

ÄZQ • Wegelystr. 3 / Herbert-Lewin-Platz • D 10623 Berlin

Wegelystr. 3 / Herbert-Lewin-Platz
10623 Berlin
Telefon (030) 4005-(Durchwahl)
Telefax (030) 4005-2555
E-Mail mail@azq.de
www.azq.de

Qualitätsindikatoren in Deutschland

Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin (Stand 14.4.2005)

(Altenhofen L, Birkner B, Blumenstock G, Geraedts M, Gibis B, Jäckel W, Kopp I, Kugler C, Ollenschläger G, Raspe H, Reiter A, Szecsenyi J, Thomeczek C, Zorn U)

Hintergrund

Seit der Münchner Perinatalstudie Mitte der 70iger Jahre und der daraus hervorgegangenen Perinatalerhebung existieren in Deutschland einrichtungsübergreifende, extern vergleichende Qualitätsbewertungen. Die zunächst freiwilligen, professionsintern als Mittel zur Selbsthilfe eingeführten Maßnahmen wurden im Zuge der Vergütungsumstellung im Krankenhaus von tagesgleichen Pflegesätzen in Richtung Fallpauschalen und Sonderentgelte abgelöst durch eine gesetzlich verpflichtende externe Qualitätssicherung. Diese wird heute für die akutstationäre Versorgung vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bzw. der von dort beauftragten Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) gestaltet und umgesetzt.

Inzwischen wird im stationären Sektor eine Vielzahl der Krankenhaufälle und Prozeduren vergleichend bewertet (<http://www.bqs-online.de>). Genauso existieren im ambulanten vertragsärztlichen Sektor vielfältige, über die üblichen berufsrechtlichen Anforderungen hinausgehende Qualitätsanforderungen. Zunehmend erfordern diese auch Dokumentationen, die – wie beispielsweise im Rahmen von Disease Management Programmen (DMP) - einer vergleichenden, längsschnittlichen Qualitätsbewertung zugrunde gelegt werden können. Im System der stationären Rehabilitation ist seit mehreren Jahren ein umfassendes und flächendeckendes externes Qualitätssicherungsprogramm eingeführt worden, von dem in Zukunft relevante Entscheidungen zur Vergütung und Belegung abhängig gemacht werden sollen. Darüber hinaus wurde mit der Entwicklung einer externen vergleichenden Qualitätsmessung in der ambulanten Rehabilitation gerade begonnen und der Aufbau solcher

Systeme für andere Bereiche der Rehabilitation (Kinder und Jugendliche, Mütter- und Mutter-Kind-Rehabilitation) ist geplant.

Solange diese Qualitätssicherungsmaßnahmen den Charakter einer freiwilligen Selbstverpflichtung hatten, war einerseits die Sorge um einen Missbrauch gering. Andererseits wurden auch an die methodische Güte der Maßnahmen zunächst nur geringe Anforderungen gestellt, da sie in erster Linie als Hinweise auf eine weiter zu prüfende Qualität interpretiert wurden.

Mit der Einführung empfindlicher Vergütungsabschläge für den Fall, dass die verpflichtenden Dokumentationen zur Qualitätssicherung nicht ausgefüllt werden, der Einführung verpflichtender Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die ab 2005 vergleichend publiziert werden sollen, sowie der Verwendung von Qualitätsparametern als Aufgreifkriterien für Stichprobenprüfungen erhöhen sich nun aber die methodischen Anforderungen an die Qualitätsbewertungen: Wenn aus den Qualitätsvergleichen Schlüsse gezogen werden, die für die Versorgungslandschaft insgesamt sowie für den einzelnen Leistungserbringer auch wirtschaftlich relevant sind, dann müssen diese Bewertungen methodisch auf möglichst hohem Stand stehen.

Aktuelle gesetzliche Anforderungen

Inzwischen verlangt der Gesetzgeber nicht nur im akut- und rehabilitativ-stationären Sektor vergleichende Qualitätsbewertungen. Da nun alle Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität verpflichtet sind (§ 135a SGB V) und dies ohne die Kenntnis der aktuellen Versorgungsqualität unmöglich ist, ergibt sich allein daraus die Notwendigkeit einer umfassenden Qualitätsbewertung in allen Versorgungssektoren. Folgerichtig sind nun auch Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung, Rehabilitation und Vorsorge verpflichtet, Qualitätsmanagement zu betreiben.

