

# Schwierigkeiten bei der Bestimmung von Qualität in hausärztlicher Versorgung

## Difficulties in Defining Quality in General Practice

Autor

H.-H. Abholz

Institut

Direktor der Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

### Schlüsselwörter

- Qualität
- Qualitätsindikatoren
- Hausarzt
- Profession

### Key words

- quality
- quality indicators
- general practice
- profession

### Peer reviewed article

eingereicht: 14.03.2008

akzeptiert: 22.04.2008

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1077069

Z Allg Med 2008; 84: 195–200

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 1433-6251

### Korrespondenzadresse

**Univ.-Prof. Dr. med.**

**H.-H. Abholz**

Direktor der Abteilung für

Allgemeinmedizin

Universitätsklinikum

Düsseldorf

Moorenstr 5

40225 Düsseldorf

abholz@med.uni-dueseldorf.de

### Zusammenfassung



Es wird ein Überblick über die Schwierigkeiten der Qualitätsbeurteilung im ärztlichen und insbesondere hausärztlichen Bereich gegeben. Hierbei wird dargestellt, dass Ergebnisqualität meist nicht adäquat für einen Arzt, Arztgruppen oder Versorgungsinstitutionen zu deren Beurteilung zu nutzen ist. Struktur- und Prozessqualität eignen sich hierfür besser, beide erlauben aber insbes. aufgrund der Variabilität von Krankheit und des Einflusses von Patienten auf die Behandlung nur eine eingeschränkte Beurteilung des Behandlers. Bei der Beurteilung insbes. des hausärztlichen Bereichs kommt erschwerend hinzu, dass es meist immer mehrere Dimensionen zur Beurteilung geben muss, Qualitätsindikatoren also zumindest diese Dimensionen nebeneinander abbilden müssen. Da die Komplexität ärztlicher Arbeit Grundlage für die Berechtigung einer Profession ist, droht mit der Nutzung eindimensionaler Qualitätsindikatoren eine Umdefinition der Arbeit von Ärzten und gefährdet darüber nicht nur die Profession zentral, sondern auch deren Versorgungsaufgabe, also letztlich den Patienten.

Die Frage, was Qualität in der Versorgung beinhaltet, ist sowohl gesundheitspolitisch als auch wissenschaftlich relevant. Im wissenschaftlichen Bereich ist die Beantwortung dieser Frage zumindest dann, wenn es um konkrete Studien zur Qualität geht, in der Regel transparent beantwortet, weil angegeben wird, was unter Qualität operationalisiert verstanden wird. Meist beinhaltet dies auch eine Diskussion über die Limitationen verwendeter Indikatoren für Qualität.

Anders ist es in der Gesundheitspolitik: Hier wird häufig nur von Qualität, z. B. als Maßstab für eine gerechte Bezahlung ärztlicher Leistungen, geredet, nicht aber deren operationalisierbare Aus-

### Abstract



Difficulties in defining quality of care, especially for General practice, are shown. It is stressed that using outcome-quality is usually not adequate for defining the quality of a doctor, a group of doctors, or even health care institutions because many other factors have strong influences on most outcomes. Quality of structure and process can be used more adequately for that purpose. But also with these two approaches the variability of a disease and its prognosis as well as the influence of the patient on the process of care have to be taken into account. Complexity as an essential part of doctoring is basic for the status of a profession. Using more or less one-dimensional categories as quality indicators is basically endangering a profession and the care given.

drucksform angegeben bzw. – wenn angegeben – nicht über deren Limitationen gesprochen. Dies ist aber besonders problematisch, weil ja – wird Politik umgesetzt – Qualitätsindikatoren sozialrechtliche Folgen für die haben, die die Versorgung erbringen [17].

## Qualitätsbeurteilung des Einzelfalls oder eines Arztes/einer Institution

Grundsätzlich muss man betonen, dass im *Einzelfall*, also mit detaillierter Kenntnisnahme zu einem Fall, Qualität noch recht treffsicher beurteilt werden kann. Zumindest gilt dies, wenn Kenner des jeweiligen Arbeitsbereiches und der dort vorliegenden Arbeitsbedingungen eine solche Beurteilung vornehmen. Eine solche Situation ist bei allen Gutachten, einschließlich gerichtlicher, gegeben. Aber selbst hier stellt sich immer wieder das weiter unten ausführlicher dargestellte Problem, dass Ergebnisqualität häufig nicht zu beurteilen ist, da der Verlauf von Krankheiten häufig sehr variable und von Vielem mehr als der Qualität des Behandelnden abhängig ist.

Qualitätsbeurteilungen für einen Arzt, eine Arztgruppe, gar ganze Institutionen sind hingegen wegen zunehmender Ferne von den Details eines Einzelfalls weitaus schwieriger abzugeben.

