

# CONTENT, ein praxistaugliches Werkzeug zur Qualitätsmessung in der Hausarztpraxis – Ein Zyklus der Qualitätsverbesserung am Beispiel „akute unkomplizierte Kreuzschmerzen“

Thomas Kühlein<sup>1</sup>, Gunter Laux<sup>1</sup>, Andreas Gutscher<sup>1</sup>, Joachim Szecsenyi<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Das Projekt CONTENT nutzt modifizierte Praxisverwaltungsprogramme und ein internetbasiertes Analysesystem für den Aufbau eines Morbiditätsregisters im ambulanten Bereich. Darüber hinaus lässt sich CONTENT als unaufwendiges Werkzeug für ein praxisinternes klinisches Qualitätsmanagement verwenden.

Der Artikel beschreibt zwei klassische Zyklen der Qualitätsverbesserung am Beispiel der Versorgung von Patienten mit „akuten unkomplizierten Kreuzschmerzen“. Dazu wurden sieben Qualitätsindikatoren erarbeitet, die, durch die weitestgehende Nutzung von Routinedaten, ohne großen Aufwand aus dem praxiseigenen Datenpool abgerufen werden können. Die Abbildung und Kontrolle der eigenen Leistungsqualität, wie sie CONTENT ermöglicht, ist ein Kernelement hausärztlicher Professionalität.

*Schlüsselwörter:* Qualitätsmanagement, Qualitätsindikatoren, Kreuzschmerzen, Hausarztpraxis, Professionalisierung

**CONTENT, a practical tool for quality measurement in general practice – the cycle of quality assurance with acute uncomplicated low back pain as an example**

**Abstract:** The project CONTENT deploys a modified practice software and an internet based analysing tool as a practicable instrument for clinical governance.

This article describes two classic cycles of quality improvement (Deming-cycles) using the example of the quality of care of patients with acute uncomplicated low back pain. Seven quality indicators were worked out. These can be retrieved from the data-pool of the participating practices by using routine data as far as possible. The visualisation and control of the quality of one's own performance, as made possible by CONTENT, is a pivot of professionalisation in general practice.

*Keywords (MeSH):* quality assurance, health care, quality indicators, health care, low back pain, family practice, professional autonomy

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Heidelberg – Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Peer reviewed article eingereicht: 29.09.2008, akzeptiert: 22.10.2008

DOI 10.3238/zfa.2009.0159

## Hintergrund

### Das CONTENT-Projekt

CONTENT steht als Akronym für Continuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork. Es handelt sich um ein Projekt der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg. CONTENT zielt darauf ab, ein Morbiditätsregister für den ambulanten hausärztlichen Bereich aufzubauen [1–3]. Dazu wurde ein Modul zur Erweiterung handelsüblicher Praxisverwaltungsprogramme entwickelt und ein Datenanalysesystem aufgebaut. CONTENT nutzt dabei zwei grundsätzliche Neuerungen; die International Classification of Primary Care (ICPC) und die Behandlungsepisode.

Die ICPC ist eine von der Weltorganisation der Hausärzte (WONCA) entwickelte Klassifikation. Sie gehört zur Familie der Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Es gibt drei wesentliche Unterschiede zwischen der ICPC und der International Classification of Diseases (ICD). Erstens wurde die ICPC speziell für die Primärmedizin entwickelt und baut auf den häufigsten Problemen hausärztlicher Patienten auf. Zweitens passt, im Gegensatz zu der mit jeder Revision wachsenden ICD, die gesamte Klassifikation auf zwei DIN-A-4 Seiten. Drittens kann man mit ihr nicht nur die Diagnose, sondern außerdem den Beratungsanlass und den Versorgungsprozess erfassen.

