaften verschiedene Massnahmen indiziert sein. Mit anderen Worten: Jede Indikation ist individuell. Der Entscheidungsprozess zur Indikationsstellung kann jedoch standardisiert werden.

6 Verschiedene Programme mit Einfluss auf die Indikationsqualität

Es gibt verschiedene Programme und Aktivitäten, welche darauf abzielen, die Indikationsqualität indirekt abzubilden und zu verbessern. Dazu gehören: Audits, interprofessionelle Peer Review Verfahren, medizinische Behandlungsleitlinien, Choosing-wisely-Listen, Register, Indikationsboards, Zweitmeinungsverfahren und Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Diese Programme und Aktivitäten sind weiter zu fördern.

Jedes Programm und Aktivität trägt auf ihre individuelle Art und Weise zur Verbesserung der Indikationsqualität bei. Die aufgeführten Programme beeinflussen die Indikationsqualität oder lassen Rückschlüsse auf diese zu. Keines davon bildet sie jedoch direkt ab.

Die Programme können eingeteilt werden in solche mit aktivem oder passivem Einfluss auf die Indikationsqualität. Aktiver Einfluss: Das Verfahren greift direkt in die Behandlung und den Behandlungsentscheid ein. Passiver Einfluss: Die Indikationsqualität wird im Nachgang der Behandlung mittels Erfassung und Analyse des Geschehenen beurteilt und Verbesserungen für künftige Patienten abgeleitet. Meist wird dabei nicht mit einem einzelnen Patientenfall gearbeitet, sondern mit einer bestimmten Anzahl Fälle, um Muster und Zusammenhänge zu erkennen. Sowohl aktive als auch passive Verfahren sind wichtig für die Verbesserung der Indikationsqualität. Programme mit einem aktiven Einfluss haben einen höheren Nutzen für den einzelnen Patienten und sind entsprechend höher zu gewichten. Um generelle Muster und Verbesserungen

für künftige Patienten zu erkennen, braucht es jedoch auch die passiven Verfahren. Die Programme und Aktivitäten zur Förderung der Indikationsqualität erhalten bisher keine zusätzliche Finanzierung. Die Umsetzung bedarf zusätzlicher personeller Ressourcen und der technischen Mittel in den Institutionen. Der Zusatzaufwand geht heute zulasten der Leistungserbringer.. Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis (in Rückkopplung zum aktuellen Forschungsstand) sollte deshalb in regelmässigen Abständen analysiert und bewertet werden. Wenn unbestritten ist, dass hohe Indikationsqualität schweizweit den Patienten geschuldet ist, so muss in Zukunft noch sichergestellt werden, dass der dafür notwendigen Zusatzaufwand auch adäquat finanziert wird. Nachfolgend werden verschiedene Aktivitäten und Programme in den Spitälern beschrieben, welche die Indikationsqualität beeinflussen. Die Liste ist nicht abschliessend.

Evidenzbasierte, medizinische Behandlungs-Leitlinien und Guidelines

Evidenzbasierte, medizinische Behandlungs-Leitlinien und Guidelines haben das übergeordnete Ziel, die korrekte Indikationsstellung für diagnostische und therapeutische Massnahmen evidenzbasiert zu unterstützen. Evidenzbasierte Behandlungs-Leitlinien präzisieren die Angemessenheit einer Indikation (Hasenfuss, Märker-Hermann, Hallek, & et al. , 2016)^[10]. Das Behandlungsteam erstellt basierend auf medizinischen Behandlungs-Leitlinien die Indikation bzw. den Behandlungsplan und bespricht dies mit dem jeweiligen Patienten. Es gilt jedoch zu beachten, dass Patienten oft multimorbide sind und individuelle Eigenschaften und Bedürfnisse mitbringen. Daher müssen Leitlinien und Guidelines auf den individuellen Patientennutzen abgestimmt werden und dienen als Orientierung und sollten nicht als Standardisierung verstanden werden. Entsprechend Abweichungen müssen dokumentiert werden.

Medical Boards, Indikations-Konferenzen

Im Rahmen von Medical Boards und Indikations-Konferenzen werden Patientenfälle interdisziplinär besprochen und Indikationen gemeinsam überprüft oder gestellt. Typisches Beispiel sind die Tumorboards, in denen onkologische Patienten in den Spitälern und Kliniken interdisziplinär vorgestellt werden, um zeitnah einen optimalen Therapievorschlag zu machen.

