

Müssen wir messen, um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement

Antonius Schneider, Björn Broge, Joachim Szecsenyi

Zusammenfassung

Die Qualitätsförderung in der Medizin bekommt eine zunehmende Bedeutung, um medizinische Leistungen systematisch zu verbessern und vorhandene Ressourcen effizienter nutzen zu können. Um Qualität beschreibbar und messbar machen zu können, werden so genannte Qualitätsindikatoren eingesetzt, die die Versorgungsrealität abbilden sollen. Dieser Beitrag soll zeigen, welche Bedeutung Indikatoren für die Qualitätsförderung haben und wie sie entwickelt werden. Unter Bezugnahme auf internationale Erfahrungen werden Einsatzmöglichkeiten und Potenziale dargestellt.

Schlüsselwörter

Qualitätsindikator, Qualitätsförderung, strukturierte Behandlungsprogramme, Arztnetze, Qualitätszirkel

Summary

Do we need to measure in order to improve? Importance of quality indicators for disease management programmes and quality management

There is a growing importance of quality improvement in medicine to increase medical performance systematically and to use resources more effectively. Indicators, which should reflect the health care reality, are used to make quality measurable and transparent. This article shows the importance of indicators for quality improvement and how they are developed. Usefulness and potentials of this method of quality measurement are shown taking into account the international experiences.

Key words

Quality indicator, quality improvement, disease management program, provider networks, quality circle

Qualitätsmessung und Qualitätstransparenz durch Indikatoren

In den entwickelten Gesundheitssystemen wächst die Bedeutung der Qualitätsförderung, um medizinische Leistungen systematisch verbessern und vorhandene Ressourcen besser nutzen zu können. Problematisch ist hierbei die Einschätzung der vorhandenen Qualität der

Versorgung. Ausgehend von den Erfahrungen in den USA, Großbritannien und Australien werden derzeit in fast allen Industrieländern Instrumente zur Qualitätsmessung und Transparenz entwickelt (1). Eine wichtige Rolle spielen hierbei Indikatoren zur Abbildung der Versorgungsrealität.

Was sind Qualitätsindikatoren und warum sind sie so wichtig?

Die Forderung nach adäquater Qualitätsmessung ist so selbstverständlich wie schwer erfüllbar, denn es gibt keine einheitliche Definition von Qualität (15). Ein gängiges Konzept ist das von Donabedian, das eine Differenzierung nach Struktur, Prozess und Ergebnis ermöglicht (7). Erweitert wurde dieses Modell durch die Forderung von Campell nach Gerechtigkeit und Effizienz (5). Mit Gerechtigkeit ist gemeint, dass jeder Patient, der Zugang zu einer diagnostischen oder therapeutischen Leistung notwendig braucht, nicht nur die potenzielle Möglichkeit dazu hat, sie zu erhalten, sondern dass die Versorgung so strukturiert wird, dass er sie mit hoher

Dr. med. Antonius Schneider

Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinische Klinik und Poliklinik
Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Im Neuenheimer Feld 347, 69120 Heidelberg
Tel. 0 62 21/56 48 19, Fax 0 62 21/56 41 77
E-Mail: antonius_schneider@med.uni-heidelberg.de

Dipl.-Kfm. Björn Broge

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen
Weender Landstraße 11–13, 37073 Göttingen
E-mail: b.broge@aqua-institut.de

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi

Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinische Klinik und Poliklinik
Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Im Neuenheimer Feld 347, 69120 Heidelberg
E-mail: joachim_szecsenyi@med.uni-heidelberg.de

Integrierte Versorgung

Wahrscheinlichkeit auch tatsächlich erhält. Hier geht es also auch darum, für den Patienten ungünstige Selektionseffekte durch hohe Zugangsschwellen zu vermeiden, wie z. B. durch lange Fahrtstrecken, Versorgerwechsel oder Wartezeiten auf Untersuchungstermine. Bei der Dimension Effizienz geht es darum, die Versorgung so zu strukturieren, dass ein günstiger Kosten-Nutzen-Effekt erwartet werden kann. Darüber hinaus sollten Patienten nicht unnötigen Risiken ausgesetzt werden, beispielsweise durch nicht indizierte Untersuchungen oder Therapie mit Medikamenten ohne ausreichenden Nutzen nachweis.

