

Qualitätsindikatoren in der Hausärztlichen Versorgung – ein Provokationspapier

Indicators of quality in family medicine – a provocation paper

Heinz-Harald Abholz¹, Günther Egidi²

Zusammenfassung: Es wird die Bedeutung und Differenzierung von Qualitätsindikatoren dargestellt und herausgearbeitet, welche von ihrer Struktur dafür tauglich sind, die Arbeit des Generalisten adäquat bewerten zu können.

Summary: After showing which kind of indicators of quality, differentiated by their structure, are existing. Those being useful for and those threatening the quality of care in family medicine are exposed.

Qualitätsindikatoren (QI) werden allenthalben diskutiert, geschaffen und uns als Ärzten vorgesetzt, gar als Hilfe zu mehr Qualität oder mehr Honorierung angepriesen. Wir wissen, dass Qualitätsindikatoren zukünftig auch unsere Honorierung mitbestimmen sollen. Leider sind die Probleme des Einsatzes von QI, deren Begrenztheit, damit überhaupt Qualität sinnvoll bestimmen zu können, sowie die daher notwendig werdenden Konzeptionalisierungen im Feld der QI bisher nicht ausreichend im Fach diskutiert worden.

Eine Sortierung von Gedanken zum Thema soll hiermit vorgelegt werden, selbst wenn wir als „Allgemeinmediziner“ inzwischen damit sehr spät kommen.

1. Qualitätsindikatoren (QI) ermöglichen, bestimmte Aspekte der **Qualität** in einem Versorgungsbereich und zu einem Versorgungsthema zu **beschreiben**. Ein Versorgungsbereich kann eine Praxis, eine Gruppe von Ärzten (z. B. alle Kardiologen), ein Krankenhaus, eine Region etc. sein.
2. Werden Qualitätsindikatoren mit der An- oder gar Vorgabe zum **Grad ihrer Erreichung** versehen, so geben sie, wenn sie adäquat gewählt sind, einen Hinweis auf das Ausmaß der Qualität einer Versorgung. Sie

sind für **versorgungsepidemiologische Aussagen** tauglich.

3. Dabei wird dann abgebildet, in welchem Prozentsatz/Ausmaß ein Qualitätsindikator erreicht ist, beispielsweise wie viel Prozent operierter Patienten bei der Operation Kompressionsstrümpfe zur Verringerung von Thrombosen erhalten haben. Der Qualitätsindikator wäre hier das Benutzen der Stützstrümpfe, das Maß für die Qualität wäre der erreichte Versorgungsgrad mit diesen Strümpfen. Hier wäre ein **Prozess-Qualitätsindikator** bestimmt.
4. Qualitätsindikator könnte, im Beispiel geblieben, auch der Prozentsatz von postoperativen Thrombosen sein; man hätte dann einen Outcome- oder **Ergebnis-Qualitätsindikator** benannt. Damit hätte man aber neben der Wirksamkeit der Strümpfe noch weitere, dann auch stärker wirksame, meist sich negativ auswirkende Einflussfaktoren mit in diesem **Outcome-Qualitätsindikator** erfasst (Art der Operation, Alter des Patienten, Vorhandensein einer Thrombophilie etc.). Dies sind aber zu nennenswerten Teilen solche Einflussnehmende Größen, die nicht durch den Behandler zu beeinflussen sind. Da-

mit wäre aber eine zentrale Funktion von Qualitätsindikatoren boykottiert, nämlich die Qualität von Behandlern oder Behandlungsinstitutionen mittels dieser zu bestimmen. Dies könnte man nur dadurch umgehen, dass man zu diesen Faktoren adjustiert, was aber die Untersuchung auf der Ebene einer Praxis unmöglich macht, da hierfür die Fallzahlen weitaus zu klein sind.

5. Mithilfe von Qualitätsindikatoren kann, insbesondere in Verbindung mit Angaben über den Grad der Zielerreichung, nicht nur **Qualität** beschrieben, sondern auch **gesteuert** werden. Qualitätsindikatoren können mit Belohnungs- oder Sanktionssystemen verbunden werden: Man kann denjenigen besser entlohnen, der gut in einem oder bei mehreren Qualitätsindikatoren abschneidet; man kann auch die Entlohnung versagen, wenn nicht gut abgeschnitten wird. Dafür kann man Vorgaben für den Prozentsatz machen, der in Bezug auf einen QI erreicht werden muss, um eine Belohnung zu bekommen, oder man kann – weniger radikal wirkend, aber der Vielfalt der Situationen Rechnung tragend – graduiert nach Erreichungsgrad belohnen oder sanktionieren.