Dabei können die einzelnen Leistungserbringer und Sektoren ihr Qualitätsmanagement nicht mehr allein auf eigenständig entwickelten Modellen aufbauen. Statt dessen hat der Gesetzgeber mit dem GMG seit 2004 den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als rechtsfähiges Beschlussgremium eingesetzt, dem die Festlegung von Richtlinien für die Qualitätsbewertung bzw. Qualitätsbeurteilung in der Akutmedizin obliegt.

Der G-BA soll u.a.

- Kriterien für die Qualität medizinischer Leistungen, Kriterien zur Qualitätsbeurteilung und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen beschließen;
- Inhalt und Umfang eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser beschließen, wobei die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Vertragsärzte und die Krankenkassen ihre

Versicherten vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen können;

- im Rahmen der Trägerschaft des „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ soll der G-BA dafür sorgen, dass für alle Bürgerinnen und Bürger verständliche allgemeine Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung bereit gestellt werden;
- zudem empfiehlt der G-BA dem verordnungsgebenden BMGS Anforderungen an die durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen und an die Evaluation der Disease-Management-Programme.

Qualitätsindikatoren

Basis aller genannten Maßnahmen der Qualitätsbewertung, -beurteilung und -sicherung als Teil des Qualitätsmanagements sind Messgrößen, die in der Medizin üblicherweise als Qualitätsindikatoren bezeichnet werden. Anhand der Qualitätsindikatoren wird die aktuelle Versorgungsqualität („Ist-Werte“) quantifiziert und darauf aufbauend deren Übereinstimmung mit vorab festgelegten Sollwerten überprüft. Qualitätsindikatoren müssen eindeutig definierte, quantifizierbare Messgrößen sein, die typischerweise mit einem Zähler und Nenner versehen sind und jeweils Teilaspekte der medizinischen Versorgungsqualität messen. Zur Verdeutlichung sei beispielhaft ein allgemeiner, für alle operativen Fächer gültiger Qualitätsindikator genannt: „Anteil Fälle mit postoperativen Komplikationen unter allen operierten Fällen“ – wobei als postoperative Komplikationen nur solche definiert werden, die eine ungeplante Intervention notwendig werden ließen und/oder zu einer Verweildauerverlängerung führten.

Dem von Avedis Donabedian eingeführten Schema zur Qualitätsbeurteilung in der Medizin folgend, werden mit Qualitätsindikatoren typischerweise Strukturen der Versorgung, Versorgungsprozesse und Versorgungsergebnisse beurteilt. Von zunehmender Wichtigkeit ist dabei auch die Beurteilung der Indikationsqualität. Anhand der Ausprägung von Qualitätsindikatoren und einem Vergleich mit Referenzbereichen für gute Qualität kann beurteilt werden, ob die Versorgungsqualität die Güte besitzt, die von ihr erwartet wird. Insbesondere wird bewertet, a) wie sich die an den Patienten ablesbaren Versorgungsergebnisse gestalten (Evaluationsfunktion) und b), ob die Versorgung so stattfindet, wie es auf der Basis des allgemeinen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse erwartet wird (Monitoringfunktion). Nachdem der allgemeine Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse heute oftmals in Leitlinien niedergelegt wird, können Leitlinien oder die anderweitig fixierte beste verfügbare Evidenz als Ausgangspunkt für die Formulierung von Qualitätsindikatoren und von Referenzbereichen dienen.

Mit Qualitätsindikatoren im Versorgungsgeschehen werden die Transparenz und die Prozesssteuerung der Versorgungsabläufe unterstützt. Die Strukturierung und Steuerung der eigenen Kernleistungsprozesse im Versorgungsgeschehen macht die Auseinandersetzung mit dem Leistungsgeschehen für Betreiber und Mitarbeiter in Klinik und Praxis verständlich. Als numerische Stellgrößen der erreichten und erreichbaren Qualität führen Qualitätsindikatoren zur Erkennung von Qualitätsdefiziten und Qualitätsstärken. Eine über die eigene Positionsbestimmung hinausgehende vergleichende Qualitätsdarstellung dient darüber hinaus der Unterstützung des internen Qualitätsmanagements durch Orientierung am „Besten“ bzw. den von den Besten genutzten Vorgehensweisen („best practice“, „benchmarking“). Damit lassen sich leichter Lern- und Veränderungsprozesse im Leistungsgeschehen erzeugen und letztlich die Ergebnisqualität verbessern.