Interprofessionelle Peer Review Verfahren und Audits

Das Ziel von Peer Reviews - zum Beispiel - ist es, die Qualität von Behandlungsprozessen zu analysieren. Im Rahmen von Peer Reviews sichten externe Peers Patientenakten und besprechen diese kollegial. Die Diagnose- und Indikationsqualität haben z.B. im Rahmen der IQM Peer Reviews (IQM Initiative Qualitätsmedizin) einen hohen Stellenwert, da u.a. analysiert wird:

- ob die Diagnostik/Behandlung adäquat und zeitgerecht erfolgte,
- ob die Behandlungsprozesse zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt wurden,
- ob die Indikationen inhaltlich angemessen und rechtzeitig erfolgten und
- ob Behandlungsleitlinien/Expertenstandards/Guidelines berücksichtigt wurden.

Bei einem Audit wird untersucht, ob [Prozesse](#), Anforderungen und Richtlinien die geforderten Standards erfüllen. Die Audits werden von einem externen oder internen Auditor durchgeführt. Die Audits können zu unterschiedlichen Themen erfolgen. Die Indikationsqualität kann so innerhalb eines Audits analysiert und bei Auffälligkeiten können Verbesserungsmassnahmen bestimmt werden. Die Verbesserungsmassnahmen müssen innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens umgesetzt werden.

Sowohl Audits, Peer Reviews, Medical Boards, als auch Indikations-Konferenzen sind spitälinterne Gefässe, welche es ermöglichen die Behandlungsprozesse zu evaluieren und Verbesserungspotentiale zu erkennen. Sie beziehen die medizinischen Behandlungs-Leitlinien (falls vor-

handen) mit ein und lassen zudem Expertenmeinungen zu. Der Einbezug verschiedener Expertenmeinungen ist gerade in den komplexen, medizinischen Bereichen von grosser Bedeutung, welche nur schwer oder kaum standardisierbar sind.

«smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

Unter «smarter medicine» läuft die Schweizer Kampagne zu Choosing Wisely. Bei Choosing Wisely geht es darum, dass nur das wirklich Notwendige gemacht wird. Nach dem Motto «weniger ist mehr» fokussiert die Kampagne auf das Thema der Fehl- und Überversorgung in der Medizin. Dabei werden u.a. die Fachgesellschaften motiviert, in ihrem Bereich Top-5-Listen mit unnötigen Behandlungen zu veröffentlichen (smarter medicine, 2018). So empfiehlt die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin beispielsweise keine intravenöse Eisensubstitution bei asymptomatischen, nicht anämischen Patienten und ohne vorgängigen peroralen Therapieversuch (Ambulante Allgemeine Innere Medizin, 2021).

Register

In Registern werden gesundheitsbezogene Daten systematisch gesammelt. Entsprechende Auswertungen sollen helfen, nach einer Behandlung zu prüfen, ob die gewählte Behandlung den gewünschten Erfolg hatte.

PROMs

PROMs bedeutet Patient Reported Outcome Measures und gelten als eine gute Methode, die Behandlungsqualität aus individueller Patientensicht zu messen, mit dem Ziel, ein Abbild der Lebensqualität der Patientinnen und Patientinnen entsprechend ihren individuellen Werten, Präferenzen und Bedürfnissen zu erhalten. Die Erhebung erfolgt mittels standardisierter Fragen zum subjektiven Gesundheitszustand vor, während und nach einer Behandlung. PROMs sind ein geeignetes Mittel, um den Nutzen der Behandlung aufzuzeigen und gezielter auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen. PROMs in aggregierter Form helfen, die Indikationsqualität kontinuierlich zu verbessern und patientenzentrierte Behandlungsentscheide auf vergangene Ergebnisse abzustützen.

Zweitmeinungen

Zweitmeinungen einzuholen ist sinnvoll bei aufwendigen, belastenden Therapieverfahren und wenn nicht ganz eindeutig ist, welche Behandlung angezeigt ist. Eine Zweitmeinung zur Sicherung der Indikationsqualität einzuholen, wird von der FMH unterstützt (Art. 16 der FMH Standesordnung).