1 Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

2 Arzt für Allgemeinmedizin, Bremen-Huchting

Peer reviewed article eingereicht: 20.02.2009, akzeptiert: 20.03.2009

DOI 10.3238/zfa.2009.0260

6. Setzt man Qualitätsindikatoren für Belohnungen oder Bestrafungen ein, z. B. in **Pay-for-Performance-Systemen**, dann gibt es für den handelnden Arzt, ein Krankenhaus etc. zwei Anreize: eine gute Versorgung betreiben zu wollen und den Geld-Anreiz. Letzterer Anreiz kann also ersteren verstärken, so ist es intendiert. Er kann aber auch, was zu zeigen sein wird, ersteren in bestimmten Konstellationen konterkarieren.
7. Um den Grad der Erreichung eines Qualitätsindikators als Beleg für gute oder schlechte Qualität verwenden zu können, sind mehrere und teilweise deutlich **stärkere Einflussfaktoren auf die Möglichkeit der Erreichung eines QI** zu beachten: Neben einem fachlich schlechten, nicht motivierten Arzt oder einer insuffizienten Versorgungseinrichtung können negativ auf die Erreichung eines QI sich auswirken:
- a) **Non-Compliance bei Patienten:** Aufgrund anderer Werteentscheidungen machen bekanntermaßen nicht alle Patienten, insbesondere längerfristig, das, was ein Arzt vorschlägt. Die Non-Compliance-Raten liegen zwischen 20 und 80 %.
- b) **Patientenbeteiligung** an der Behandlung: Non-Compliance ist die drastischste und implizite Form der Partizipation des Patienten an der Behandlung. Es sind hier aber auch die im Arzt-Patienten-Gespräch explizit gemachten Ablehnungen von Behandlungen, Diagnostik etc. zu nennen, die aufgrund unterschiedlicher Wertesetzung zwischen Arzt und Patient zustande kommen.
- c) Aufgrund von **Multimorbidität** bestehen bei einem Großteil von Patienten, insbesondere im Alter, Kontraindikationen zu einzelnen Behandlungsprinzipien in Bezug auf gleichzeitig vorliegende andere Erkrankungen. Werden für die jeweiligen Behandlungsprinzipien der einzelnen Erkrankungen Qualitätsindikatoren formuliert und mit Vorgaben eines Erreichungssolls verbunden, dann kann es sein bzw. ist es wahrscheinlich, dass, auch bei und we-

gen guter Qualität der Versorgung, ein oder mehrere Qualitätsindikatoren nur bei einem Teil der Patienten erreicht werden. So ist z. B. schon konzeptionell gezeigt worden, dass bei Anwendung von sechs evidenzbasierten Leitlinien für sechs im Alter häufig vorkommende Erkrankungen nur bei einem sehr kleinen Teil der Versorgten diese alle und annähernd voll umsetzbar sind.

- d) Die **Mehrdimensionalität** des Krankseins führt in Kombination mit dem Behandlungsauftrag, bei einem Patienten diese medizinischen, psychischen und soziokulturellen Aspekte immer auch zu berücksichtigen, ebenfalls dazu, dass die Erreichung von Qualitätsindikatoren nicht in dem Maße möglich ist, wie es eindimensionale, nur ein Krankheitsbild betreffende Indikatoren nahe legen. Die Berücksichtigung aller Aspekte – unter Gewichtung der jeweiligen Bedeutung bei einem konkreten Gesundheitsproblem und einem konkreten Patienten – ist aber Aufgabe der Allgemeinmedizin.

Die Punkte a) bis d) beeinflussen sowohl das Erreichen von Prozess- als auch Outcome-Qualitätsindikatoren.

Hinzu kommen in Bezug auf die Erreichbarkeit von Outcome-Qualitätsindikatoren noch weitere Einschränkungen:

- e) Die Krankheiten oder Gesundheitsprobleme, für die Qualitätsindikatoren gebildet werden können, **unterscheiden sich selbst bei gleicher Diagnose-Bezeichnung** (z. B. chronische Hepatitis, akute Bauchschmerzen) erheblich und weisen dann ganz unterschiedliche „Natürliche Verläufe“ auf. Der Natürliche Verlauf aber bestimmt den Outcome einer Erkrankung, insbes. einer chronischen, aber meist mehr als die Behandlung.
- f) Die weitere **Charakteristik von Patienten**, ihr Alter, ihr Geschlecht, soziale Stellung, Begleit- oder Vorerkrankungen beeinflussen ebenfalls massiv den „Natürlichen Verlauf“ und damit den Outcome.