Steuerungsfunktion von Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren in der medizinischen Versorgung besitzen eine herausragende Bedeutung als Steuerungsinstrumente. Sie steuern, indem sie a) eine besondere Aufmerksamkeit auf diejenigen Versorgungsstrukturen, -prozesse und -ergebnisse lenken, die bewertet werden („what gets measured gets done“, Eddy 1998) und b) eine spezielle Auswahl von Leistungserbringern aufgrund von Qualitätsvergleichen begründen können. Deshalb ist es von großer Wichtigkeit, dass die Qualitätsindikatoren selber eine hohe Qualität besitzen. Werden methodisch unzureichende Qualitätsindikatoren verwendet, die etwa häufig falsch positive oder falsch negative Qualitätsbeurteilungen hervorrufen, droht letztlich eine Verschlechterung der Versorgungsqualität. Denn für die Aufrechterhaltung einer durchschnittlich hohen Versorgungsqualität stehen dann eventuell a) die notwendige Aufmerksamkeit für besonders bedeutende, aber nicht gemessene Versorgungsaspekte und damit einhergehend die notwendigen Ressourcen oder b) die notwendigen Leistungserbringer nicht mehr zur Verfügung.

Darüber hinaus ist eine begleitende Evaluation der eventuell negativen Auswirkungen des immer härter werdenden wirtschaftlichen Drucks im Gesundheitswesen auf die Qualität der Leistungserbringung mit methodisch schlechten Qualitätsindikatoren kaum möglich. Wenn zudem Qualität als Wettbewerbsfaktor im Gesundheitssystem eine Rolle spielen soll, und Qualitätsindikator-Ausprägungen – wie aktuell diskutiert - als Allokationsinstrument für Honorarzuteilungen dienen sollen, sind Qualitätsindikatoren auf hohem methodischen Niveau gefragt.

Problemlage

In Anbetracht dieser Gefahren sollte der aktuellen Lage im Bereich der Qualitätsbewertung auf der Basis von Qualitätsindikatoren in Deutschland mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Diese ist durch zwei herausragende Probleme gekennzeichnet:

Erstens werden Qualitätsindikatoren zu gleichen Krankheitsentitäten von verschiedenen Gruppen entwickelt (u.a. Fachgesellschaften, Gemeinsamer Bundesausschuss, BQS) und führen damit zu einer kaum überschaubaren und kaum zu bewältigenden Dokumentationsflut. Zudem führen die von den unterschiedlichen Adressaten verlangten unterschiedlichen Datenformate regelhaft zu Ineffizienzen. Denn bislang existieren Klinik- oder Praxisinformationssystemen nicht, die nach einmaliger Dateneingabe umfassend alle notwendigen Daten beinhalten und dann die unterschiedlichen geforderten Formate bereitstellen können.

Zweitens ist weitgehend unklar, ob und in welchem Maße die eingesetzten Qualitätsindikatoren die allgemein diskutierten methodischen Gütekriterien an solche Messgrößen erfüllen. Vor allem fehlt die in der Regel als Basis geforderte Prüfung der Evidenzbasierung. Die Vorstellung, anhand weniger Zahlen komplexe Versorgungszusammenhänge hinsichtlich ihres Qualitätsniveaus beurteilen zu können, ist häufig fehlgeleitet. Denn oftmals scheitert ein Vergleich von Leistungserbringern allein an der Unmöglichkeit, die unterschiedlich zusammengesetzte Patientenklientel und unterschiedliche Ausrichtung medizinischer Einrichtungen mit Hilfe statistischer Adjustierungsverfahren zu berücksichtigen. Letztlich ist aufgrund des Mangels an empirischen Testungen der Indikatoren bisher nicht abzuschätzen, inwieweit die Qualität der Versorgung einzelner Leistungserbringer oder gar ganzer DMP korrekt oder aber fehlerhaft bewertet wird.