Die Behandlungsepisode ist ein der ICPC inhärentes Konzept. Das Grundprinzip ähnelt sehr dem berühmten Dokumentationsmuster Lawrence L. Weeds aus den 60-iger Jahren [4; 5]. Weed zeigte, dass das Datum als alleiniges Ordnungsprinzip ärztlicher Dokumentation nicht genügt. Er beschrieb die seither als Dokumentationsstandard geltende Problemliste als Dreh- und Angelpunkt ärztlichen Denkens [6]. Eine Behandlungsepisode beginnt mit dem ersten Kontakt eines Patienten zu seinem Arzt bezüglich eines bestimmten Gesundheitsproblems und endet mit dem letzten Kontakt bezüglich des selben Problems [7]. Alles, was zu einem bestimmten Gesundheitsproblem gehört, wird in der Dokumentation diesem auch zugeordnet. Was dabei

auf dem Papier mühsam wäre, gelingt über den Computer leicht.

Für CONTENT wurde ein Softwaremodul entwickelt und bisher in zwei Praxisverwaltungsprogrammen umgesetzt (S3, Systec GmbH und Quincy, Frey ADV GmbH). Das Prinzip ist einfach. Man definiert mit Hilfe der ICPC ein Problem als Episodentitel in einer Liste. Solange dieses Problem in der Liste markiert ist, werden alle Einträge in die elektronische Karteikarte (Anamnese, Befund, Diagnose, Verordnungen, Überweisungen, ...) automatisch diesem Gesundheitsproblem zugeordnet. Der Vorteil im Moment der Konsultation ist, dass man sich per Mausclick nur noch die zu der gerade gewählten Episode gehörige Information anzeigen lassen kann. Man gewinnt augenblicklich eine bessere Übersicht über den vorliegenden Krankheitsfall und damit ein besseres Fallverständnis.

Darüber hinaus liegt der eigentliche Vorteil in der besseren Auswertbarkeit der entstehenden Daten. Die durch die Arbeit mit der Praxissoftware generierten Routinedaten sind in der CONTENT-Software eindeutig einem bestimmten Gesundheitsproblem zugeordnet. Diese Zuordnung kann nur der/die behandelnde Arzt/Ärztin vornehmen.

Die Auswertung bisheriger Routinedaten ist durch die ausschließliche Sortierung der Information nach dem Tagesdatum und der Karteizeilenkennung, die Ausrichtung auf die Logik der Abrechnung und die sich daraus ergebende Quartalsrhythmik schwierig [8]. Die statistischen Möglichkeiten der handelsüblichen Praxisverwaltungsprogramme sind in der Regel für Zwecke der Qualitätsmessung ungenügend.

In CONTENT ist das Problem durch die Episodenstruktur gelöst. Die Episodenstruktur entwirrt die vielen parallel laufenden und sich überkreuzenden Stränge der Versorgung mehrerer gleichzeitiger Krankheitsfälle beim selben Patienten. Diese Gleichzeitigkeit mehrerer Krankheitsfälle bei einem Patienten ist für die Hausarztmedizin typisch.

Die Daten werden regelmäßig pseudonymisiert, extrahiert und an eine zentrale Datenbank am Universitätsklinikum Heidelberg weitergeleitet. Aktuell arbeiten 30 Hausarztpraxen im Projekt. Die Datenbank enthält die Datensätze von etwa 60.000 Patienten. Methoden

und Ergebnisse des Projekts werden an-derorts detailliert beschrieben [9].

Die CONTENT-Praxissoftware und die Datenbank lassen sich einerseits für ihre eigentliche Zielbestimmung, ein Morbiditätsregister im ambulanten Bereich zu erstellen, nutzen. Andererseits ist CONTENT aber auch ein ideales Werkzeug für Qualitätsmessungen in der Hausarztpraxis.

### Qualitätsmessung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit akuten unkomplizierten Kreuzschmerzen

Im Rahmen des CONTENT-Projektes finden regelmäßig Qualitätszirkeltreffen statt. Im Zuge dieser Treffen wurde im April 2007 begonnen zu testen, inwieweit sich die CONTENT-Software für Qualitätsmessungen im Rahmen eines praxisinternen klinischen Qualitätsmanagements eignet.

Die Gruppe der am Zirkel teilnehmenden Hausärzte wählte als Thema einer ersten Messung: Die Versorgungsqualität von Patienten mit akuten unkomplizierten Kreuzschmerzen.