Für e) und f) gilt, dass bei Betrachtung großer Gruppen, also Versorgten, in der Regel ja eine „durchschnittliche Gruppe“ von Versorgten mit einem „Durchschnitt an Krankheitsbild“ zustande kommt. Eine solche Gruppe kann dann gegen eine andere solche durchschnittliche Gruppe verglichen werden. Damit kann man mögliche Unterschiede auf die Behandler oder die behandelnde Institution zurückführen. Eine solche Gruppenbildung erlaubt dann aber nur Aussagen auf die Gruppe bezogen, nicht aber mehr auf den einzelnen Arzt oder das einzelne Krankenhaus bezogen. Denn letztere bilden zu kleine Untergruppen.

8. Für einen Spezialisten, ob spezialisierter Somatiker oder Psychotherapeut, ist aufgrund der von ihm geforderten „Eindimensionalität der Betrachtung“ (ein in sein Spezialgebiet fallendes Problem soll gelöst werden) die Erreichung eines Qualitätsindikators in einem hohem Ausmaß möglich. Für **Generalisten** (Hausärzte), die als zentrale **Aufgabe die Beachtung aller Aspekte des Krankseins** haben, und dies dann noch in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Wertemaßstäben tun sollen, ist die Erreichung hoher Ziel-Prozentsätze von Qualitätsindikatoren nur in Ausnahmefällen möglich.

9. Und es gibt noch ein weiteres Problem für den **Generalisten**: Er ist dazu verpflichtet, Patienten vor **Überversorgung zu schützen** (Quartärprävention). Hat man für Qualitätsindikatoren jedoch Diagnosen oder Problemdefinitionen vorgegeben, und dies ist in der Regel so, dann wird gerade bei qualitativ hochwertiger Arbeit des Generalisten nur für einen bestimmten Teil der unter einer Diagnose versorgten Patienten ein Indikator erreicht werden dürfen: Nicht jeder mit einer KHK wird eine Katheteruntersuchung – selbst bei leitliniengerechter Behandlung – bekommen sollen und nicht jeder mit einer Angstneurose eine Psychotherapie, und dafür gibt es Gründe! Hier für die unterschiedlichen Patienten mit einer Diagnose, einem Gesundheitsproblem die richtige Auswahl in Diagnostik und Therapie zu erreichen, also Treffsicherheit zu erreichen,

dies macht die Qualität des Generalisten aus; diese zeigt sich nicht in Erreichung von Höchstwerten. Eine Messung von Qualität mittels Erreichung herkömmlicher Qualitätsindikatoren führt im Gegenteil zur Messung schlechter Qualität.

10. Mit anderen Worten: **Qualitätsindikatoren zeigen deutliche Schwächen**, Qualität zu messen, wenn sie auf **komplexe Betreuungsaufgaben** bezogen werden. Wie ist man bisher damit umgegangen?

Solange der Arztberuf noch als eine Profession, also mit Autonomie in der Entscheidungsfindung, angesehen wurde, solange gab es für dieses Problem eine gesellschaftliche Delegation an die Profession: Qualitätsmaßstäbe (so etwas wie Qualitätsindikatoren) gab es und musste es geben; sie waren durch die Profession zu schaffen. Es blieb aber der Profession überlassen, in welchem Fall diese erreicht, teilerreicht oder bewusst nicht erreicht werden sollten. Dies war erheblich vom Versorgungsbereich – Praxis, Spezialpraxis, Krankenhaus – abhängig. Begründender Hintergrund dafür war, dass bei komplexen Entscheidungsfindungen eindimensionale Abbildungen von Qualität inadäquat sind und dann, wenn sie gar mit Sanktionssystemen verbunden werden, die Qualität der Versorgung von komplexen Krankheitszuständen oder in komplexen Entscheidungsproblemen verschlechtern. Mit der seit Jahren stattfindenden zunehmenden Entprofessionalisierung, also der Wegnahme von autonomer Entscheidungskompetenz des Arztes, sowie der gleichzeitig anwachsenden Hoffnung öffentlicher Entscheidungsträger, über bürokratische Regeln die Versorgungsqualität insgesamt zu verbessern, wird ärztlicher Autonomie für solche Bereiche, die charakterisierend für eine Profession sind, Schritt für Schritt ein Ende bereitet.