Qualitätsindikatoren sind spezifische und messbare Elemente der Versorgung, die zur Bewertung von Qualität verwendet werden können (15). Manchmal wird zwischen Qualitäts-, Aktivitäts- oder Prozessindikatoren und Ergebnisindikatoren unterschieden.

Qualitätsindikatoren unterscheiden sich dabei von Leitlinien, die Aussagen über eine gute medizinische Vorgehensweise enthalten, oft frei definiert sind und für eine prospektive Steuerung der Versorgung verwendet werden können. Qualitätsindikatoren unterscheiden sich auch deutlich von Standards, wie in nachfolgendem Beispiel aufgezeigt wird:

Tabelle 1: Beispiel für die Unterscheidung von Kriterium, Leitlinie, Standard und Indikator

Kriterium	Regelmäßige Blutdruckmessung bei Risikopatienten
Leitlinie	Falls bei einer Blutdruckmessung der Blutdruck erhöht ist, sollte der Patient wieder einbestellt werden.
Standard	90 Prozent der Patienten in der Praxis mit einem Blutdruck über 160/90 mm Hg sollten ihren Blutdruck innerhalb von drei Monaten erneut messen lassen.
Indikator	Patienten mit einem Blutdruck über 160/90 mm Hg für die innerhalb von drei Monaten eine erneute Blutdruckmessung dokumentiert ist.

Da Indikatoren keine absoluten Maße für die Qualität der Versorgung sind, hängt die Auswahl für ein gegebenes Thema von ihren Eigenschaften und von der Zielgruppe ab, für die sie relevant sein sollen. So könnte z. B. der Indikator »Anzahl der Fußamputationen pro 1000 Versicherte pro Jahr« sehr interessant für den Kostenträger sein, weil er relevant für Folgekosten ist. Im Rahmen eines Disease-Management-Programmes ist er sicherlich interessant für die Gesamtevaluation. Der gleiche Indikator mag aber dem einzelnen Arzt völlig unwichtig erscheinen, weil er nur 50 Diabetiker in seiner Praxis hat, eine Fußamputation bei seinen Diabetikern extrem selten vorkommt und er möglicherweise weiß, dass er die-

ses Ergebnis trotz bester Bemühungen seinerseits kaum beeinflussen kann. Auch für den einzelnen Patienten, dem es gerade gut geht, ist der Indikator möglicherweise völlig irrelevant, weil er nicht davon ausgeht, jemals persönlich von diesem Problem betroffen zu sein.

Wie können Qualitätsindikatoren entwickelt werden?

Die einfachste Methode ist eine Diskussion von Vorschlägen im Expertenkreis. Dieser Ansatz ist offensichtlich schnell realisierbar. Als Nachteil nimmt man in Kauf, dass die resultierenden Indikatoren stark durch die Einschätzung derjenigen, die sie erstellt haben, beeinflusst sein können und dass sie bei anderen Nutzern nur geringe Akzeptanz haben könnten.

Ein zweiter Ansatz ist der Versuch, Indikatoren ausschließlich auf bereits veröffentlichter Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien zu stützen. Dieser Ansatz hat den Vorteil der Entwicklung rigoroser und wissenschaftlich akzeptabler Indikatoren. Nachteile sind die eventuell mangelnde Übertragbarkeit in die Alltagsroutine und die Fokussierung auf einen nur sehr begrenzten Teil der Medizin.

Eine dritte Möglichkeit beinhaltet das direkte Ableiten von Indikatoren aus medizinischen Leitlinien, die auf Evidenz und Konsensus basieren. Vorteile liegen in der professionellen Glaubwürdigkeit und leichten Umsetzbarkeit. Dies hängt jedoch davon ab, in welchem Ausmaß die angewendeten Leitlinien akzeptiert werden.