### Der Zyklus der Qualitätsverbesserung

Der Zyklus der Qualitätsverbesserung auch Deming- oder PDCA-Zyklus genannt, ist eine Grundstruktur der Qualitätsarbeit. Er besteht aus 4 Elementen [8]:

- 1) Analyse des Ist-Zustandes,
- 2) Evaluation unter Berücksichtigung eines Soll-Zustandes,
- 3) Zielbestimmung und Planung der Zielerreichung und
- 4) Handeln nach Plan.

Dem Zeitraum des Handelns nach Plan wiederum folgt eine erneute Analyse des Ist-Zustandes.

### Analyse des Ist-Zustandes

Das Ergebnis der Analyse des Ist-Zustandes soll im zweiten Schritt mit einem Soll-Zustand verglichen und anhand dessen evaluiert werden. Daraus ergibt sich, dass man den Soll-Zustand bereits kennen sollte, um bei der Analyse des Ist-Zustandes vergleichbare Werte zu erhalten. Leitlinien können als Versuch angesehen werden, für die Mehrzahl der Patienten mit einem bestimmten Gesundheitsproblem orientierend ein Ver-

Titel	Nenner	Zähler
<b>Q1 1:</b> Anteil der Patienten für die eine Episode mit Codierung L03 oder L84 angelegt wurde, bei denen Redflags ausgeschlossen wurden	Alle Patienten für die eine Episode mit Codierung L03 oder L84 angelegt wurde	Anteil der Patienten des Nenners, bei denen ein vorgegebenes Makro zum Ausschluss von Redflags benutzt wurde
<b>Q1 2:</b> Anteil der Patienten für die eine Episode mit Codierung L03, L84 angelegt wurde, an allen Patienten mit den ICD-10 Codes M54.0-, M54.5 (ICPC-Map. zu L03) und M43.0-, M43.1-, M43.5-, M46.0-, M46.1-, M46.8-, M46.9-, M47.0-, M47.8-, M47.9-, M48, M51, M53.2-, M53.3, M53.8-, M53.9-, S33.5-, S33.7 (ICPC-Map. zu L84) in Karteizeilen mit Kennung D	Alle Patienten mit den ICD-10 Codes M54.0-, M54.5 (ICPC-Map. zu L03) und M43.0-, M43.1-, M43.5-, M46.0-, M46.1-, M46.8-, M46.9-, M47.0-, M47.8-, M47.9-, M48, M51, M53.2-, M53.3, M53.8-, M53.9-, S33.5-, S33.7 (ICPC-Map. zu L84) in Karteizeilen mit Kennung D	Anteil der Patienten des Nenners, für die eine Episode mit Codierung L03, L84 angelegt wurde
<b>Q1 3:</b> Anteil der Episoden mit Codierung L03 oder L84 und Ausschluss von Redflags bei denen innerhalb der ersten 4 Wochen keine Überweisung erfolgte	Alle Patienten für die eine Episode mit Codierung L03 oder L84 angelegt wurde, bei denen Redflags ausgeschlossen wurden	Anteil der Patienten des Nenners, bei denen innerhalb der ersten 4 Wochen nach Anlegen der Episode keine Überweisung erfolgte
<b>Q1 4:</b> Anteil aller Episoden mit Codierung L03 oder L84 und Ausschluss von Redflags bei denen der Rat zu Aktivität gegeben wurde, eine Beratung zu Warnsignalen und eine Aufklärung zu Nebenwirkungen erfolgte	Alle Patienten für die eine Episode mit Codierung L03 oder L84 angelegt wurde, bei denen Redflags ausgeschlossen wurden	Anteil der Patienten des Nenners, bei denen ein Makro zur Dokumentation der Beratung zu Aktivität, zu Warnsignalen und zur Aufklärung zu Nebenwirkungen benutzt wurde
<b>Q1 5:</b> Anteil der Episoden mit Codierung L03 oder L84 und Ausschluss von Redflags bei denen Paracetamol, Ibuprofen oder Diclofenac verordnet wurden	Alle Patienten für die eine Episode mit Codierung L03 oder L84 angelegt wurde, bei denen Redflags ausgeschlossen wurden	Anteil der Patienten des Nenners, bei denen Paracetamol, Ibuprofen oder Diclofenac verschrieben wurden
<b>Q1 6:</b> Anteil der Episoden mit Codierung L03 oder L84 und Ausschluss von Redflags bei denen bei Erstkontakt keine Krankenschreibung von mehr als 3 Tagen erfolgte	Alle Patienten für die eine Episode mit Codierung L03 oder L84 angelegt wurde, bei denen Redflags ausgeschlossen wurden	Anteil der Patienten des Nenners, bei denen bei Erstkontakt keine Krankenschreibung von mehr als 3 Tagen erfolgte
<b>Q1 7:</b> Anteil der Episoden mit Codierung L03 oder L84 Ausschluss von Redflags bei denen innerhalb der ersten 4 Wochen keine Physiotherapie verordnet wurde	Alle Patienten für die eine Episode mit Codierung L03 oder L84 angelegt wurde, bei denen Redflags ausgeschlossen wurden	Anteil der Patienten des Nenners, bei denen innerhalb der ersten 4 Wochen keine Physiotherapie verordnet wurde