Aufklärungsgespräche mit Patienten

Aufklärungsgespräche dienen dazu, dem Patienten die Tragweite der Behandlung, einschliesslich Behandlungsalternativen, und die damit verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu erklären. Insbesondere vor diagnostischen und operativen Eingriffen ist, soweit möglich, dem Patienten eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten.

7 Chance: Steigerung der Behandlungsqualität

Das Thema Indikationsqualität findet in politischen Diskussionen, den Empfehlungen zur Kosteneindämmung und zur Verminderung von Überversorgung und zur Qualitätssteigerung Erwähnung. Rein politisch motivierte Qualitätsvorgaben sind zu vermeiden, da diese häufig durch steigendem ökonomischem Druck getrieben sind. Sie sollten nicht für eine Strukturbereinigung verwendet werden. Qualitätsvorgaben sollten primär zum Nutzen des Patienten eingesetzt werden. Die Herangehensweise bei den Kostenreformen sollte deswegen geändert werden, den Patientennutzen in den Vordergrund setzen und primär die Frage beantworten: Wie können wir den Nutzen einer Behandlung für den Patienten tatsächlich erhöhen?

Der gewählte Zweck eines Programms (z.B. Monitoring der Indikationsqualität oder Verbesserung der Indikationsqualität) beeinflusst den gesamten Aufbau des Programms sowie die Erwartungshaltung an die Ergebnisse. Entsprechend ist der Programmwitz vorgängig genau zu definieren. Ein gezielter Aufbau von Messungen und Programmen betreffend Indikationsqualität für die Qualitätsverbesserung in den Spitälern erhöht den Nutzen für den Patienten. So sollte beispielsweise die Messung der Patient-reported Outcome Measurements (PROMs) aktiv im Behandlungsprozess integriert sein, um zeitnah auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen zu können. Von einer einzigen anonymen Erfassung der Patientenbedürfnisse für ein Monitoring der Indikationsqualität ist abzusehen.

Die Indikationsqualität sollte also in erster Linie für den Patienten und die Verbesserung der Behandlungsqualität gefördert werden. Zu vermeiden ist, die Indikationsqualität isoliert für statistische Auswertungen, die Steigerung der externen Transparenz oder als Beleg für die Erfüllung von Qualitätsanforderungen zu verwenden. Ebenso wenig sollte die Indikationsqualität als primäres Steuerungsinstrument gegen eine Überversorgung oder zur Kostenreduktion verstanden werden. Dies erhöht die Bürokratie, führt zu mehr Kosten und weniger Zeit für den Patienten. Das Positionspapier des Vereins Ethik und Medizin Schweiz besagt ebenfalls, dass bei der Choosing wisely-Initiative darauf geachtet werden muss, dass nicht unter dem Deckmantel der Indikationsqualität Rationierungen und Anreize für eine Unterversorgung gesetzt werden (Romanens, Warmuth, Schober, Koop, & Kurth, 2018).

8 Grenze: Vergleichbarkeit und Beurteilung

Es gibt verschiedene Verfahren, mit denen versucht wird, die Indikationsqualität mittels eines Indikators zu erfassen und darzustellen. Erfahrungen zeigen, dass Einflussfaktoren auf die Ergebnisse von Qualitätsmessungen komplex und vielfältig sind. Entsprechend haben statistische Auswertungen und Vergleiche ihre Grenzen und dürfen nicht falsche Erwartungen befeuern (siehe Chancen und Grenzen der ANQ-Qualitätsmessung¹). Wie andere Qualitätsmessungen hat auch die Messung der Indikationsqualität ihre Grenzen. Der Prozess zur Indikationsstellung ist von verschiedenen Einflussfaktoren abhängig.