## Krankheits- und Therapie-bedingte Rahmenbedingungen

Will man Qualität beurteilen oder gar verbessern, so muss man sich um die Rahmenbedingungen der Gesundheitsprobleme oder Krankheiten im Klaren sein, die immer – gewissermaßen als Konstante – auf den Verlauf einer Krankheit, die Entwicklung eines Gesundheitsproblems Einfluss nehmen – unabhängig davon, ob dieses qualitativ hochstehend versorgt ist oder nicht. Dies sind u. a.:

- ▶ Der durch die **Krankheit selbst vorgegebene Verlauf**. Wichtig ist daran zu erinnern, dass nicht jede Krankheit auch nur annähernd 100%ig erfolgreich behandelt werden kann. Meist liegen die Erfolgsraten weit entfernt davon, z. B. bei 5, 10 oder – wenn es hoch kommt – bei 30%, ganz selten einmal auch bei 60%. Oder anders ausgedrückt: Die Number needed to treat (NNT) liegt zwischen 5 und 500; im Bereich der Prävention meist noch höher.
- ▶ Die hohe **interindividuelle Variabilität** des Verlaufs von Krankheiten bei zumeist fehlenden guten Prädiktoren hierfür: Leberzirrhose bei dem einen Patienten verläuft anders als bei dem anderen. Prädiktoren, die wir für dieses Beispiel kennen, sind meist nicht gut medizinisch zu beeinflussen – so der Alkoholabusus, die Herzinsuffizienz, der durch andere Erkrankungen notwendige Medikamentenkonsum etc. Hinzu kommt, dass bei den meisten Erkrankungen – trotz bekannter identischer Prädiktoren – wir dennoch nicht wissen, warum der eine Erkrankte den einen Verlauf nimmt, der andere einen anderen. Wir kennen nur statistische, also zusammenfassende Zeit- und Komplikationsrahmen für den Verlauf. Ob ein Hochdruck zum Schlaganfall beiträgt, kann nur als Wahrscheinlichkeit ausgedrückt werden. Zu viele andere Faktoren der Verursachung, aber auch der „Resistenz“ gegen das Eintreten eines Schlaganfalls sind wirksam. Sie alle bestehen – gewissermaßen als Confounder – eben neben einer Behandlung, die aber im Fokus einer Qualitätsbeurteilung stehen soll. Es gilt für die Mehrzahl der Behandlungs- und Präventionsprinzipien – so auch beim Schlaganfall – , dass meist nur eine Minderzahl der Behandelten profitiert. Die Mehrzahl bekommt z. B. den Schlaganfall mit oder ohne Behandlung nicht, und die, die ihn bekommen, bekommen ihn überwiegend trotz der Behandlung [4].

▶ **Zusätzliche Krankheiten** können bei der Behandlung interferieren: Der Asthmatiker verträgt möglicherweise einen beta-Blocker nicht, den er wegen eines Zustandes nach Herzinfarkt bekommen sollte. Damit wird aber sowohl die Behandlungsindikation als auch der Behandlungserfolg in der Versorgung beeinflusst – ganz unabhängig von der Versorgungsqualität der Behandlung. Wie jüngst gezeigt wurde, ist es wegen Ko-Morbidität nicht einmal möglich, die Leitlinien in Bezug auf ein halbes Dutzend häufiger Krankheitsbilder im Alter umzusetzen [8].

▶ **Behandelte** sind auch – fast immer – **Mit-Behandler**: Sie folgen ärztlichen Ratschlägen oder sie folgen – meist mehrheitlich – eben nicht. Das Problem der Non-Compliance – je nach Krankheit, Erkranktengruppe und Behandlung – liegt zwischen 15 und 80% [9, 10].

Mit der Anwendung von shared decision making, also der expliziten Einbeziehung des Patienten in die Festlegung des Behandlungszieles und des Behandlungsweges [7], wird dies noch weitaus deutlicher: Das, was erreicht wird, ist das Produkt von Ko-operation von Arzt und Patient. Will man Qualität von Behandlung beurteilen, beurteilt man immer das Ergebnis dieser Kooperation.

▶ **Behandlungsziele** sind bei unterschiedlichen Patienten unterschiedlich – selbst wenn diese eine Diagnose gemeinsam haben: Sie haben nämlich weitere Erkrankungen oder Einfluss nehmende Bedingungen, die für sie zu unterschiedlichen Zielsetzungen führen. Und die Patienten selbst haben unterschiedliche Prioritäten. Der eine will und kann seinen Zucker ideal einstellen, der andere kann oder will nicht alles umsetzen, was er grundsätzlich, rein medizinisch gesehen sollte.

## Vergleichsgruppen

All das, was hier zu den Rahmenbedingungen gesagt wurde, macht deutlich, dass es die „Einheitlichkeit“ eines Gesundheitsproblems, einer Erkrankung nicht gibt. Um aber Qualität beurteilen zu können und dies an der Versorgung eines Krankheitsbilds zu zeigen, wäre es gerade notwendig, dass „die Krankheit“ eine wirkliche Entität, also eine Konstante darstellt. Dann wäre die Behandlung also die einzige Variable, über die man den Verlauf in seiner Qualität beurteilen könnte. Dies aber ist in der Regel nicht der Fall.