**Tabelle 1** Qualitätsindikatoren (QI) akuter unkomplizierter Kreuzschmerzen.

sorgungs-Soll zu beschreiben. Wir verwendeten die Leitlinie Nr. 3 „Kreuzschmerzen“, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) [10; 11].

Die Leitlinie teilt Kreuzschmerzen ein in:

- akute unkomplizierte Kreuzschmerzen,
- radikuläre Kreuzschmerzen und
- komplizierte Kreuzschmerzen.

Das Thema der Qualitätsmessung wurde im Zirkel gemeinsam auf die Versorgung der Patienten mit akuten unkomplizierten Kreuzschmerzen eingeschränkt.

### Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sind „messbare Größen, die eine Aussage über die Versorgungsqualität ermöglichen und Hinweise für Verbesserungen liefern“ [12]. Aus den Vorgaben der Leitlinie und in Abgleich mit international etablierten

und validierten Vorbildern, wurden 7 Qualitätsindikatoren mit definiertem Zähler und Nenner erarbeitet (s. Tab. 1). Die Qualitätsindikatoren wurden ausführlich in der Gruppe diskutiert und die Gründe für ihre Auswahl besprochen.

### Erläuterungen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator 1: Dieser definiert den Nenner für alle weiteren Indikatoren. Weder die ICD-10 noch die ICPC enthalten einen Code, der für sich das Prädikat „unkompliziert“ beinhalten würde. Es gibt viele Krankheitsbilder in der Hausarztmedizin, bei denen es sich zum größten Teil um unkomplizierte Fälle handelt. In diesen Fällen gilt es, die abwendbaren gefährlichen Verläufe auszuschließen und – unter gegebenenfalls minimaler Therapie – aufmerksam abzu-

warten [13]. Die Diskussion in der Gruppe ergab, dass der Ausschluss von Warnsignalen (Redflags), der ja die Unkompliziertheit definiert, in der Praxis meist nicht dokumentiert wird. Die Dokumentation von etwas, das nicht der Fall ist, wurde von den Teilnehmern als nicht sinnvoll angesehen. Für die Definition unseres Nenners ist jedoch ein elektronisch lesbarer Ausschluss von Warnsignalen notwendig. Deshalb wurde ein sogenanntes Makro (elektronischer Dokumentationsbaustein) entwickelt, das die Dokumentation erleichtert und dessen Benutzung für die Datenanalyse elektronisch auslesbar ist (s. Tab. 2).

Das Makro muss mithilfe eines Kürzels aktiv aufgerufen werden. Es dient nicht nur der Dokumentation, sondern zugleich als Checkliste für den Ausschluss der Redflags. Abbildung 1 zeigt das Makro wie es für die Ärzte auf dem Compu-

• CONTKS1
• Schmerz bewegungsabhängig, nicht zunehmend
• Normaler Allgemeinzustand, kein Fieber, keine neurologischen Ausfälle
• Kein Trauma, kein Hinweis auf path. Fraktur (Osteoporose, Tumor)
• Kein Hinweis für Immunsuppression (Steroide, HIV)
• Kein Hinweis für entzündliche rheumatische Erkrankung