Die Indikation setzt sich aus einem medizinischen und einem ärztlichen Teil zusammen. So ist die Indikationsqualität abhängig von sogenannten «hard facts» (Evidenz, Labor, Symptomen usw.) und den «soft skills» (Erwartungen des Patienten, Erfahrungen des Arztes) (Kraft, Hersperger, & Herren, Diagnose und Indikation als Schlüsseldimension der Qualität, 2012). Neben den Erwartungen des Patienten und den Erfahrungen des Arztes können noch weitere Aspekte dazu kommen, wie wirtschaftliche Rahmenbedingungen, Anreize oder Innovationen. Es gibt Krankheitsbildern, bei welchen die Indikationsstellung aufgrund der fundierten medizinischen Evidenz standardisierbarer ist. Hier ist der Prozess objektivierbar und wenig abhängig von den oben genannten „soft skills“. Eine gewisse Vergleichbarkeit der Indikationsqualität ei-

¹ https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Chancen_Grenzen_Messungen.pdf

nes solchen Krankheitsbilds kann somit, mit Einschränkungen, erreicht werden und für die Weiterentwicklung der Behandlungsqualität genutzt werden. Trotz Standardisierbarkeit, kann es jedoch auch sein, dass bei gleicher Diagnose und gleichen Symptomen des Patienten unterschiedliche Behandlungen empfohlen werden. Mit anderen Worten: die Angemessenheit und Notwendigkeit können von Patienten zu Patienten unterschiedlich sein (individuelle Entscheidung). Dies macht es für viele Krankheitsbilder praktisch unmöglich, einen aussagekräftigen Indikator für die Abbildung der Indikationsqualität zu entwickeln und über mehrere Institutionen hinweg zu vergleichen. Zudem ist aktuell nicht klar, wie viele Daten es für eine Risikoadjustierung, bräuchte, um einen annähernd fairen Vergleich zwischen Leistungserbringern und Patientengruppen zu machen. Indikatoren zur Indikationsqualität bleiben eine Annäherung an die Realität. Zielführender ist ein abgestimmtes Setting an Indikatoren, um die Indikationsqualität, aber möglichst auch weitere Dimensionen der Behandlungsqualität, zu erfassen. Dies einzig zur Triggerung einer genaueren Evaluation der Behandlungsqualität dienen und darf nicht den Anspruch einer wissenschaftlichen Statistik resp. Beleg über die Indikationsqualität haben.

Der Wunsch nach Vergleichbarkeit und nach einem Indikator, der direkt Auskunft gibt über die Indikationsqualität, ist nachvollziehbar. Jedoch sind aktuell keine Lösungen bekannt, die dies zufriedenstellend erfüllen könnten.

Beurteilung der Indikationsqualität

Die Indikationsqualität zu beurteilen ist ein schwieriges Unterfangen. Es ist z. B. schwierig, nachträglich zu beurteilen, ob eine andere Indikation angemessener bzw. notwendiger gewesen wäre. Zudem machen die subjektive Beurteilung, die Therapie- und individuelle Entscheidungsfreiheit des Patienten und des Leistungserbringers eine Beurteilung durch Dritte fast unmöglich.

In Deutschland wird versucht, die Indikationsqualität anhand der Einhaltung der Leitlinien zur Indikationsstellung bei einem bestimmten Krankheitsbild zu beurteilen (Busse, 2014). Einflussfaktoren wie Patientenerwartungen werden dabei nicht berücksichtigt. Entsprechend eingeschränkt ist die Bewertung, da gerade die Patientenerwartung einen erheblichen Einfluss auf die Indikationsstellung haben kann. Für eine Bewertung mit aggregierten Daten zur Indikationsqualität ist eine Risikoadjustierung notwendig. Einflussfaktoren, die nicht als Routinedaten erfasst werden können, erschweren die Risikoadjustierung. Indikatoren zur Indikationsqualität bleiben eine Annäherung an die Realität. Die individuelle Indikationsqualität ist nur im Rahmen einer Einzelfallbesprechung bewertbar.

Analysen zur Indikationsqualität von Patientengruppen und Institutionen sind wünschenswert, sollten jedoch mit Vorsicht beurteilt und als Kriterium für weiterführende Analysen verwendet werden. Die Interpretation von Indikatoren zur Indikationsqualität ist selbst für Fachleute schwierig. Umso schwieriger ist sie für Laien, und kann zu Fehlinterpretationen und -entscheidungen führen. Die Programme zur Indikationsqualität sollten daher hauptsächlich für die internen Verbesserungsprozesse in den Spitälern genutzt werden.