Um die eben genannten Probleme zu überwinden, wurde von der RAND Corporation in Kalifornien ein vierter Ansatz entwickelt, der in den USA weit verbreitet ist und mittlerweile von Großbritannien adaptiert wird (1). Dieser Ansatz macht die Wichtigkeit der wissenschaftlichen Evidenz deutlich, aber er befasst sich auch mit der Anwendung dieser Evidenz in der medizinischen Praxis sowie mit den signifikanten Lücken in der Beweislast in einigen Teilen der Versorgung. Eine Abwandlung der RAND-Methode wurde in Deutschland erstmals eingesetzt, um Qualitätsindikatoren für Arztnetze zu entwickeln (s.u.). Folgende Hauptmerkmale weist die »RAND-Methode« auf:

- **Rechtzeitigkeit** (erstellt rigorose Indikatoren innerhalb relativ kurzer Zeit)
- **Systematik** (basierend auf systematischer Zusammenfassung verfügbarer Evidenz)
- **Wissen** (basierend auf wissenschaftlicher Literatur und Einbeziehung von Experten)
- **Quantitative Messbarkeit** (ergibt interpretierbare Messgrößen)

Welche Eigenschaften sollen Qualitätsindikatoren haben?

Damit Indikatoren die Versorgungsrealität zuverlässig abbilden können und anwendbar sind, müssen sie bestimmten Eigenschaften genügen. Die wichtigsten Attribute sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 2 : Attribute/Eigenschaften von Qualitätsindikatoren

Attribut	Beschreibung
valide (gültig)	Misst das, was es messen soll. »Ein Arzt/Netz, der/das besser ist, macht eine bessere Versorgung«
reliabel	Wiederholte Anwendung auf die gleiche Situation führt zu gleichen Ergebnissen
sensitiv	Gibt es Veränderungen im Versorgungsgeschehen, reagiert auch der Indikator
praktikabel	Leicht umsetzbar/einsetzbar (z.B. aus Routinedaten ableitbar)
evidenz-gestützt (Leitlinien)	Der Indikator wird durch evidenzbasierte Leitlinien oder methodisch hochwertige Studien unterstützt
Reduzierung der Krankheitslast	Veränderungen des Indikators in eine gewünschte Richtung bewirken eine Reduzierung der Krankheitslast für die betroffenen Patienten
kosteneffektiv	Veränderungen des Indikators in eine gewünschte Richtung bewirken eine Reduzierung der Krankheitskosten
Indikator-tauglichkeit	Es gibt Erfahrungen mit diesem oder einem ähnlichen Indikator in bereits bestehenden Indikatorsystemen
beeinflussbar	Der Indikator kann von denen, die an der Versorgung beteiligt sind, mittelbar oder unmittelbar beeinflusst werden (»under provider control«)

Eine Orientierung an bisher entwickelten Indikatoren kann für die Entwicklung eigener Messgrößen hilfreich sein, denn international existiert bereits eine ganze Reihe an Indikatoren. In *Tabelle 3* ist eine exemplarische Liste von umfassenden Indikatorensystemen für die stationäre und ambulante Versorgung dargestellt.

Internationale Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren

In den USA wurden bereits vor mehr als 10 Jahren wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitswesen eingeführt. Dies hat in Teilbereichen auch zu unerwünschter Risikoselektion und Leistungsausgrenzung geführt, weshalb schon sehr früh über staatliche Organisationen,

Tabelle 3: Beispiele für Indikatorensysteme

Name	Quelle
Computerized Need Oriented Quality Measurement Evaluation System (CONQUEST)	Agency for Healthcare Research and Quality (www.ahrpr.gov)
National Library of Quality Indicators and ORYX-Programme	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (www.jcaho.org)
Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS)	National Commission for Quality Assurance (www.ncqa.org)
FACCT Quality Measures	Foundation of Accountability (www.facct.org)
Acute Health Clinical Indicator Project	Department of Human Services Victoria, Australia (www.health.vic.gov.au/hsr)
Quality Indicators for General Practice	Marshall et al. (1)
NHS Performance Indicators	National Health Service Executive (www.doh.gov.uk)
Züricher Indikatoren-Set	Verein Outcome Zürich (www.vereinoutcome.ch)
Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze	AOK Bundesverband, erarbeitet vom AQUA-Institut, Göttingen (www.aqua-institut.de)