**Tabelle 2** Dokumentationsmakro zum Ausschluss von Warnsignalen.

Datum	B	S	K	Karteizeile
27.06.07			B	CONTKS1
			T	CONTKS2

**Abbildung 1** Minimalisierte Anzeige der Dokumentationsmakros in der elektronischen Karteikarte. (S3, Systec GmbH)

terschirm erscheint. Die teilnehmenden Kollegen wollten ihre Dokumentation nicht durch so viele Negativbefunde „verdünnt“ sehen. Deshalb wurde die Möglichkeit eingerichtet, nach Abhaken der Checkliste, durch einen sogenannten „don't show“-Befehl, nur noch das Kürzel in der Karteizeile des Journalblattes erscheinen zu lassen (s. a. Abb. 1). Das Kürzel erscheint deshalb aus technischen Gründen in der ersten Zeile des Makros. Die dahinter liegende ausführliche Dokumentation wird einfach nicht gezeigt. Qualitätsindikator 1 beschreibt also vor allem eine diagnostisch Qualität, aber auch eine Dokumentationsqualität.

Qualitätsindikator 2: Er beantwortet die Frage, für wie viel Prozent der Patienten, für die eine Episode hätte angelegt werden können, auch tatsächlich eine angelegt wurde. Eine Qualitätsmessung verliert deutlich an Wert, wenn nur eine kleine Auswahl der Patienten mit der betreffenden Erkrankung betrachtet wird. Qualitätsindikator 3: Die Leitlinie gibt vor, dass Patienten mit unkomplizierten Kreuzschmerzen vor Ablauf von 4 Wochen keine bildgebende Diagnostik benötigen. Nachdem bildgebende Diagnostik in der Regel in Hausarztpraxen nicht durchgeführt wird und auch Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung an Orthopäden bei unkomplizierten Kreuzschmerzen nicht sinnvoll scheinen, lässt sich der Erfüllungsgrad dieser Vorgabe der Leitlinie über die

Überweisungsformulare nachvollziehen.

Qualitätsindikator 4: Die hausärztliche Therapie akuter unkomplizierter Kreuzschmerzen beruht auf zwei Säulen; der Verordnung von Paracetamol oder nicht steroidal Antirheumatika (NSAR) wie Diclofenac oder Ibuprofen und dem Rat zu körperlicher Aktivität. Letzterer wird meist nicht, oder wenn dann nur narrativ, also nicht elektronisch auslesbar, dokumentiert. Deshalb wurde für diesen Indikator ein zweites Dokumentationsmakro entwickelt (s. Tab. 3). Ein großer qualitätsbestimmender Teil hausärztlicher Arbeit liegt in der Beratung. Da diese von Routinedaten normalerweise nicht erfasst wird, entgeht sie der Aufmerksamkeit.

Auch hier lässt sich über einen sogenannten „don't show“-Befehl in der Software, die Anzeige des Makros auf dem Bildschirm auf ein Minimum reduzieren (s. Abb. 1). Die Abkürzung CONTKS steht dabei jeweils für CONTENT-Makro Kreuzschmerzen.

Qualitätsindikator 5: Dieser Indikator beschreibt die zweite Säule der Therapie, die Verordnung von Paracetamol oder klassischen NSAR. Die Schwierigkeit dieses Indikators liegt einerseits darin, dass Paracetamol und Ibuprofen frei verkäuflich sind und damit zum Teil nicht über die Praxissoftware verschrieben werden. Andererseits lässt der Indikator außer Acht, dass darüber hinaus eine Menge nicht leitliniengerechter Therapiefor-

men, wie zum Beispiel das intramuskuläre Spritzen von NSAR und Glukokortikosteroiden, nicht betrachtet werden.

Qualitätsindikator 6: Ein wichtiges Ziel der Leitlinie ist die Vermeidung der Chronifizierung von Kreuzschmerzen. Neben dem Rat zu körperlicher Aktivität gehört dazu, die Patienten möglichst nicht – oder wenn dann nur kurzfristig – krank zu schreiben.