Anreize setzen mit der Indikationsqualität

Allein die kritische Auseinandersetzung mit der Indikationsstellung kann zu einer Verbesserung der Indikationsqualität führen. Schwierig wird es jedoch wiederum, die Verbesserung der Indikationsqualität zu belegen, da der Vergleichbarkeit der Indikationsqualität Grenzen gesetzt sind. Dennoch sind Ansätze mit Anreizen zur Erreichung einer hohen Indikationsqualität interessant, da der Fokus auf den Bedürfnissen des Patienten liegt. Wünschenswert sind finanzielle Anreize für innovative Projekte bezüglich der Förderung von Indikationsqualität und zur Dokumentation der Indikationsqualität. Solche Anreize würden den heute vor allem wirtschaftlichen Anreize im Gesundheitssystem (wie z. B. Mindestfallzahlen) entgegenwirken.

9 Indikationsqualität und die Politik (Überversorgung)

Auf politischer Ebene wird die Indikationsqualität häufig im Zusammenhang mit Überversorgung thematisiert. In den revidierten Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung (25.5.2018) wird empfohlen, dass die Kantone im Rahmen der Qualitätssicherung und der Überversorgung u.a. auch Vorgaben betreffend Ausweis der Indikations- und Ergebnisqualität in den Leistungsaufträgen oder im kantonalen Recht festhalten können. Dies mit der Absicht, die Transparenz zu fördern und den im KVG geforderten Qualitätswettbewerb zu stärken (GDK, Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, 2018). Im Positionspapier zur Qualität im Gesundheitswesen der GDK werden Indikatoren zur Indikationsqualität als wichtiger Beitrag zur Verhinderung der Überversorgung prognostiziert (GDK, www.gdk-cds.ch, 2020). Entsprechende Indikatoren sollen gefördert werden.

Im Expertenbericht mit Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP werden medizinische Boards/Indikationsboards vorgeschlagen (M11), um die Indikationsstellung für Wahleingriffe zu beeinflussen – insbesondere dort, wo aufgrund geographischer Unterschiede eine gewisse Überversorgung vermutet werden kann. Die verstärkte Anwendung von Behandlungsleitlinien soll die Indikationsqualität und die interdisziplinäre Koordination verbessern und folglich die Über-, Unter- und Fehlversorgung vermeiden (M12). Ebenfalls sollen Zweitmeinungen gefördert werden (M13), um Leistungen ohne relevanten Nutzen zu vermeiden (low value care, ineffective care) und die Indikationsqualität zu verbessern. Die Health Technology Assessments werden genannt, um unwirksame und unnötige Leistungen einzuschränken oder von der OKP auszuschliessen (EDI, 2017). Damit sehen Bund und Kantone in der Erhöhung der Indikationsqualität einen Lösungsweg zur Begrenzung der Überversorgung und zur Kostendämpfung.

Mit der KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit erhält die Eidgenössische Qualitätskommission u.a. die Aufgabe, den zuständigen Behörden und Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer Empfehlungen zu Qualitätsmessungen und allgemeinen Qualitätsvorgaben, namentlich zur Indikationsqualität, zu machen.

Von der Bewertung der Indikationsqualität erhofft sich die Politik einen Beitrag, dass nur wirklich notwendige und angemessene Behandlungen durchgeführt werden, einer Überversorgung entgegengewirkt wird und die Kosten gedämpft werden.

Abgrenzung und Schnittstellen zum Positionspapier Mindestfallzahlen (MFZ)

Auf der anderen Seite werden Mindestfallzahlen (MFZ) zum Erhalt eines Leistungsauftrags durch den Kanton vorgeschrieben. Mindestfallzahlen sollen sicherstellen, dass die Leistungserbringer genügend Erfahrung im betroffenen medizinischen Bereich haben und folglich eine optimale Behandlungsqualität und Patientensicherheit gewährleistet wird. MFZ können aber auch Anreize schaffen, unnötige Eingriffe durchzuführen bzw. die Indikation für eine Leistung unangemessen auszuweiten, um die benötigte MFZ für einen Leistungsauftrag zu erzielen. (siehe auch Positionspapier MFZ). Im Wissen, dass MFZ oft als Surrogatparameter fungieren, sind zusätzliche Daten zur Ergebnis- und Indikationsqualität erforderlich (z.B. PROMS).