Verbraucherorganisationen, Stiftungen und Arbeitgeberorganisationen Instrumente eingesetzt wurden, die die Qualität der Versorgung gegenüber Versicherten und Arbeitgebern, die dort die größten Leistungseinkäufer sind, transparent zu machen. Häufig werden in den USA sog. »performance indicators« eingesetzt, um Versorger-systeme miteinander vergleichen zu können. Mit dem Begriff »Performance-Messung« wird dabei eine umfassende Messung der Qualität bezeichnet, die eine globale Vergleichbarkeit, z.B. von Health Management Organizations (HMO's), ermöglichen soll. Indikatoren werden hier eher zu externen Vergleichen eingesetzt und werden wenig für das interne Qualitätsmanagement genutzt.

In Großbritannien wird die Versorgung durch den staatlichen National Health Service (NHS) geregelt. Für externe Vergleiche werden auch hier Qualitätsindikatoren bestimmt und regional veröffentlicht¹. Dabei werden vorwiegend Informationen aus dem stationären Bereich genutzt, die Verwendung von Daten aus der Primärversorgung ist derzeit wegen der damit verbundenen Vergütungsanteile heiß umstritten.

In zahlreichen weiteren Ländern, wie z.B. Australien (16), Niederlande (MIND-Projekt, www.wokresearch.nl), Schweiz (EQUAM-Stiftung) und Neuseeland (10) sind

¹ www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/ha.html

Integrierte Versorgung

Forschungsprojekte und Aktivitäten zur systematischen Qualitätsförderung mit Hilfe von Indikatoren zu verzeichnen. Aufgrund dieser internationalen Aktivitäten kann mittlerweile auf eine breite Erfahrung zurückgegriffen werden. Es zeigt sich eine unmittelbare Stärke von Indikatoren darin, dass Qualität sichtbar und quantifizierbar gemacht werden kann, so dass Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung systematisch darauf aufbauen können. Dies ist insbesondere praktikabel innerhalb geschlossener Systeme, wie z.B. bei einer amerikanischen HMO oder einem gut funktionierenden Netz (8). Der Einsatz ungeeigneter Indikatoren kann jedoch auch zu einer fehlerhaften Einschätzung der Versorgungsrealität führen (19). Bei allen Vorteilen durch die Qualitätsmessung mit Indikatoren ist dementsprechend zu beachten, dass bei einer schwachen Konzeption auch Gefahren entstehen können. Marshall (15) weist auf Stärken und Schwächen von Indikatoren hin die in Tabelle 4 dargestellt sind.

Anwendungsmöglichkeiten von Qualitätsindikatoren im deutschen Gesundheitswesen

Für einen effektiven Einsatz von Indikatoren scheint es wichtig zu sein, sie nicht als externes Kontrollinstrument zu etablieren, sondern sie zu einem Instrument der gemeinsamen Qualitätsbeurteilung zwischen den Beteiligten und zu einem Instrument des internen Qualitätsmanagements zu machen. Die Qualitätsmessung alleine führt nicht zu Verbesserungen, vielmehr müssen die Messaktivitäten mit anderen Initiativen verknüpft werden (11;14;18).