Qualitätsindikator 7: Physiotherapie für Patienten mit akuten unkomplizierten Kreuzschmerzen wird aufgrund widersprüchlicher Studienlage von der Leitlinie allgemein eher zurückhaltend bewertet. Auch wenn bei den einzelnen Verfahren durchaus Unterschiede gesehen werden, empfiehlt die Leitlinie tendenziell in den ersten Wochen zunächst keine Physiotherapie zu verordnen.

## Ergebnisse der ersten Messung

Nach Ablauf eines Quartals erfolgte die erste Messung der Qualitätsindikatoren (s. Abb. 2).

## Evaluation des Ist-Zustandes unter Berücksichtigung des Soll-Zustandes

Auf den ersten Blick erschien der Gruppe das Ergebnis enttäuschend. In der Diskussion stellte sich heraus, dass ein Teil der Kollegen mit der Nutzung von Makros nicht vertraut war. Bei anderen hatte es Schwierigkeiten bei der Einspielung der Makros über ein Software-Update gegeben. Zwei der Indikatoren (QI6 und QI7) waren nicht auswertbar, da bei der quartalsweisen Datenübertragung Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Physiotherapieerzepte nicht exportiert wurden.

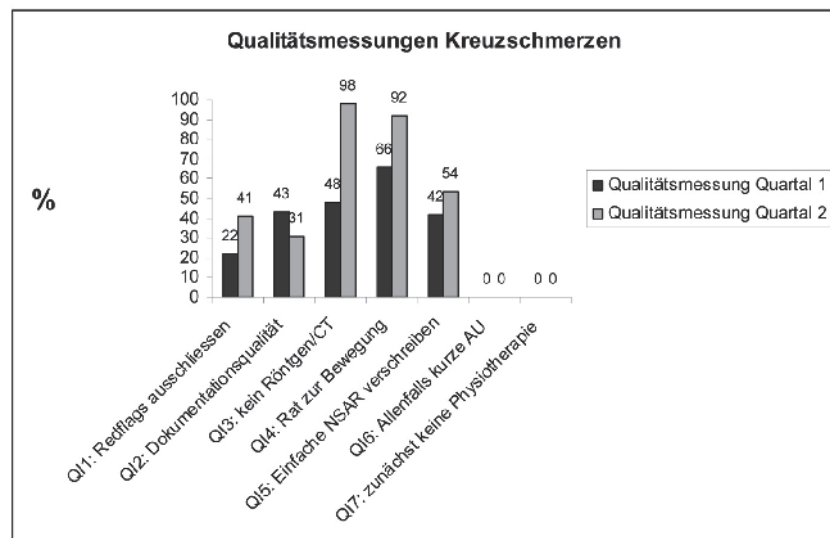
## Zielbestimmung, Planung der Zielerreichung und erneutes Handeln nach Plan

Im Qualitätszirkel wurde die Nutzung der Makros erneut zusammen geübt. Die Ziele und die Inhalte der Leitlinie wurden erneut besprochen. Der zukünftige Export von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Physiotherapieerzepten wurde mit der Softwarefirma vereinbart. Dem folgte ein weiteres Quartal der Arbeit nach Plan und der Datenerhebung.

## Ergebnisse der zweiten Messung

<ul style="list-style-type: none"> <li>• CONTKS2</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient zu Aktivität aufgefordert; Warnsignale besprochen; Aufklärung zu Nebenwirkungen der NSAR; Wiedervorstellung bei Persistenz/Verschlechterung der Beschwerden.</li> </ul>

**Tabelle 3** Dokumentationsmakro der Beratung.



**Abbildung 2** Ergebnisse der Qualitätsmessungen Kreuzschmerzen.

(Tabellen + Abb. 2: T. Kühlein)