11. Teilweise in ähnlicher, aber teilweise auch in ganz anderer Weise wirkt sich die zunehmende **Partizipation der Patienten** aus. Auf der Mikroebene geschieht dies in Form von partizipativer Entscheidungsfindung in der Praxis als Aushandlungsprozess. Hierüber resultieren recht unter-

schiedliche Einflüsse auf den Grad der Erreichbarkeit vorgegebener Qualitätsindikatoren. Denn teilweise werden hierüber die Beachtung von Komplexität und die „Individualitäts-Bezogenheit“ eingefordert. Teilweise werden aber auch „Standards“ eingefordert. Beides zusammen aber macht noch mehr eine individualisierte Entscheidungsfindung notwendig. Auf der Makroebene, beispielsweise durch Einbeziehung von Patientenvertretern in die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, kann es ebenfalls zu recht unterschiedlichen Einfluss-Richtungen kommen: Z. B. ist ja die Haltung der Patientenvertreter in Bezug auf die gesellschaftlich geforderte hohe Teilnahme-Quote beim Mammographie-Screening nicht einheitlich.

12. Das bis zu dieser Stelle Gesagte legt nahe, dass **QI überhaupt nicht sinnvoll** nutzbar sein könnten. Zumindest scheint dies immer dann so zu stimmen, wenn **komplexe Handlungsentscheidungen** gefordert sind, mehrere Krankheiten und die Mehrdimensionalität des Krankseins sowie die Vorstellungen des Patienten zu beachten sind. Dies aber genau beinhaltet den wesentlichsten Teil der Arbeit des Generalisten, aber auch wesentliche Anteile der Arbeit von Spezialisten.

13. Allerdings muss man auch sehen, dass es in der Tat auch inhaltlich **gerechtfertigte Vorgaben zur Erreichung von Qualitätsindikatoren** gibt. Hierzu gelten die folgenden orientierenden Regeln:

a) Immer dann, wenn die Versorgung in einem sehr **spezialisierten Bereich der Medizin** erfolgt, ist es gerechtfertigt, Qualitätsindikatoren mit einem Erreichungs-Soll zu verbinden (Klärung, ob eine Magenerkrankung vorliegt oder Klärung, warum jemand schwer hört). Denn ein sehr umschriebener Arbeitsauftrag mit seiner Eindimensionalität erlaubt auch, eindimensional bezüglich seiner Erfüllung gemessen zu werden.

b) Auch innerhalb eines Versorgungsbereiches gilt: Je **umschriebener eine medizinische Maßnahme** ist (z. B. die Antikoagulation oder die Durch-

führung einer antibiotischen Therapie), umso eher kann eine Beurteilung mittels Erreichen von Qualitätsindikatoren, teilweise auch von Outcome-Indikatoren, gemessen werden.

Umschrieben bedeutet hier, dass eine Maßnahme isoliert betrachtet wird (Antikoagulation, Gastroskopie), nicht aber deren Indikation oder deren Häufigkeit in Bezug auf eine Patientengruppe. Wenn man sich, in den Beispielen bleibend, zusammen mit dem Patienten zu einer gerinnungshemmenden oder antibiotischen Therapie entschieden hat, kann man ab diesem Punkt sehr wohl die Therapie-Durchführung mittels Qualitätsindikatoren beurteilen. Dies aber ist etwas anderes, als die Beurteilung der Frage, wie viele der Patienten mit einem bestimmten Problem/Krankheit eine gerinnungshemmende Therapie, eine antibiotische Therapie etc. erhalten sollen. Denn dabei ginge es a) um die Indikationsstellung und b) um die Frage, ob eine gemeinsame Entscheidung von Patient und Arzt, dieser Indikationsstellung zu folgen oder nicht, auch zustande kommt.

- c) Struktur- und Prozess-Qualitätsindikatoren sind generell weitaus unproblematischer als Outcome-Qualitätsindikatoren geeignet, Qualität in der Hausarztpraxis adäquat zu messen und zu steuern.

14. Verfolgt man jedoch prioritär das **Ziel, auf Bevölkerungsebene** eine relevante Verbesserung von Morbidität und Mortalität zu erreichen, sind Outcome-Qualitätsindikatoren wichtiger. Man schränkt mit einer solchen Priorisierung allerdings die Freiheit der Entscheidung von Patienten ein, sich um ihre Gesundheit in einer Weise zu kümmern, wie sie es für richtig erachten. Bisher ist in Deutschland jedoch keine Diskussion über eine solche Zielsetzung geführt, geschweige denn ein Konsens in diese Richtung gefunden worden. Patienten gehen entsprechend davon aus, dass die ärztliche Versorgung primär ihrem Anliegen dient und nicht einer gesellschaftlichen Optimierungsidee folgt. Dabei muss dann dem Patien-

Prof. Dr. med. H.-H. Abholz ist...



... Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Innere Medizin. Langjährig in Klinik und Allgemeinpraxis tätig. Seit 1998 Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf.

ten die Möglichkeit gegeben werden, sich qualifiziert beraten zu lassen, sich dann aber auch zu einer eigenen Position im Zusammenhang eines Gesundheitsproblems zu entscheiden. Dies aber kann ggf. auch zu gesundheitlichem Schaden führen, der möglicherweise zu verhindern gewesen wäre.

15. **Zusammenfassend** kann gesagt werden, dass Qualitätsindikatoren – und deren Grad der Erreichung – als Rückmeldesysteme über Qualität und als Anstoß zur Prüfung der Frage, ob in einem Versorgungsbereich alles optimal abläuft, positiv zu bewerten sind.

In ihrem Einsatz im Zusammenhang mit Honorierungssystemen jedoch können sie zu Fehlsteuerungen führen, wenn an die Erreichung eines Indikators Belohnung oder Sanktion geknüpft ist.

Dann nämlich wird in den Hintergrund treten, dass eine Entscheidung immer in Bezug auf „diesen Patienten“ und in „dieser Situation“ gefällt werden sollte.

Eine solche Perspektive für die ärztliche Entscheidungsfindung aber ist insbesondere für das Fach des Generalisten nicht akzeptabel, da damit die Partizipation des Patienten am Behandlungsprozess sowie die Berücksichtigung aller Aspekte des Krankseins aufgegeben werden müssten.

16. **Welche Handlungsmöglichkeiten hätte der Hausarzt** aber für

den Fall, dass der Erreichungsgrad bei Qualitätsindikatoren seine Honorierung mitbestimmt? Nach dem bisher Dargestellten ist klar:

- a) Er könnte dem Arbeitsprinzip des Generalisten treu bleiben, würde Qualitätsindikatoren damit aber möglicherweise häufig nicht ausreichend erreichen – und sich auf diese Weise ökonomisch schädigen.
- b) Er könnte dem Arbeitsprinzip des Generalisten treu bleiben, würde Qualitätsindikatoren damit aber häufig nicht ausreichend erreichen, würde sich aber der Patienten entledigen, die eine Erreichung behindern (durch Überweisungen, durch unfreundliches Auftreten etc.). Das Versorgungsproblem dieser Patienten wäre damit nicht gelöst, aber das ökonomische Problem des Arztes.
- c) Er könnte seinen generalistischen Ansatz aufgeben und die Patienten den vorliegenden Qualitätsindikatoren anzupassen suchen. In einem bestimmten Ausmaß wird dies gelingen, z. T. könnten die Patienten gar damit besser versorgt sein. Zu einem anderen Teil aber würden sie schlechter versorgt werden bzw. deswegen abwandern. Damit würde er zum Erfüllungsgehilfen bevölkerungsmedizinischer Zielsetzungen werden und – vielleicht – auf die Dauer demoralisiert.

17. Für die **Hausärztliche Versorgung** ist daher in Bezug auf die Ver-

wendung von **Qualitätsindikatoren zu fordern:**

- a) Qualitätsindikatoren müssen sich ganz überwiegend auf die Struktur und den Prozess der Betreuung, nicht auf Outcomes beziehen.
- b) Prozess-Qualitätsindikatoren müssen sich überwiegend auf das „Angebot für den Patienten“, nicht aber auf die Exekutierung einer im Hintergrund geforderten Intervention beziehen. Nimmt man z. B. als Qualitätsindikator für das Koloskopie-Screening die Zahl der Patienten, denen in einem Gespräch Vorteile und unerwünschte Wirkungen dieser Maßnahme erklärt wurden, würde dies einen Prozess-Qualitätsindikator darstellen, der in keiner Weise allgemeinärztliches Arbeiten und ärztliche Ethik bedrohen würde. Anders wäre es hingegen, würde man die Zahl der „einwilligenden Patienten“ als QI benennen.
- c) Werden aber Outcome-Qualitätsindikatoren verwendet, dann müssen sich diese auf umschriebene Maßnahmen, nicht deren Indikationsstellung oder gar Einwilligung hierzu beziehen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Facharzt für Allgemeinmedizin
Abt. Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 8 11 77 71
Fax: 0211 / 8 11 87 55
E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de