Will man dennoch Qualität beurteilen, gibt es nur zwei Wege, die dies in Annäherung erreichen lassen: Die Beurteilung des Einzelfalls mit Detailkenntnis desselben, oder die Beurteilung großer Gruppen von Patienten mit einem Krankheitsbild. Bei letzterem wird davon ausgegangen, dass so die Variabilität des Einzelfalls in der – großen – Gruppe „untergeht“.

Nur muss man sich aber vor Augen halten, dass selbst bei häufigen Krankheitsbildern – wie z. B. Diabetes oder koronarer Herzerkrankung – die Patientengruppen auf Praxisebene meist nicht ausreichend groß sind, diesen Effekt zu erreichen. Dies gilt insbes. dann, wenn man noch die Zusammensetzung der Gruppe nach Alter, Geschlecht und sozialem Stand bei einem Vergleich zu „anderen Gruppen“ kontrolliert halten muss. Qualitätsbeurteilung hat hierdurch sehr schnell Grenzen erreicht – zumindest, wenn sie solide, gar juristisch haltbar bleiben soll. Positive Qualitäts-Indikatoren im Outcome wären der bessere Verlauf einer Erkrankung, einschließlich des Verhinderns von Komplikationen und – im Falle präventiver Versorgung – die

Verhinderung von Krankheit und Tod. Beurteilt werden kann dies immer nur im Vergleich zur Nicht-Behandlung, der „anderen Behandlung“ oder der „Behandlung durch Andere“ (im Sinne des *benchmarking*).

Um Ergebnisqualität – also Outcome zu messen, bedarf es aber besonders großer Gruppen. Dies liegt einmal daran, dass auf den Outcome die Rahmenbedingungen von Verlauf und Behandlung (s. o.) besonders starken Einfluss nehmen. Es liegt aber auch daran, dass innerhalb einer Kranken-Gruppe diejenigen mit schlechtem Outcome immer nur eine Teilmenge – also kleinere Gruppe – darstellen, und hierüber der Vergleich zu „anderen Gruppen“ statistisch unzuverlässiger wird.

Wählt man hingegen eine Prozess-Beurteilung von Versorgung, so gehen immer alle Patienten einer Krankheitsgruppe in entsprechende Berechnungen mit ein. Und es kommt hinzu, dass die Rahmenbedingungen von Verlauf und Behandlung keinen so nennenswerten Einfluss auf den Prozess haben.

### Form der Qualitätsbeurteilung



Ergebnis- und Prozessqualität sind wie folgt charakterisiert: Bei Beurteilung der **Prozessqualität** wird darauf geachtet, wie die Versorgungsabläufe sind und ob sie mit Wahrscheinlichkeit das Ergebnis einer –meist ja komplexen – Behandlung positiv oder negativ in der Qualität beeinflussen können.

Bei der Beurteilung mittels **Ergebnisqualität** geht es um den erreichten Outcome von Behandlung – mit all den oben schon dargestellten Problemen.

Bisher unerwähnt ist die **Strukturqualität**, bei der es – unbeschadet von dem, was am Schluss herauskommt – um die Betrachtung dessen geht, was an Behandlungs-Voraussetzungen und Rahmenbedingungen vorhanden sind, die als Basis für hohe oder geringe Qualität angesehen werden können.

Eine Fokussierung auf Strukturqualität bei der Beurteilung von Qualität respektiert am meisten, dass der Verlauf von Krankheit oder Krankheitsentstehung (im Falle präventiven Handelns) in der Regel durch die Komplexität aller auf den Verlauf von Krankheit Einfluss nehmenden Faktoren bestimmt wird, von denen nur einer die Güte der Behandlung ist. Zu den Bereichen der Strukturqualität zählen: Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Zeit pro Versorgungsproblem bei Ärzten oder anderen Gesundheitsberufen, Ausstattung der Behandlungseinrichtungen, Fehlermanagement, Kooperationsvoraussetzungen und Honorierungssystem.

### Maßstäbe zur Qualitätsbeurteilung



Gleich, ob man Struktur-, Prozess- oder – doch einmal – Ergebnis-Qualität beurteilen will, man braucht dazu einen Maßstab der Beurteilung, der bei gesundheitspolitisch relevanten Themen – und nicht nur im Rahmen einer Forschungsfrage – eine Verbindlichkeit unter den Experten des jeweiligen Themas haben muss.

Aber auch hier gibt es erhebliche Schwierigkeiten, die auf alle Formen der Qualitätsbeurteilung, aber ganz besonders auf die Beurteilung von Ergebnisqualität zutreffen:

- ▶ Es gibt nur für die wenigsten Gesundheitsstörungen einen solchen Maßstab – z. B. in Form von Leitlinien. Aber es gibt selbst dort, wo Leitlinien existieren, unterschiedliche Vorgaben – wenn auch nicht unbedingt immer im Kern sehr variie-

rend. Man kann also nur für einige wenige Gesundheitsprobleme einen verbindlichen Maßstab zur Beurteilung von erbrachter Qualität finden. Für den ambulanten Bereich ist die Zahl insgesamt als auch die Zahl verbindlich anzusehender Leitlinien sehr gering, bestenfalls zwei Dutzend Probleme betreffend. Selbstverständlich gibt es neben Leitlinien auch allgemeine, von der Fachwelt getragene Vorstellungen zu dem, was richtig und was nicht richtig ist. Nur sind diese in der Regel – weil weniger verbindlich als Leitlinien – in der Beurteilung nur dann zu gebrauchen, wenn es sich um sehr deutliche Abweichungen von einem mehr oder minder unumstrittenen Kern von Empfehlungen handelt.