Nach dem zweiten Quartal wurden die Qualitätsindikatoren erneut ausgewertet und der Gruppe vorgestellt (s. Abb. 2). Die Ergebnisse der zweiten Messung waren deutlich besser. Für den Indikator 1 lag nach den Angaben der DEGAM-Leitlinie der zu erwartende „wahre Wert“ über 70 %. Mehr als 70 % der Patienten mit Kreuzschmerzen haben „unkomplizierte Kreuzschmerzen“ [10]. Indikator 2 zeigt, dass mit 30,9 % noch deutlich weniger Episoden angelegt werden, als angelegt werden könnten. Die Indikatoren 3 und 4 liefern sehr gute Ergebnisse. Indikator 5 ist mit den oben diskutierten Einschränkungen zu betrachten. Durch ein technisches Problem konnte der Export von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Physiotherapie Rezepten immer noch nicht umgesetzt werden. Dadurch waren diese Indikatoren weiterhin nicht auswertbar. Der Export ist inzwischen möglich gemacht worden. Dies war aber leider nur prospektiv umzusetzen.

Die angegebenen Werte beruhen nur auf den Daten der Qualitätszirkelteilnehmer, nicht auf denen aller Projektteilnehmer. Die gezeigte Analyse bezieht

sich auf deren Gesamtheit. Die Qualitätsindikatoren sollen im nächsten Schritt als vorgefertigte Abfragen auf dem internetbasierten CONTENT-Analyseserver ([www.content-info.org](http://www.content-info.org)) eingerichtet werden. Dadurch kann jeder Teilnehmer in Zukunft, für jeden frei wählbaren Zeitraum, die Indikatoren auf der Basis der eigenen Daten selbstständig abrufen. Die Werte sollen zur Orientierung jeweils mit einem Benchmark aus der Gruppe versehen werden. Den freien Zugang zu den eigenen Daten betrachten wir als essentielles Element im Rahmen eines selbstständigen klinischen Qualitätsmanagements.

Die hier nicht gezeigten Ergebnisse der einzelnen Praxen, können nach eigener Evaluation Grundlage weiterer Spiralschleifen der Qualitätsverbesserung sein.

## Diskussion

Die CONTENT-Software und der Analyseserver ermöglichen die unaufwendige Nutzung von Routinedaten zur Qualitätsmessung im Rahmen einer praxis-

internen klinischen Qualitätssteuerung (clinical governance). Was hier am Beispiel akuter unkomplizierter Rückenschmerzen gezeigt wurde, ließe sich problemlos auf andere Themen ausweiten. Grundsätzlich soll zur Arbeit mit Qualitätsindikatoren gesagt sein, dass sie niemals in der Lage sind, das gesamte Spektrum der Qualitäten ärztlicher Arbeit abzubilden. Dass man nicht alles messen kann, sollte jedoch nicht verhindern, dass man es dennoch dort tut, wo es durchaus möglich ist. Der Gefahr der Reduktion auf Messbares entgeht man am besten dadurch, dass man die Messung und ihre Bewertung selbst vornimmt. Genau darin könnte der Reiz des hier vorgestellten Verfahrens liegen. Es stellt sich die Frage wozu man überhaupt messen sollte. Darauf gibt es vor allem zwei Antworten. Erstens um den Wert der eigenen Arbeit glaubhaft darstellen zu können. Dazu gehören nicht nur die Ergebnisse, sondern auch das erkennbare Ringen um deren Qualität. Und zweitens um tatsächlich die Qualität der eigenen Arbeit dort zu verbessern wo es nötig erscheint.

Unser Ziel ist hier ein Werkzeug vorzustellen, das sich für die praxisinterne klinische Steuerung eignet. Die zur Darstellung genutzte Stichprobe ist dabei allenfalls zur Erzeugung von Benchmarks als Vergleichsgruppe wichtig. Dies ist auch der Grund, warum die Ergebnisse der Messungen hier nur zurückhaltend dargestellt und auch nur eingeschränkt diskutiert werden sollen. Es geht hier um die Möglichkeit der professionellen Selbstreflexion. Eine Kultur der öffentlichen Darstellung und Diskussion der dabei verwendeten Methoden und gefundenen Ergebnisse halten wir für wünschenswert. Wir können diese hier jedoch nur anregen und glauben, ein geeignetes Werkzeug dafür zur Verfügung zu stellen.