Beispiel Qualitätszirkel

In diesem Zusammenhang sind insbesondere die strukturierten Qualitätszirkel, in denen ein Feedback über die gemessene Qualität auf Basis von Indikatoren gegeben wird, erfolgreich bei der Umsetzung einer kontinuierlichen Qualitätsförderung. Hier werden mehrere Ansätze, wie Feedback, gemeinsame Diskussion und Planung von Veränderungen sowie unterstützende Information miteinander verknüpft und die Aktivitäten werden in einen kontinuierlichen Qualitätskreislauf eingebracht (6;24). Damit wird auch die Erkenntnis genutzt, dass vereinzelt Maßnahmen keine Veränderung bewirken, sondern dass ein multimodaler Ansatz zur Qualitätsförderung versucht werden sollte (24). Der Erfolg dieses Vorgehens wurde bereits in einigen Studien nachgewiesen (12, 22, 23). Die Akzeptanz der mit Feedback arbeitenden Qualitätszirkel im ärztlichen Bereich ist aus psychologischer Sicht dadurch zu erklären, dass Menschen ein Grundbedürfnis haben, zu wissen, wo sie stehen, und dass die Erwartung von Erfolg zu stärkerer Anstrengung und Motivation führt (13). Durch das Feedback findet im Idealfall eine wertfreie Standortbestimmung der eigenen Praxis statt, wodurch individuelle Anreize zur Qualitätssteigerung geschaffen werden sollen. Darüber hinaus wird durch aktive Einbeziehung der ÄrztInnen in den kontinuierlichen Qualitätsförderungsprozess Vertrauen und Motivation aufgebaut. Dieses Prinzip hat in der deutschen Ärzteschaft eine hohe Akzeptanz erreicht, so dass inzwischen eine landesweite Verbreitung stattfand, in einigen Bundesländern besteht mittlerweile ein flächendeckendes Netzwerk (3).

Tabelle 4: Stärken und Schwächen von Qualitätsindikatoren (überarbeitet nach Marshall)

Stärken

Qualitätsindikatoren können:

- Vergleiche zwischen Leistungsanbietern (Netze, Krankenhäusern und Praxen) ermöglichen – im zeitlichen Verlauf oder gegenüber einem Goldstandard (falls vorhanden). Diese Vergleiche können Veränderungen anregen und hierzu motivieren
- eine objektive Bewertung und den Vergleich von Anbietern ermöglichen und vereinfachen
- verwendet werden, um Verantwortlichkeit zu sichern und inakzeptables Verhalten zu erkennen
- eine Diskussion anregen über die Qualität der Versorgung und den Einsatz von Ressourcen
- schnellere und weniger aufwändige Instrumente zur Qualitätsbewertung sein als andere Methoden
- als Grundlage für Vereinbarungen für Leistungserbringern und Krankenkassen dienen
- über Transparenz Vertrauen fördern

Schwächen

Qualitätsindikatoren können:

- eine fragmentierte Betrachtung der Medizin, insbesondere der Allgemeinmedizin (als holistischer und integrativer Disziplin) begünstigen
- nur leicht messbare Aspekte der Versorgung einbeziehen und die eher subjektiven Aspekte außer acht lassen
- schwer interpretierbar sein – z.B. könnten scheinbare Versorgungsunterschiede eher mit willkürlichen Schwankungen oder Fällverteilungen (case-mix) zusammenhängen, als dass sie wirkliche Unterschiede in der Qualität der Versorgung aufzeigen
- kostspielig und zeitaufwändig in der Erstellung sein
- Schuldzuweisungen fördern und die Motivation in medizinischen Professionen senken
- Organisationen (z.B. Netze) dazu verleiten, sich eher auf gemessene Aspekte der Versorgung zu stützen als auf andere Aspekte, und sich damit eher einer kurzfristigen Strategie zu widmen, als eine Langzeitstrategie zu entwickeln

Beispiel Disease Management Programme (DMP)

In direkter Anwendung auf die DMP's können Indikatoren Klarheit über die Versorgungsstruktur beispielsweise auf Praxis- oder Netzebene, aber auch auf regionaler Ebene schaffen. Indikatoren bieten daher eine Art »Kompassfunktion«, mit der eine optimale Steuerung auf den verschiedenen Versorgungsebenen ermöglicht werden soll. Eine rationale Auswahl von Indikatoren, basierend auf den in *Tabelle 2* aufgelisteten Attributen, kann dabei den Dokumentationsaufwand effizient gestalten. Für ein »Strukturiertes Behandlungsprogramm Asthma bronchiale« bieten sich zum Beispiel folgende Indikatoren an:

Tabelle 5: Beispiele zu Qualitätsindikatoren für Diagnostik und Therapie von Asthma bronchiale