- ▶ Leitlinien als Ergebnis evidenzbasierter Medizin stellen zudem nur Handlungskorridore dar. Denn sie orientieren sich an Studien mit „idealisierten Patientengruppen“ und resultieren damit in Empfehlungen/Vorgaben für diese, nicht aber für die Mehrzahl der Personen mit dem behandelten Problem. Dies ist bei Qualitätsbeurteilung mit zu berücksichtigen. Abweichungen von diesem Maßstab sind daher ebenfalls – zumindest bei adäquatem Vorgehen – nur ab einem deutlichen Überschreiten durchschnittlicher Abweichungen zur Beurteilung zu nutzen.

Die skizzierte Problematik macht Qualitätsbeurteilung, gar sozialrechtliche Nutzung von *Ergebnisqualität* ebenfalls sehr schwierig. Voraussetzung zur verantwortlichen Nutzung von Beurteilungsmaßstäben ist wiederum, dass eine ausreichend große Zahl behandelter Personen mit einem Problem/einer Erkrankung im Hintergrund steht, um eine notwendige Abweichungsvariabilität vom Maßstab berücksichtigen zu können.

Für den Bereich der *Struktur- und der Prozessqualität* sind die hier dargestellten Einschränkungen kein grundsätzliches Hindernis. Es muss der Maßstab der Beurteilung, der Qualitätsindikator, der gewählt wird, nur verbindlich anerkannt und/oder mit Evidenz begründet sein.

### Probleme Hausärztlicher Qualitätsbeurteilung



War es bis zu dieser Stelle des Gedankengangs noch so, dass immer von einem Krankheitsbild und im Hintergrund stehenden inhaltlichen Vorgaben in Form von Leitlinien oder Lehrbuchangaben zu einem Krankheitsbild ausgegangen wurde, so ist dies im hausärztlichen Bereich nur zum Teil überhaupt gegeben:

- ▶ Zu einem Großteil der Behandlungsanlässe gibt es keine Leitlinien und keine Lehrbuchmeinung, weil es sich mehrheitlich um „undefinierte Krankheitszustände“, oder um eine zumindest über längere Zeiträume nicht eindeutig einordenbare Erkrankung im Hintergrund handelt. Man weiß, dass zwischen 70 und 80 Prozent der Behandlungsanlässe so charakterisiert sind [11].
- ▶ Darüber hinaus gilt aber noch folgendes: Für die wohldefinierten Krankheitsbilder stellt sich für die Medizin der *Spezialisten* eine hierzu passende *Arbeitsaufgabe*, nämlich ein Krankheitsbild oder ein Symptombild abzuklären bzw. zu behandeln (*Krankheitszentrierung*). Dies kann mit hoher oder geringerer Qualität geschehen und so auch beurteilt werden. In der Hausarztmedizin, also im Arbeitsbereich des *Generalisten*, stellt eine solche Arbeitsaufgabe aber eher den Ausnahmezustand dar. Vielmehr beinhaltet Allgemeinmedizin die „umfassende Betreuung alle Aspekte des Krank-Seins – medizinisch, psychisch und soziokulturell (Mehrdimensiona-

lität) – unter Einbeziehung des Patienten, seiner Wünsche und Vorstellungen“ (*Patientenzentriertheit*) [1].

Damit steht man – fast immer – in der Versorgung von Hausärzten vor einer sog. *komplexen Arbeitsaufgabe*, die bei der Mehrdimensionalität des Krankseins und der Mit-Behandlung durch den Patienten [2] auch zumindest eine Mehrdimensionalität von Beurteilungskriterien von Qualität nach sich ziehen muss.

Denn eines gilt generell für Qualitätsbeurteilung: Sie muss das zum Maßstab werden lassen, was in der Gruppe der Experten des Arbeitsbereiches als adäquat dafür angesehen wird. Und bei der Arbeitsaufgabe des Generalisten ist eben diese Mehrdimensionalität vorgegeben. Hausärztliche Qualität nur an der Erreichung eines Blutdruckwertes oder der Schmerzfreiheit beim Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis festzumachen, ist für diese Arbeitsaufgabe der Allgemeinmedizin nicht adäquat – selbst wenn Qualität so häufig einzuschätzen versucht wird. Denn die, die hier handeln, und die, die hier behandelt werden, wollen nicht nur dies, sondern – in der Regel – mehr als dies.