Vorschlag

Damit die in Deutschland eingesetzten Qualitätsindikatoren in Zukunft keine Fehlsteuerungen aufgrund methodischer Mängel hervorrufen, empfiehlt die „Expertengruppe Qualitätsindikatoren“ beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hiermit die Einrichtung eines Programms zur Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren. Mit Hilfe des Programms sollen folgende Ziele verfolgt werden:

- Förderung von Transparenz durch systematische Recherche und Bewertung national und international verwendeter Qualitätsindikatoren
- Schaffung einer Informationsbasis für die zukünftige Entwicklung von Qualitätsindikatoren (Manual zur Unterstützung der Qualitätsindikatorentwicklung
Checkliste zur Bewertung selbstentwickelter Indikatoren,)

-
- Entwicklung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren in priorisierten Bereichen, in denen vorhandene Indikatoren auf das deutsche Gesundheitswesen nicht übertragbar sind dadurch
 - Mittelfristig Verbesserung der methodischen Qualität der eingesetzten Qualitätsindikatoren durch unabhängige Prüfung
 - Abbau der Ineffizienzen der aktuellen Mehrfachentwicklung und -erhebung von Qualitätsindikatoren im deutschen Gesundheitswesen.

Auch für die Entscheidung, welche der im stationären Routinebetrieb bewährten Qualitätsindikatoren auf ambulant durchgeführte Eingriffe sinnvoll zu übertragen sind, könnte ein solches Programm eine wichtige Hilfestellung bieten. Beispielsweise seien hier die Bewertung der Auswahl qualitätsrelevanter Versorgungsaspekte und der Verfügbarkeit der Daten genannt.

Als methodische Basis dieses Programms zur Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren kann die bereits vorgelegte „Checkliste zur Überprüfung der methodischen Qualität von Qualitätsindikatoren“ (ÄZQ 2001, Geraedts et al. 2002) dienen, deren Praktikabilität und Aktualität nochmals überprüft werden sollte. Darüber hinaus sollte nun auch die Expertise des Reha- (Reha-Träger und –anbieter) und des ambulanten Sektors (ambulante Leistungserbringer) ebenso wie die Perspektive der Patienten in die Weiterentwicklung der Checkliste eingebracht werden. Die Checkliste sollte damit ihrer Funktion als Instrument zur Selbstbewertung von Qualitätsindikatoren in allen Leistungsbereichen stärker gerecht werden können. Als transparentes Prüfverfahren dient die Checkliste edukativen Zwecken, indem Anwender ihre Indikatoren gegen einen konsentierten Standard selbst vergleichen und ggf. überarbeiten können. Die anschließende Bewertung von Indikatoren durch eine unabhängige Institution verleiht den selbst geprüften Indikatoren zusätzliche Glaubwürdigkeit. Hierbei könnte das geplante Programm die empirische Testung der Qualitätsindikatoren entweder unterstützen oder aber selber durchführen.

Bei der Aufgabendurchführung kann das deutsche Programm zur Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren von den Erfahrungen der U.S.-amerikanischen Agency for Health Care Quality and Research profitieren, die mit gleicher Intention seit 2002 das „National Quality Measures Clearinghouse“ (NQMC, www.qualitymeasures.ahrq.gov) betreibt und eine enge Zusammenarbeit zugesagt hat.

Literatur:

Altenhofen,L.; Brech,W.; Brenner,G.; Geraedts,M.; Gramsch,E.; Kolkmann,F.-W.; Krumpaszky,H.; Lorenz,W; Oesingmann,U.; Rheinberger,P.; Selbmann,H.-K.; Stillfried,D.; Strobawa,F.; Thole,H.: Beurteilung Klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements – Qualitätskriterien und –Indikatoren in der Gesundheitsversorgung. Konsenspapier der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der AWMF. ÄZQ (Hrsg.), Urban&Fischer, Jena 2001.

Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, ten Asbroek AH, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(5): 377-398.

Burgess JF, Jr., Christiansen CL, Michalak SE, Morris CN. Medical profiling: improving standards and risk adjustments using hierarchical models. *J Health Econ* 2000; 19(3): 291-309.

Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326 (7393): 816-819.

Carr-Hill RA, Jamison JQ, O'Reilly D, Stevenson MR, Reid J, Merriman B. Risk adjustment for hospital use using social security data: cross sectional small area analysis. *BMJ* 2002; 324 (7334): 390.

Denvir MA, Lee AJ, Rysdale J, Prescott RJ, Eteiba H, Walker A et al. Comparing performance between coronary intervention centres requires detailed case-mix adjusted analysis. *J Public Health (Oxf)* 2004; 26(2): 177-184.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quaterly* 1966; 44:166-206.