## Schwächen der Methode

Im Augenblick wird das CONTENT-Modul nur in den Praxisverwaltungsprogrammen von zwei Systemhäusern (S3, Quincy) umgesetzt. Dies begrenzt die Anwenderzahl erheblich. Das Modul ist nicht frei an jedes Praxisverwaltungsprogramm ankoppelbar. Durch die Dokumentation in Episodenform entsteht ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand.

**Dr. med. Thomas Kühlein ...**

... Facharzt für Allgemeinmedizin, 47 Jahre alt, verheiratet, drei Kinder.

10 Jahre lang Hausarzt in Oberfranken. Seit Juli 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg; Projektleiter CONTENT ([www.content-info.org](http://www.content-info.org)). Weiterhin an zwei Tagen pro Woche hausärztliche Tätigkeit.

Dieser Aufwand ist jedoch gering. Einen großen Teil der in eine ordentliche Dokumentation investierten Zeit gewinnt man durch die Sortierfunktion der Software und damit das schnellere Wiederfinden abgelegter Information zurück. Jede Klassifikation hat Schwächen, beziehungsweise erfordert das Einhalten von Kodierregeln. Die ICPC bietet für die Diagnose lumbaler Schmerzsyndrome die Codes L84 „Rückensyndrom ohne Schmerzausstrahlung“ und L86 „Rückensyndrom mit Schmerzausstrahlung“. Das bedeutet erstens, dass die Codes nicht ausschließlich auf den lumbalen Bereich beschränkt sind. Zweitens entspricht diese Klassifikation nicht der der DEGAM-Leitlinie. Diese teilt in die akuten Kreuzschmerzen in unkomplizierte, radikuläre und komplizierte Kreuzschmerzen ein. Unkomplizierte Kreuzschmerzen beinhalten auch solche Schmerzsyndrome, bei denen die Ausstrahlung nicht streng dermatombegrenzt und nicht weiter als bis zum Knie auftritt. Wir mussten uns deshalb darauf einigen, für unkomplizierte Kreuzschmerzen den Symptom-Code L03 „Untere Rückensymptomatik/-be-

schwerden“ oder den Diagnose-Code L84 „Rückensyndrom ohne Schmerzausstrahlung“ zu benutzen, auch dann wenn eine Schmerzausstrahlung vorliegt, diese sich jedoch im Rahmen unkomplizierter Rückenschmerzen bewegt.

### Stärken der Methode

Eines der stärksten Argumente für CONTENT als Werkzeug zur Qualitätsmessung, ist die geschickte Nutzung von Routinedaten. Dadurch wird der zusätzliche Dokumentationsaufwand erheblich reduziert. Der zweite große Vorteil, zum Beispiel im Gegensatz zu Disease-Management-Programmen (DMP), ist das, was im englischen Sprachraum „Ownership“ (am ehesten „Besitztum“) genannt wird. Die Leitlinien der DEGAM werden von Hausärzten gemacht. Die CONTENT-Daten, die Themen und die Ziele eines solchen klinischen Qualitätsmanagements bleiben in eigener Hand.

Für eine Profession sind eigene Qualitätsstandards und Kontrollmechanismen wesentlich [14]. Dort wo die Leistung den selbst gesetzten Qualitätsstan-

dards nicht entspricht, muss an ihrer Verbesserung gearbeitet werden. Nur ein Teil ärztlicher Arbeit lässt sich durch Standards festlegen und messen. Wer, wenn nicht die Hausärzte selbst, sollte diesen Teil und die entsprechenden Standards festlegen? Professionelles Handeln bietet die Möglichkeit einer Position der Stärke, zum Beispiel in Verhandlungen mit Kostenträgern. Medizin ist auch ein Geschäft, das politisch verhandelt wird. Zur Verhandlung des Wertes einer Leistung gehört zwingend die Abbildung der Qualität dieser Leistung. Überlässt man die Abbildung der eigenen Leistung den Kostenträgern, wird naturgemäß ein schlechteres Bild entstehen, als wenn man diese Leistungsabbildung in eigener Hand behält. CONTENT bietet eine unaufwendige Möglichkeit die Initiative wieder zu gewinnen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse.

Dr. med. Thomas Kühlein

Universitätsklinikum Heidelberg –

Abteilung Allgemeinmedizin und