Übrigens gilt dies auch auf rein medizinischer Ebene und manchmal selbst für die Spezialfächer: Aufgrund des – medizinisch gesehen – mehrdimensionalen kardiovaskulären Risikofaktorenkonzeptes [15,16], wird auch in spezialistischer Medizin nicht mehr der Blutdruck an sich behandelt, sondern dieser nur dann, wenn das Gesamtrisiko, das sich aus mindestens weiteren vier anderen Risiken zusammensetzt, eine Behandlung eines oder aller dieser Risiken nahe legt.

Wenn man – um beim Beispiel zu bleiben – das Gesamtrisiko als neue Orientierung nimmt, dann hätte man – so kann man denken – doch alles auf eine Größenordnung, das Gesamtrisiko, gebracht, hätte also „Eindimensionalität“ wieder erreicht. Aber das Problem ist auch hier komplexer: Es gibt keine objektiven Vorgaben dafür, bei welchem Gesamtrisiko man behandeln soll: Sind es 1 oder 2 oder 10% Mortalitätsrisiko in 5 Jahren, die zur Behandlung Anlass geben sollen? Dies muss entweder durch den Patienten entschieden werden, oder die Gesellschaft gibt es vor, wer behandelt werden soll. Geschieht ersteres, dann ist anhand derartiger Daten keine Aussage zur Behandlungsqualität des Arztes – außer im Extrembereich – mehr zu treffen. Geschieht letzteres, setzt also die Gesellschaft die Limits der Behandlung, dann ist Qualitätsbeurteilung des Behandlers hierüber möglich – nur wird dann der Public-Health-Arzt, nicht mehr der Individualmediziner beurteilt [5].

Will man am Beispiel des kardiovaskulären Gesamtrisikos Qualität beurteilen, dann kann man – provokativ, aber treffend – sagen: Qualität wäre in einem solchen Zusammenhang eher daran auszumachen, ob eine adäquate Aufklärung des Patienten über sein Gesamtrisiko erfolgt ist, die Basis ist für eine gemeinsame Entscheidungsfindung sowie einen gemeinsamen Weg, individuell gefundene Ziele zu erreichen, darstellt. Hiermit hätte man dann Prozessqualität beurteilt.

Schließlich hat man sich nochmals vor Augen zu halten, dass das kardiovaskuläre Gesamtrisiko hier nur ein Beispiel für die Mehrdimensionalität von Versorgungsqualität darzustellen erlaubt. Die Mehrdimensionalität in den Entscheidungen im hausärztlichen Bereich sind meist weitaus vielfältiger und bei weitem nicht so gut kalkulierbar, wie im Modell des Gesamtrisikos.

## „Bewusste Weglassung“ (Quartärprävention)

Es gibt ein weiteres Problem bei der Beurteilung medizinischer Therapie und Diagnostik im hausärztlichen Bereich: Nicht immer – und gerade im hausärztlichen Bereich – ist es Ziel, all das zu tun, was möglich ist [2]. Insbesondere bei Beurteilung der Prozessqualität wird dies zum Problem, da der Maßstab zum „guten Versorgungsablauf“, den man zur Beurteilung haben mag, hierüber als unzureichend erklärt wird, misst er doch nur, ob das, was in der Regel gemacht werden kann, auch getan wurde. Es bedürfte aber eines Maßstabes, der angibt, ob das, was in einer konkreten Situation man weglassen kann oder gar sollte, auch weggelassen wurde. Die Problematik von Unter- zu Überversorgung ist hier angesprochen. Das „ideale Gleichgewicht“ ist schwer zu messen und es ist von Versorgungsbereich zu Versorgungsbereich unterschiedlich. In Hausarztpraxen mit „unselektierten Patienten“ muss es grundsätzlich und anders als beim Spezialisten eher um die Verhinderung von zu viel an Diagnostik und Therapie gehen [4]. Häufig also besteht Qualität hausärztlicher Arbeit gerade darin, bestimmte Diagnostik, wegen Konsequenzlosigkeit, wegen Gefährdung durch Folgeschritte der Diagnostik oder Therapie etc. *nicht* durchzuführen, oder bestimmte Therapien nicht oder nur in einer Weise durchzuführen, die keine Idealwerte usw. erreichten lässt. Hausärztliche Qualität ist zu weiten Teilen auch *durch Unterlassung von Diagnostik und Therapie* zu beschreiben (sogenannte *Quartärprävention*) [3,11].

Da diese Arbeitsaufgabe – anders als für den Spezialisten – im Zentrum der Allgemeinmedizin steht, wird eine Beurteilung dieser Qualität selbst auf Prozess-Ebene schwierig: Zur Lösung bieten sich also nur zwei Beurteilungsmaßstäbe an, die allerdings sich in einem gedachten Optimum kreuzen. Diesen Bereich von Optimum aber konkret anzugeben, fällt schwer – insbes. auch deswegen, weil die Variabilität der Patienten und ihrer Krankheiten auch hier nur eine sehr weite Definition von Optimum erlaubt.