Eddy DM. Performance measurement: problems and solutions. *Health Aff (Millwood)* 1998; 17(4):7-25.

Feinstein AR. Clinical epidemiology. The architecture of clinical research. Chapt.27: quality-of-care evaluations. Philadelphia: Saunders, 1985.

Geraedts M, Selbmann HK, Ollenschläger G. Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen. *Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich.* 2002; 96: 89-94

Geraedts M, Selbmann HK, Ollenschlaeger G. Critical appraisal of clinical performance measures in Germany. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(1):79-85.

Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999; 319(7202):94-98.

GMDS-Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Medizin. Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. *Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie* 1996;4:2-32.

Gompertz PH, Irwin P, Morris R, Lowe D, Rutledge Z, Rudd AG et al. Reliability and validity of the Intercollegiate Stroke Audit Package. *J Eval Clin Pract* 2001; 7(1):1-11.

Holloway RG, Vickrey BG, Benesch C, Hinchey JA, Bieber J. Development of performance measures for acute ischemic stroke. *Stroke* 2001; 32(9):2058-2074.

Jäckel WH, Farin E: Qualitätssicherung in der Rehabilitation: wo stehen wir heute? *Die Rehabilitation* 2004; 43:271-283

Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes mellitus Typ 2. <http://www.bva.de/Fachinformationen/Dmp/Evaluation-Diabetes-2.pdf> [Zugang: 14. April 2005]

Love T, Dowell AC, Salmond C, Crampton P. Quality indicators and variation in primary care: modelling GP referral patterns. *Fam Pract* 2004; 21(2):160-165.

Luft HS. Modifying Managed Competition to Address Cost and Quality. *Health Affairs* 1996; 15:24-38.

Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(6):523-530.

Majeed A, Bindman AB, Weiner JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care I: how it works. *BMJ* 2001; 323(7313):604-607.

Majeed A, Bindman AB, Weiner JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care II: advantages, disadvantages, and practicalities. *BMJ* 2001; 323(7313):607-610.

Marshall MN, Shekelle PG, McGlynn EA, Campbell S, Brook RH, Roland MO. Can health care quality indicators be transferred between countries? *Qual Saf Health Care* 2003; 12(1):8-12.

McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 1998; 317(7169):1354-1360.

Measuring and improving quality of care : A report from the American Heart Association/American College of Cardiology First Scientific Forum on Assessment of Healthcare Quality in Cardiovascular Disease and Stroke. *Stroke* 2000; 31(4):1002-1012.

Otten K, Kugler C, Geraedts M. Qualitätsindikatoren in der Schlaganfallversorgung - eine Übersicht aus der internationalen Literatur. *Akt Neurol* 2004; 31:411-419.

Qualitäts-Sicherung medizinische Rehabilitation. <http://www.qs-reha.de/index.php>. [Zugang: 14. Feb. 2005]

Qvist P, Rasmussen L, Bonnevie B, Gjørup T. Repeated measurements of generic indicators: a Danish national program to benchmark and improve quality of care. *Int J Qual Health Care* 2004; 16(2):141-148.

Schoenbaum, S. C. and Sundwall, D. M for the U.S. Agency for Health Care Policy and Research. Using Clinical Practice Guidelines to Evaluate Quality of Care. Volume 2: Methods. AHCPR Pub. No. 95-0046, 1-124. Rockville MD 1995.

Selbmann HK, Brach M, Höfling HJ, Jonas R, Schreiber MA, Überla K. Münchner Perinatalstudie 1975. Deutscher-Ärzteverlag: Köln, 1977.

Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, Wenger NS. Assessing care of vulnerable elders: methods for developing quality indicators. *Ann Intern Med* 2001; 135(8 Pt 2):647-652.

Sheldon T. Promoting health care quality: what role performance indicators? *Qual Health Care* 1998; 7 Suppl:S45-S50.

Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135 a SGB V. <http://www.bqs-online.de/vertraege/G-BA-QS-Vereinbarung-16-08-2004.pdf>. [Zugang: 14. April 2005]

Vetter N. Quality of care and performance indicators. *J Public Health (Oxf)* 2004; 26(4):323-324.

www.qualitymeasures.ahrq.gov