Die Vorgabe von MFZ können unter Umständen somit eine Mengenausweitung sogar fördern. Dies ist jedoch nicht der einzige Fehlanreiz, welcher eine Überversorgung begünstigt. Die FMH hat zudem die folgenden Einflussfaktoren identifiziert:

- Patientenerwartungen
- Medizinische und technologische Entwicklung
- Fachliche Ressourcen und Meinungen
- Interessenskonflikte

Die FMH schlägt differenzierte und spezifische Herangehensweisen vor, um die Überversorgung zu reduzieren: Forschung als wissenschaftliche Grundlage, Festlegung nicht-angemessener Verfahren, Sensibilisierung der Ärzteschaft und Bevölkerung und die Vermeidung falscher Anreize (Gerber, Kraft, & Bosshard, 2016).²

Fälschlicherweise wird Indikationsqualität oft im Zusammenhang mit Kosteneinsparungen und der Steuerung der (Über-)Versorgung erwähnt. Betrachtet man die vielen verschiedenen Einflussfaktoren auf die Überversorgung, wird klar, dass eine reine Fokussierung auf die Indikationsqualität nicht zielführend ist. Ansätze zum Abbau einer möglichen Überversorgung müssen ganzheitlich betrachtet werden. Die Indikationsqualität ist als wichtige Dimension der medizinischen Versorgung anzusehen. Indikatoren zur Indikationsqualität können im Zusammenspiel mit Indikatoren zur Ergebnisqualität für die Spitalplanung verwendet werden.

² Auf eine weitere Aufzählung von Fehlanreize zur Mengenausweitung und Überversorgung in diesem Papier wird verzichtet.

10 Literaturverzeichnis

- Al-Debi, A., Egger, A., Indra, P., & Röder, C. (2015). Auf der letzten Meilen zum Patienten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 1849–1851.
- Ambulante Allgemeine Innere Medizin. (14. 06 2021). <https://www.smartermedicine.ch/>. Von <https://www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/ambulante-allgemeine-innere-medin-2021.html> abgerufen
- Bae, J.-M. (04. 03 2015). Value-based medicine: concepts and application. *Epidemiol Health*.
- Busse, P. (2014). *Management im Gesundheitswesen*. Von https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2014.lectures/Berlin_2014.10.27.rb_Spreestadt-Mengenentwicklung.pdf abgerufen
- Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *National Academies Press (US)*.
- Dörris, A. (2018). Indikationsqualität. Konzeption und professionelle Implikationen. EDI. (24. 08 2017). *Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. Von <https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/50084.pdf> abgerufen
- FMH. (2018). *PCOR Faktenblatt*. Von https://www.fmh.ch/files/pdf20/2018-04-03_PCOR_Faktenblatt_D.pdf abgerufen
- GDK. (25. 05 2018). *Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung*. Von https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf abgerufen
- GDK. (20. 8 2020). www.gdk-cds.ch. Von https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/qualitaet/BT_Positionspapier_Qualitaet_GDK_def_d.pdf abgerufen
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2016). Overuse - unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem. *Schweizerische Ärztezeitung*, 236-243.
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2016). Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem. *Schweizerische Ärztezeitschrift*, S. 97(7):236–243.
- Hasenfuss, G., Märker-Hermann, E., Hallek, M., & et al. . (2016). Klug entscheiden: Allem voran die Indikationsqualität . *Der Internist*, 519–520.
- Kraft, E., Hersperger, M., & Herren, D. (2012). Diagnose und Indikation als Schlüsseldimension der Qualität. *Schweizerische Ärztezeitung*, S. 93:41,1485 - 1489.
- Kraft, E., Hersperger, M., & Herren, D. (2012). Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität. *Schweizerische Ärztezeitung*, 1485-1489.
- Medizininformatik Schweiz. (25. 01 2019). Von <https://medium.medizininformatik-schweiz.ch/was-ist-value-based-medicine-d9aebba6ea7f> abgerufen
- Romanens, D., Warmuth, D., Schober, D., Koop, P., & Kurth, F. (2018). *Positionspapier Smarter Medicine und Choosing Wisley*. www.vems.ch: Verein Ethik und Medizin Schweiz.
- SAMW. (2009). *Empfehlungen der SAMW zu "Qualitätsdaten": Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität*. Von <https://www.samw.ch/de/Projekte/Qualitaet-in-der-Medizin.html> abgerufen
- smarter medicine*. (16. 11 2018). Von <http://www.smartermedicine.ch/de/home.html> abgerufen