Vor diesem Hintergrund Qualität – gar noch Ergebnisqualität – beim Hausarzt oder für hausärztliche Versorgung zu messen, ist sehr schwierig. Und so muss man sich häufig mit zwei Beurteilungsansätzen begnügen:

► Die *summarische Beurteilung* durch die Beteiligten – seien es Beobachter, die handelnden Ärzte selbst oder die Patienten. Für alle, am meisten jedoch für die Patienten, gilt, dass zu einer adäquaten Beurteilung der erfahrenen Versorgung auch Kenntnisse über das Adäquate und Nicht-Adäquate von Strukturen und Prozessen der Behandlung sowie den überhaupt bestehenden Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sein müssen. Die Frage im Hintergrund also ist: Was war unter *diesen* Bedingungen auf Seiten von Krankheit, Patient und Behandlungsoptionen überhaupt möglich – was, daran gemessen, ist erreicht? Dies kann sowohl Ablauf- als auch Ergebnisqualität betreffen.

Bezieht man sich auf Ergebnisqualität, so haben alle Beteiligten – also den Arzt auch eingeschlossen – das Problem, die Naturgeschichte des vor einem liegenden Krankheitsbildes unter den jeweils konkreten Konstellationen generell und insbesondere für den speziellen Patienten nicht zu kennen. Damit aber ist die Beurteilung von Erfolg oder Misserfolg nicht gut in Bezug auf die Qualität erbrachter Arbeit zu beurteilen. Und es muss bei dieser summarischen Beurteilung der Ergebnisqualität auch berücksichtigt werden, was Patient und Arzt gemeinsam wollten, oder nur der eine von beiden.

Für die Beurteilung von Prozess- und von Ergebnisqualität steht gerade diese Frage im Zentrum.

Für derartige summarische Beurteilungen erscheint insbesondere für den Hausärztlichen Bereich der Qualitätszirkel im ursprünglichen Sinne das beste Instrument zu sein [6]. Hier wird am Kollektiv der versorgten Patienten (mit einem bestimmten Krankheitsbild, Problem) einer Praxis in der Peer-Gruppe die jeweils eigene Qualität beurteilt.

- ▶ Die Erfassung von Struktur und Prozessqualität an einzelnen hierfür als relevant angesehenen Parametern. Für den spezialärztlichen Bereich ist dies noch relativ gut möglich: es sind die rein medizinischen Voraussetzungen und deren „Anwendung“, die zum Qualitätsindikator werden können. Dies geschieht dann meist nach dem Grundsatz: Alles, was medizinisch gesehen – möglichst und indiziert ist, muss vorgehalten bzw. getan werden. Dies kann manchmal sogar auch mehrdimensional sein: Ein Beispiel hierfür: Die Behandlung eines Diabetikers ist sicherlich an seinen Kontrollterminen, der Blutzuckereinstellung, an entsprechenden Messungen seiner Blutdruckeinstellung in der Prozess-Qualität (hier auch Ergebnisqualität) zu beurteilen. Für den allgemeinärztlichen Bereich macht selbst aber ein solcher Beurteilungsansatz ein Problem: Ein solcher Ansatz, entsprechende Qualitätsindikatoren müssten auch die Struktur- und Ablaufqualität zum Erreichen eines Behandlungskompromisses mit einschließen, also den Raum für Entscheidungsfreiheit für den Patienten – z.B. für gewünschte Diätüberschreitungen – mit bewerten. Im Beispiel heißt dies: Die Behandlung von Patienten mit einem Diabetes lässt ganz andere Sichtweisen, Behandlungsziele gleichberechtigt zum HbA1c oder dem Blutdruck daneben stehen. Zur Erhaltung psychischer Stabilität kann es wichtig sein, dass der Patient weiterhin viel arbeiten kann, weil er sich darüber ganz wesentlich definiert. Sieht man dies als gleichberechtigtes Behandlungsziel an – und der Patient tut dies oft –, dann hat man manchmal zu akzeptieren, dass er während der Arbeit auch immer wieder unter Stress kommt, sein Blutdruck ansteigt, er aber die vierte, deswegen hinzu gegebene Substanz nicht nehmen will, weil diese ihn dösig macht.

### Was ist machbar?



Der Beitrag hat die Schwierigkeiten einer adäquaten Beurteilung von Qualität – insbesondere von Ergebnisqualität – detaillierter dargestellt. Die Berechtigung von Qualitätsbeurteilung an sich bleibt aber auch durch den hier vorliegenden Text unangegriffen. Nur sollte man sich im Klaren sein, dass:

- ▶ Ergebnisqualität in der Regel als Beurteilungsmaßstab im ambulanten Bereich inadäquat ist. Ausgenommen hiervon ist die Nutzung von Indikatoren für Extremfälle von Nicht-Qualität.
- ▶ Insbesondere im hausärztlichen, aber auch in Teilen des gesamten ambulant-ärztlichen Bereichs bestehen fast immer unterschiedliche Behandlungsziele, die – der Arbeitsaufgabe des Generalisten entsprechend – alle auch bei der Qualitätsbeurteilung berücksichtigt werden müssen.
- ▶ Struktur- und zu weiten Teilen auch Prozessqualität im ambulant-ärztlichen Bereich kann noch relativ gut beurteilt werden, aber immer ist auch hier die Komplexität ärztlicher

Arbeitsaufgabe mit zu berücksichtigen. Dies schließt ein: Mit-Beteiligung des Patienten am Behandlungsprozess sowie daraus resultierende unterschiedliche Therapieziele.

- ▶ Qualitäts-Beurteilung auf der Ebene von Prozess-, erst recht aber bei Ergebnisqualität macht weite Margen von Toleranz notwendig, um der Variabilität von Krankheit und Behandlungsprozessen ausreichend Rechnung zu tragen.
- ▶ Es bleibt Vieles, wenn nicht sogar das Bedeutende außerhalb einer administrativen, aus Routinedaten gewinnbaren Beurteilbarkeit.

### Professionelle Autonomie und Qualitätssicherung



Die dargestellten Schwierigkeiten für eine treffsichere Qualitätsbeurteilung machen deutlich, dass ärztliches Handeln zu weiten Teilen nicht auf technisches Handeln zu reduzieren ist. Nur solches ließe sich sehr wohl und sehr viel einfacher in der Qualität beurteilen. Ärztliches Handeln aber ist zu weiten Teilen professionelles Handeln, also eines, bei dem in einem komplexen Entscheidungsraum abwägend Entscheidungen zu treffen sind [14]. Dieses aber wird durch generelle Maßstäbe nur sehr approximativ zu beurteilen sein. Versucht man es sozialrechtlich dennoch, dann wird man den Boden für professionelles Handeln zerstören – mit Sicherheit dem Ergebnis, dass die Versorgung schlechter wird.

Es geht also bei der Frage von Qualitätsbeurteilung und den dazu verwendeten Qualitätsindikatoren ganz zentral immer auch um die Frage des Freiraums der Medizin selbst, also den Freiraum, den eine Profession zur Entscheidungsfindung behalten muss, um ihrer Aufgabe – und damit dem Patienten – gerecht zu werden. Viele Gesellschaften haben dies auch heute noch begriffen – es werden aber weniger [13].

Berufe, die einer Profession im soziologischen Sinne zuzuordnen sind, zeichnen sich durch einen hohen Grad von Autonomie in der Entscheidungsfindung aus [14]. Diese professionelle Autonomie trägt einerseits der Tatsache Rechnung, dass die Berufsaufgaben nicht mit schematischen Vorgaben zu beurteilen, zu bewerten, und eben auch in ihrer Qualität zu bewerten sind, da es um sog. komplexe Aufgaben überwiegend oder nennenswert geht. Komplexe Aufgabenlösungen selbst zeichnen sich dadurch aus, dass zahlreiche einflussnehmende Faktoren bei der Findung einer Problemlösung mit berücksichtigt werden müssen. In der Regel ist dies nur durch Abwägen unter Nutzung von Wissen und Erfahrung möglich, die aber beide nicht in der Lage sind, eindeutige und damit sichere Entscheidungen zu produzieren. Eine Profession bekommt für diese Aufgabe ihre Autonomie gesellschaftlich zugesprochen, muss sich aber selbst einigen Bedingungen unterwerfen, die mit zur professionellen Rolle zählen: Dies sind insbesondere alleinige Widmung der Arbeitsaufgabe ohne Rücksicht auf eigene – auch ökonomische – Interessen. Um dies zu gewährleisten, werden der Profession gesellschaftlich immer besonders hohe Bezahlungen zugewilligt, was ja auch selbst heute noch für die Ärzteschaft insgesamt – im Vergleich zur Mehrheit anderer Berufe – gilt.

Die Einhaltung der „gesellschaftliche Abmachung“ zwischen Profession und Gesellschaft, nach der beide Seiten sich an die Regeln zu halten haben, ist Voraussetzung für die Aufrechterhaltung einer Profession. Aber genau diese Einhaltung der Regeln wird seit mindestens zwei Jahrzehnten in Deutschland von beiden Seiten zunehmend infrage gestellt: Ärzte betrügen, Ärzte

bereichern sich, Ärzte bieten sich als IGEL-Kaufleute an. Die Gesellschaft hingegen lässt zunehmend weniger Honorierung für die Profession zu und bewirkt damit auch, dass Ärzte zu Kaufleuten werden, wollen diese sich doch ihr Honorierungs-Privileg erhalten.

Umgekehrt ist es so, dass Ärzte für die Gesellschaft einen zunehmenden Kostendruck – weit über den aus eigener Bezahlung hinaus gehend – dadurch erzeugen, dass aufgrund ihrer Verordnung mehr Geld für Medikamente als für sie selbst ausgegeben werden muss, und sie häufig nicht kritisch mit sogenannten Fortschritten der Medizin und deren Einsatz umgehen.

Antwort hierauf von Seiten der Gesellschaft ist dann Qualitätssicherung und die Qualitätsprüfung durch Außenstehende, also nicht aus der Profession selbst heraus.

Insbesondere das Anlegen eindimensionaler Qualitätsindikatoren stellt ganz basal die professionelle Autonomie in Frage. Dies geschieht schon dadurch, dass das Anlegen derartiger eindimensionaler Indikatoren an sich schon die komplexe Arbeitsaufgaben einer Profession leugnet, denn dafür sind solche Indikatoren in der Regel inadäquat. Mit Zulassung und Ausweitung derartiger Qualitätssicherung über z.B. Qualitätsindikatoren wird auf Dauer die Profession gefährdet.

Und hier wird nicht von Stand und Standesinteressen, sondern von Profession und Patienteninteressen gesprochen, deren Interessen eben nur adäquat berücksichtigt werden können, wenn nicht primär und entscheidend es um die Einhaltung von Qualitätsindikatoren geht.

Sicherlich sind Qualitätsindikatoren nicht immer inadäquat, denn zugegebenermaßen ist es im ärztlichen Handeln auch so, dass nicht nur komplexe Arbeitsaufgaben zu leisten sind, und es innerhalb der Profession Berufsgruppen gibt, die ein Mehr oder ein Weniger an Komplexität in der Lösung ihrer Aufgaben haben. Dennoch dürfte für die Mehrzahl der ärztlichen Berufsgruppen – neben den routinierbaren Arbeitsaufgaben in Diagnostik, Therapie, Prävention und Betreuung – immer noch ein erheblicher Anteil komplexer Lösungsarbeit Charakteristikum ihrer Arbeit sein.

Es muss uns daher klar sein, dass dann, wenn wir zulassen, unsere Aufgaben reduktionistisch auf die Eindimensionalität von Qualitätsindikatoren reduzieren zu lassen, oder dies gar selbst noch betreiben, wir zulassen, dass man einen großen, bei Hausärzten den größten Teil der Arbeit nicht mehr im Auge hat. Und nochmals: Dies ist nicht nur ein Problem des Abbaues unserer Profession, die ja privilegiert ist, sondern es ist ganz zentral ein Abbau notwendigen Handlungsraums, für den Patienten adäquate Entscheidungen anbieten zu können.

**Interessenskonflikte:** keine angegeben.

### Anmerkung

▼  
Ein ähnlicher Text, aber mit gesundheitspolitischem Focus, ist in „Gesundheit und Sozialpolitik“ 2007, Hft 7/8: 32–38 unter dem Titel „Schwierigkeiten bei der Bestimmung von Qualität in ambulant-ärztlicher Versorgung.“ erschienen

### Literatur

- 1 *Abholz H-H.* Definition der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Ed). Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Georg-Thieme Verlag, 3. Aufl., Stuttgart 2006
- 2 *Abholz H-H, Wilm S.* Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Ed). Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Georg-Thieme Verlag, 3. Aufl., Stuttgart 2006; S. 565–574
- 3 *Abholz H-H.* Hausärztliche Prävention. In: Kirch W, Badura B (Hrsg). Prävention. Springer, Heidelberg 2006; S. 55–70
- 4 *Abholz H-H.* Biostatistische und epidemiologische Grundlagen der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Ed). Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Georg-Thieme Verlag, 3. Aufl., Stuttgart 2006
- 5 *Abholz H-H.* Personal care versus population care –Family Medicine should Emphasize Population care: Negative Position. In: Buetow S (Ed). Ideological debates in Family Medicine. NOVA Science, New York 2008
- 6 *Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J* (Hrsg). Ärztliche Qualitätszirkel – Dtsch Ärztevlg. Köln 1994
- 7 *Barrath A, Trevenat L, Davey HM, McCaffery K.* Uses of decision aids to support informed choices about screening. *BMJ* 2004; 507–510
- 8 *Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW.* Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005; 294: 716–724
- 9 *DiMatteo MR.* Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004; 42: 200–209
- 10 *Düsing R.* Therapietreue bei medikamentöser Behandlung. *DMW* 2006; 131: 28–30
- 11 *Fink W, Haidinger G.* Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 2007; 83: 102–108
- 12 *Fischer GC.* Schutz vor medizinischer Überversorgung. *Z Allg Med* 1996; 72: 1016–1022
- 13 *Freddi G, Björkman JW.* Controlling medical professionals – the comparative politics of health governance. Sage, London 1989
- 14 *Freidson E.* Der Ärztestand. Enke, Stuttgart 1979
- 15 *Jackson R, Lawes CMM, Bennett DA, Milne R, Rodgers A.* Treatment with drugs to lower blood pressure and cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk. *Lancet* 2005; 365: 434–441
- 16 *Keil U, Fitzgerald AP, Gohlke H, Wellmann J, Hense H-W.* Risikoabschätzung tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Die neuen SCORE-Deutschland-Tabellen für die Primärprävention. *Deutsches Ärzteblatt* 2005; 102: A1808–A1811
- 17 *Stock J, Szecsenyi J* (Hrsg). Stichwort Qualitätsindikatoren. KomPart Vlg. Bonn/Frankfurt/M. 2007

### Zur Person



**Prof. Dr. med. H.-H. Abholz,**  
Facharzt für Allgemeinmedizin und  
Facharzt für Innere Medizin.  
Langjährig in Klinik und Allgemeinpraxis  
tätig.  
Seit 1998 Leiter der Abteilung für  
Allgemeinmedizin der Universität  
Düsseldorf.