- geschulte Asthmatiker (9)
- Empfehlungen zur Nikotinentwöhnung (20)
- regelmäßige Kontrolle der Lungenfunktion (17)
- Verbesserung des PEF-Wertes um 15 % (17)
- Hospitalisierungsrate und Notfallbehandlungen (21)
- Medikation (Ratio β_2 -Sympathomimetika : inhalative Kortikosteroide) (4)

Anhand dieser Indikatoren kann auf allen Versorgungsebenen widerspiegelt werden, wieviel Prozent der erfassten Asthma-Patienten geschult wurden, wie viele eine regelmäßige Lungenfunktion erhalten etc. Durch Feedback auf Praxisebene erhalten die Leistungserbringer eine Orientierungsmöglichkeit, um Behandlungsabläufe im Rahmen des eigenen Praxismanagements optimieren zu können.

Um die Ärzte bzw. Ärztinnen zu einer kontinuierlich Zusammenarbeit in diesem sensiblen Bereich zu motivieren, ist selbstverständlich eine anonymisierte Datenaufbereitung von einer unabhängigen Institution von höchster Bedeutung. Nur mit einer respektvollen, wertschätzenden und kontinuierlichen Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten wird es möglich sein, mit Hilfe der DMP's den Prozess einer kontinuierlichen Qualitätsförderung in Gang zu bringen und zu unterhalten.

Beispiel Arztnetze

Eine ausführliche Darstellung möglicher Indikatoren für Arztnetze findet sich in (2). Das vom AOK-Bundesverband in Auftrag gegebene Indikatorensystem enthält allgemeine Indikatoren zur Netzarbeit (Versicherten- und Arztfluktuation, Teilnahme an Qualitätszirkeln, Fortbildungsaktivitäten etc.) sowie jeweils 2–10 Indikatoren für große Volkskrankheiten wie Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Asthma/COPDF Depression, Rückenschmerzen, und Alkoholabusus. Weiterhin werden übergreifende Themen wie Arzneimittel Einsatz und Labordi-

agnostik abgebildet. Dieses Indikatorensystem wird derzeit schrittweise in den ersten Praxisnetzen erprobt. Ein erstes Ergebnis hat sich bereits gezeigt. Sie führten zu mehr Klarheit in den Vertragsverhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkasse und leisteten einen Beitrag zur Schaffung eines gemeinsamen Koordinatensystems zwischen den Vertragspartnern.

Beispiel Praxisassessment

Moderne Systeme zur Einführung von Qualitätsmanagement in Arztpraxen setzen auf einem umfassenden, auf Indikatoren beruhenden Assessment der Praxis an. Das von der Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh unterstützte »European Practice Assessment« (EPA) bildet mit Hilfe von ca. 300 Indikatoren, die über Selbstauskunft der Praxis, Patientenbefragung, Mitarbeiterbefragung und einer Visitation vor Ort erhoben werden, wichtige Strukturen und Prozesse der Praxis ab, die dann in einem internen Verbesserungsprozess genutzt werden können, der durch eine Teambesprechung und weitere Workshops oder Qualitätszirkelsitzungen unterstützt werden sollen. Als zentrale Themengebiete werden in diesem speziell für Hausarztpraxen nach dem holländischen »visitatie« Modell geschaffenen Verfahren Qualität und Sicherheit, Menschen (Patienten und Team), Infrastruktur, Lernen und Entwicklung sowie medizinisches Handeln angesprochen. Ein erster Pilotversuch in Deutschland und weiteren 5 Ländern zeigte eine leichte Umsetzbarkeit und eine ausgesprochen geringe Belastung sowie starke Motivation der beteiligten Hausarztpraxen. Nach einer weiteren Testphase mit 50 Praxen im Herbst 2003 soll das Verfahren 2004 für den Routineinsatz zur Verfügung stehen (<http://www.aqua-institut.de/index.php?jump=leistung.shtml>)

Zusammenfassung

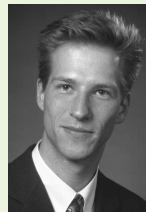
Qualitätsindikatoren sind Messgrößen, mit deren Hilfe man die Vielschichtigkeit der Versorgungsrealität auf beobachtbare Einheiten reduzieren kann, die dann einen bestimmten Versorgungsbereich sozusagen »stellvertretend« abbilden. Indikatoren sollten methodischen Anforderungen genügen und in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt werden. Während Indikatoren in vielen Ländern wie den USA und England überwiegend für externe Vergleiche eingesetzt werden, gibt es in Deutschland überwiegend Projekte, in denen die Nutzung im Qualitätszirkel, im Arztnetz oder für das interne Qualitätsmanagement im Vordergrund steht. »It is not possible to learn without measuring, but it is possible – and very wasteful – to measure without learning«. Dieser Satz von Don Berwick sollte uns daran erinnern, dass

Qualitätsdaten, wie viele Daten, nur dann erhoben werden sollten, wenn man sie auch sinnvoll zur Qualitätsverbesserung nutzen kann.

Literatur

1. Quality indicators for general practice. London: Royal Society of Medicine Press Ltd., 2002.
2. AQUA-Institut und Mitautoren. Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze. www.aqua-institut.de. 2002.
3. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E. Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. Köln: Dt. Ärzteverlag, 2001.
4. Bell HM, McElnay JC, Hughes CM. Changing Profile in the Use of Anti-asthma drugs. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1999; 8:385–394.
5. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000; 51(11): 1611–1625.
6. Conway AC, Keller RB, Wennberg DE. Partnering with physicians to achieve quality improvement. *Jt Comm J Qual Improv* 1995; 21(11): 619–626.
7. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
8. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002; 324(7330):135–141.
9. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Bauman A, Hensley MJ et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001117.
10. Gribben B, Coster G, Pringle M, Simon J. Quality of care indicators for population-based primary care in New Zealand. *N Z Med J* 2002; 115 (1151): 163–166.
11. Hibbard JH. Use of outcome data by purchasers and consumers: new strategies and new dilemmas. *Int J Qual Health Care* 1998; 10(6): 503–508.
12. Kiefe CI, Allison JJ, Williams OD, Person SD, Weaver MT, Weissman NW. Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285 (22): 2871–2879.
13. King J. Giving feedback. *BMJ* 1999; 318 (7200): 2.
14. Leatherman S, McCarthy D. Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy. *Int J Qual Health Care* 1999; 11(2): 93–98.
15. Marshall M, Campbell SM. Introduction to quality assessment in general practice. In: Marshall M, Campbell SM, Hacker J, Roland MO, editors. *Quality indicators for general practice*. London: Royal Society of Medicine Press Ltd., 2002.
16. McLoughlin V, Leatherman S, Fletcher M, Owen JW. Improving performance using indicators. Recent experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(6): 455–462.
17. National Institute of Health. Global Initiative for Asthma – Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.com. 2002.
18. Roski J, Gregory R. Performance measurement for ambulatory care: moving towards a new agenda. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(6): 447–453.
19. Sheldon T. Promoting health care quality: what role performance indicators? *Qual Health Care* 1998; 7 Suppl: S45–S50.
20. Siroux V, Pin I, Orszczyn MP, Le Moual N, Kauffmann F. Relationships of active smoking to asthma and asthma severity in the EGEA study. *Epidemiological study on the Genetics and Environment of Asthma*. *Eur Respir J* 2000; 15(3): 470–477.
21. Suissa S, Ernst P, Kezouh A. Regular use of inhaled corticosteroids and the long term prevention of hospitalisation for asthma. *Thorax* 2002; 57(10): 880–884.
22. Szecsenyi J, Magdeburg K, Kluthe B, Weber C, Schindler H, Bausch. Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten. Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried. AQUA-Materialien, Band VII. Göttingen: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, 1999.
23. Tausch BD, Harter MC. Perceived effectiveness of diagnostic and therapeutic guidelines in primary care quality circles. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(3): 239–246.
24. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000259.

Zur Person



Dr. med. Antonius Schneider, befindet sich in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in einer städtischen Praxis in Ladenburg und ist seit 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg. Forschungsschwerpunkte: Versorgung von chronisch kranken Patienten in der Hausarztpraxis und Diagnostik in der Primärversorgung. Promotionspreis 2001 des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin.