

Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen

Max Geraedts¹, Hans-Konrad Selbmann² und Günter Ollenschläger³

¹Universität Düsseldorf, Zusatzstudiengang Public Health

²Universität Tübingen, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung

³Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Köln

ZUSAMMENFASSUNG

Dem Koordinierungsausschuss nach § 137e SGB V obliegt u.a. die Aufgabe, Kriterien zur Beurteilung der Qualität der Versorgung zu entwickeln. Solche Kriterien, die international als klinische Messgrößen bezeichnet werden, haben im Allgemeinen eine starke Steuerungsfunktion in der Versorgung. Deshalb sind an ihre methodische Qualität hohe Anforderungen zu stellen. Ziel der Arbeit war es, auf der Grundlage einer Literaturanalyse Qualitätsforderungen für die methodische Qualität klinischer Messgrößen und darauf aufbauender Programme zur Qualitätsbeurteilung zu entwickeln. Als Ergebnis wird eine Zusammenstellung von Auswahlkriterien und Qualitätsforderungen für klinische Messgrößen/-Programme und eine darauf aufbauende Checkliste zur umfassenden Dokumentation und Prüfung der methodischen Qualität von klinischen Messgrößen/-Programmen vorgestellt. Vom Einsatz der Checkliste durch künftige Entwickler klinischer Messgrößen/-Programme wird eine Qualitätsverbesserung der klinischen Messgrößen und eine Objektivierung der Qualitätsbeurteilung der medizinischen Versorgung erwartet.

Sachwörter: Klinische Messgröße, Qualitätsindikator, Qualitätsmanagement, Deutschland

HINTERGRUND UND ZIELSETZUNG

Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung kann nur dann objektiv beurteilt werden, wenn eine allgemein akzeptierte Vorstellung von guter Qualität existiert, zum Beispiel in Form von „evidenzbasierten Sollwerten“ aus Leitlinien. Mit diesen Sollwerten wird die aktuelle Versorgung – der Ist-Zustand – verglichen. Dazu werden üblicherweise so genannte klinische Messgrößen formuliert, deren Ausprägungen anzeigen, ob Soll und Ist übereinstimmen oder voneinander abweichen. Ein eventuelles Abweichen dient als Ausgangspunkt für qualitätsverbessernde Maßnahmen mit Hilfe von

Methoden des medizinischen Qualitätsmanagements.

Genau diese Art der Qualitätsbeurteilung und -verbesserung scheint der Gesetzgeber mit der Gesundheitsreform 2000 für die medizinische Versorgung in Deutschland vorzusehen. Die Reform sieht u. a. vor, dass der „Koordinierungsausschuss“ nach § 137e SGB V die Aufgabe bekommt, *„insbesondere auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten je Jahr (zu) beschließen, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder*

übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann.“ Zudem sollen Empfehlungen zur Umsetzung und Evaluierung dieser „Kriterien“ gegeben werden (13). Vor allem zwei Aspekte dieses Gesetzestextes sind kritisch zu bewerten: Erstens bleibt der Begriff „Kriterien“ unbestimmt; man kann aber davon ausgehen, dass hier die umgangssprachliche Bedeutung des Begriffs „Kriterien“ gemeint ist, nachdem unter „Kriterien“ im Allgemeinen „Kennzeichen“ oder „Unterscheidungs- bzw. Prüfmerkmale“ verstanden werden (4). Solche „Prüfmerkmale“ werden in der internationalen Literatur zur medizinischen Qualitätsforschung heute am ehesten als „clinical performance measures“ oder kurz „klinische Messgrößen“ bezeichnet (10). Zweitens verkennt der Gesetzgeber offenbar die methodischen Schwierigkeiten beim Erstellen geeigneter klinischer Messgrößen und deren Bedeutung als Steuerungselemente der medizinischen Versorgung, wenn davon ausgegangen wird, dass pro Jahr für mindestens 10 Krankheiten klinische Messgrößen entwickelt werden können. Die theoretisch schnelle Erreichbarkeit und leichte Machbarkeit einzelner klinischer Messgrößen dürfen nicht unmittelbar auf die Steuerung des Gesundheitssys-



tems Einfluss nehmen. Die herausragende Bedeutung der klinischen Messgrößen resultiert – vereinfacht gesagt – aus der Tatsache, dass typischerweise das getan wird, was gemessen wird: „what gets measured gets done“ (5). Einerseits kann der offizielle Einsatz bestimmter klinischer Messgrößen in der Regelversorgung dazu führen, dass nur die gemessenen Aspekte der Versorgung besonders beachtet und optimiert werden. Unter Umständen fehlen dann die Ressourcen für andere, ebenfalls bedeutsame Versorgungsaspekte. Andererseits ist es möglich, dass auf Grund einer methodisch mangelhaften Qualitätsbeurteilung Leistungsanbieter ungerechtfertigterweise von der Versorgung ausgeschlossen oder abgemahnt werden, wenn klinische Messgrößen fälschlicherweise auf eine schlechte Versorgungsqualität hinweisen. Letztlich besteht beim Einsatz von methodisch unzureichenden klinischen Messgrößen sogar die Gefahr einer Qualitätsverschlechterung, wenn Ressourcen verbraucht oder Leistungsangebote nicht zugelassen werden, die für die Aufrechterhaltung einer guten Versorgungsqualität notwendig sind. Deshalb ist es wichtig, dass nur solche klinischen Messgrößen in die Regelversorgung Eingang finden, die eine hohe methodische Qualität besitzen. Bisher existieren aber keine Kriterien für die Beurteilung der methodischen Qualität von klinischen Messgrößen für Deutschland. Zudem steht zu befürchten, dass – vergleichbar mit den Anfängen der Leitlinienentwicklung – zunächst eine Fülle von eher unzureichenden klinischen Messgrößen formuliert werden wird. Nach dem Vorbild entsprechender Entwicklungen für Leitlinien (2, 12) ist es daher Ziel der vorliegenden Arbeit, die Entwicklung von qualitativ hochstehenden klinischen Messgrößen dadurch zu befördern, dass Auswahlkriterien und Qualitätsforderungen für klinische Messgrößen und darauf aufbauende Programme zur Qualitäts-

beurteilung der medizinischen Versorgung benannt werden und eine Checkliste zur Qualitätsbeurteilung von klinischen Messgrößen/-Programmen formuliert wird.

DEFINITIONEN

Den nachfolgenden Ausführungen liegt die in Abbildung 1 dargestellte Begriffshierarchie zugrunde. Demnach sind die Begriffe „Versorgungsaspekt“, „klinische Messgröße“, „Kriterium“, „(Qualitäts-)Indikator“ und „Referenzbereich“ im Rahmen der Qualitätsbeurteilung zu unterscheiden (s.a. ausführliche Darstellung in (1)).

Versorgungsaspekte sind einzelne Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der medizinischen Versorgung, deren Bewertung sich mit Hilfe von klinischen Messgrößen im Rahmen des Qualitätsmanagements anbietet.

Klinische Messgrößen messen Eigenschaften der medizinischen Versorgung (z. B. von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen), die im Rahmen des Qualitätsmanagements bewertet werden sollen (in Anlehnung an 10)). Der Begriff „klinische Messgröße“ dient als Oberbegriff für die Begriffe „Kriterium“ und „Indikator“.

Kriterien für die Bewertung der Leistungserbringung bei einzelnen Versorgungsaspekten sind solche

Eigenschaften, deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird (z. B. Zugänglichkeit der Versorgung, Wirksamkeit in der Versorgungspraxis (8)).

(Qualitäts-)Indikatoren sind Maße, deren Ausprägungen eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen sollen (nach 7).

Referenzbereiche umfassen diejenigen Intervalle, innerhalb derer die Ausprägung von Qualitätsindikatoren als gut oder unauffällig definiert wird (7).

INTERNATIONALE AKTIVITÄTEN

Die Formulierung der Qualitätsforderungen für klinische Messgrößen sowie der Checkliste zur Beurteilung der methodischen Qualität von klinischen Messgrößen/-Programmen erfolgte auf der Basis einer Literaturanalyse international existierender Vorschläge für solche Qualitätsforderungen. Die wesentlichen internationalen Quellen für klinische Messgrößen und deren Beschreibung der Qualitätsforderungen an solche Messgrößen sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

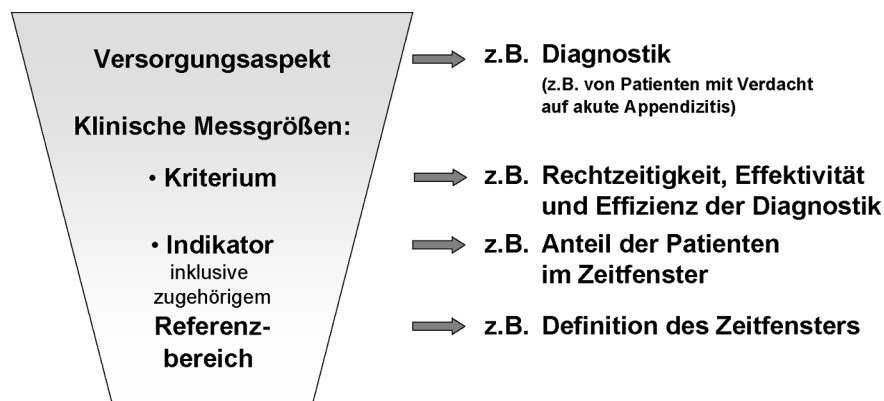


Abb. 1. Begriffshierarchie im Rahmen der Qualitätsbeurteilung.



Tabelle 1. Beispiele für Sammlungen von klinischen Messgrößen und Hinweisen auf Qualitätsforderungen für klinische Messgrößen.

Name	Quelle
Computerized Needs Oriented Quality Measurement Evaluation System (CONQUEST)	Agency for Healthcare Research and Quality (www.ahrq.gov)
National Library of Quality Indicators sowie ORYX-Program	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 for Accountability (www.facct.org)
Quality Indicator Project®	Association of Maryland Hospitals & Health Systems (www.qiproject.org)
Acute Health Clinical Indicator Project	Department of Human Services Victoria, Australia (www.dhs.vic.gov.au/ahs/quality/clinical.htm)
NHS Performance Indicators	National Health Service Executive (www.doh.gov.uk)
Clearing House Databases	UK Clearinghouse on Health Outcomes (www.leeds.ac.uk/nuffield/infoservices/UKCH/home.html)
Züricher Indikatoren-Set	Verein Outcome Zürich (www.vereinoutcome.ch)

QUALITÄTSFORDERUNGEN FÜR KLINISCHE MESSGRÖSSEN UND PROGRAMME

Bevor klinische Messgrößen-/Programme überhaupt entwickelt werden, sind diejenigen Versorgungsaspekte auszuwählen, für die es sich lohnt, den aufwändigen Weg der Messgrößenentwicklung zu beschreiten. Für die Auswahl von Versorgungsaspekten wurden in der Literatur eine Reihe von Kriterien vorgeschlagen. Demnach sollten insbesondere solche Versorgungsaspekte beurteilt werden, die

- mit hoher Frequenz durchgeführt werden, ein hohes Risiko für die Patienten beinhalten oder bekanntermaßen oft mit Problemen einhergehen (9)
- unter Verdacht stehen, dass bei diesen eine „Über-, Unter- oder Fehlversorgung“ vorliegen könnte (s. § 137e SGB V und Sachverständigengutachten 2001 (14))

- einer hohen Versorgungsvariabilität unterliegen, deren Versorgung sich kürzlich stark verändert hat, deren finanzielle Bedeutung hoch ist oder bei denen praktische Erwägungen positiv beschieden werden wie die grundsätzliche Messbarkeit und Veränderbarkeit sowie die Akzeptanz durch die Gruppe Betroffener (3)

- die Möglichkeit bieten, die Versorgung und das Gesundheitsergebnis tatsächlich zu verbessern, bei denen ein großes Verbraucherinteresse besteht oder mit denen die Entscheidungsfindung (für oder gegen einen bestimmten Leistungsanbieter) eventuell verbessert werden kann (6).

Aus dieser Zusammenstellung ergeben sich unter Berücksichtigung der o.g. weiteren Quellen die in Tabelle 2 dargestellten Qualitätsforderungen für Programme zur Qualitätsbeurteilung mit Hilfe von klinischen Messgrößen.

Die Qualitätsforderungen für einzelne klinische Messgrößen sind in Tabelle 3 und die Forderungen an eine Qualitätsdarlegung für klinische Messgrößen-/Programme sind in Tabelle 4 zusammengestellt.

CHECKLISTE ZUR BEURTEILUNG DER METHODISCHEN QUALITÄT KLINISCHER MESSGRÖSSEN-/PROGRAMME

Die in den Tabellen 5–7 aufgeführten Items der Checkliste zur Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen-/Programme beruhen einerseits auf den in Tabelle 2–4 erwähnten Qualitätsforderungen für die Auswahl und Darlegung von Versorgungsaspekten sowie klinischen Messgrößen und darauf aufbauenden Programmen zur Qualitätsbeurteilung. Andererseits wurden diejenigen Items der Checkliste zur Beurteilung der methodischen Qualität von Leitlinien (12) übernommen, die auch bei der Formulierung von klinischen Messgrößen-/Programmen Beachtung finden sollten. Die Checkliste beinhaltet Kriterien zur Beurteilung der methodischen Qualität der Entwicklung von klinischen Messgrößen-/Programmen, Fragen zu Inhalt und Format von klinischen Messgrößen und zur Anwendung von klinischen Messgrößen-/Programmen. Mit insgesamt 39 Fragen zu diesen Beurteilungskriterien wird eine umfassende Dokumentation und Prüfung der methodischen Güte klinischer Messgrößen-/Programme ermöglicht (s. Tab. 5–7).

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die vorgestellten Qualitätsforderungen für klinische Messgrößen-/Programme sowie die darauf aufbauende Checkliste zur Dokumentation und Beurteilung der methodischen Qualität von klinischen Messgrößen-/Programmen stellen in der Zusammenschau aller Kriterien eine



Tabelle 2. Qualitätsforderungen für Programme zur Qualitätsbeurteilung mit Hilfe von klinischen Messgrößen.

Konsens über Bedeutung der Versorgungsaspekte	Nationale Programme zur Entwicklung und Verwendung klinischer Messgrößen sollten für solche Versorgungsaspekte erarbeitet und realisiert werden, über deren Bedeutung für die medizinische Versorgung ein Konsens aller Verantwortlichen besteht. Dabei sind gesetzliche Vorgaben zu berücksichtigen.
Relevanz	Klinische Messgrößen/-Programme müssen für die Praxis der Gesundheitsversorgung relevant sein. Die Zielgruppen und Versorgungsaspekte, auf die sich die klinischen Messgrößen beziehen, sind eindeutig zu definieren und zu beschreiben.
Beeinflussbarkeit der Versorgungsaspekte	Klinische Messgrößen/-Programme müssen sich auf Versorgungsaspekte beziehen, bei denen – unter Nutzung systematischer Qualitätsmanagement-Programme – ein Verbesserungspotenzial existiert.
Ausgewogenheit	Klinische Messgrößen/-Programme sollten die Qualität der medizinischen Versorgung ausgewogen beurteilen. Das heißt, ihre jeweiligen Wirkungen und Nebenwirkungen auf die Versorgung sollten berücksichtigt werden, die z. B. durch die Betonung einzelner erwünschter Versorgungsprozesse unter Vernachlässigung von ebenfalls erwünschten, aber nicht gemessenen Prozessen entstehen können. Deshalb sollten, wo möglich, Zusammenstellungen mehrerer Indikatoren zur Beurteilung eines Versorgungsaspektes bzw. Kriteriums in Form von Indikatorprofilen eingesetzt werden.
Kosten-Nutzen-Verhältnis	Klinische Messgrößen/-Programme sollen zur Verbesserung der Versorgung führen. Dabei ist die Kosteneffektivität von klinischen Messgrößen/-Programmen auch im Vergleich zu anderen Methoden der Beeinflussung der jeweils avisierten Versorgungsaspekte darzulegen.

Tabelle 3. Qualitätsforderungen für klinische Messgrößen.

Verständlichkeit	Klinische Messgrößen müssen klar und eindeutig – in allgemein verständlicher Sprache – definiert werden, unter Verwendung einer präzisen Terminologie.
Validität	Klinische Messgrößen sind als gültig anzusehen, wenn ausreichende wissenschaftliche Evidenz darüber vorliegt, dass sie a) wirklich die Qualität der Versorgung beurteilen (interne Validität) und b), dass durch die Messung und nachfolgende Orientierung an den vorgegebenen Referenzbereichen die medizinische Versorgung der Zielgruppe und deren Versorgungsergebnisse verbessert werden (externe Validität).
Reproduzierbarkeit	Klinische Messgrößen sind als reproduzierbar anzusehen, wenn verschiedene unabhängige Experten bei der Benutzung der gleichen Evidenzbasis mit gleicher Methodik gleiche klinische Messgrößen entwickeln.
Reliabilität	Klinische Messgrößen sind als zuverlässig anzusehen, wenn verschiedene unabhängige Anwender zu unterschiedlichen Zeiten bei der Benutzung der gleichen Datenbasis mit gleicher Methodik ausreichend ähnliche Messergebnisse erzielen.
Diskriminierungsfähigkeit	Klinische Messgrößen und die zugehörigen Referenzbereiche sollten zwischen „guten“ und „schlechten“ Leistungserbringern diskriminieren helfen. Dazu müssen sie a) sensitiv sein, d. h. auch geringe Unterschiede in der Qualität messbar machen und b) spezifisch sein, d. h. nur in solchen Fällen reagieren, in denen wahre Unterschiede in der Qualität vorliegen.
Adjustierbarkeit	Klinische Messgrößen sollten so formuliert sein, dass sie die Qualität von Versorgungsaspekten bei vergleichbaren Einheiten (Regionen/Organisationen/Leistungserbringern) messen. Liegt keine Vergleichbarkeit vor, dann sollten alle wesentlichen Einflussfaktoren auf die Ausprägungen der Messgrößen, die nicht von der Versorgung abhängig sind, erfasst und statistisch im Rahmen einer Adjustierung kontrolliert werden.

Tabelle 4. Qualitätsdarlegung für klinische Messgrößen/-Programme.

Dokumentation der Entwicklung eines Programms für klinische Messgrößen	Die Verfahren, Beteiligten, benutzten Materialien und Prämissen, mit deren Hilfe ein Programm zur Qualitätsbeurteilung mit klinischen Messgrößen entwickelt wurde, sind ebenso exakt zu dokumentieren wie die Verknüpfung der klinischen Messgrößen mit der besten verfügbaren Evidenz.
Transparenz	Klinische Messgrößen/-Programme sollten nur dann Berücksichtigung finden, wenn ihre Ziele sowie die bei der Erstellung benutzten Methoden und die den klinischen Messgrößen zugrunde liegenden relevanten Erkenntnisse, Quellen und Autoren sowie die Adressaten genannt werden.
Aktualität/Planmäßige Überprüfung	Klinische Messgrößen/-Programme müssen Angaben darüber enthalten, wann, wie und durch wen ihre Qualität überprüft wird.
Beteiligung Betroffener	Klinische Messgrößen/-Programme sind unter Beteiligung von Repräsentanten der Adressaten zu entwickeln. Insbesondere bei klinischen Messgrößen, die helfen sollen, patientenbezogene Versorgungsergebnisse zu beurteilen, sind auch betroffene Patientengruppen zu involvieren.
Verwendung der Messergebnisse	Klinische Messgrößen/-Programme sollten durch Instrumente ergänzt werden, die dabei helfen, die Ziele der Qualitätsbeurteilung in der medizinischen Versorgung zu erreichen. Dazu gehören z. B. verschiedene nutzeradaptierte Publikationsformen der Messergebnisse, Interpretationshilfen und Fortbildungsmaterialien.



Tabelle 5. Fragen zur Entwicklung klinischer Messgrößen/-Programme.

- Verantwortlichkeit für die Entwicklung
 - 1.1 Wird die für die Entwicklung der klinischen Messgrößen verantwortliche Institution klar genannt?
 - 1.2 Sind die an der Erstellung der klinischen Messgrößen Beteiligten (Fach-, Interessen-, Anwender-, Patientengruppen) hinsichtlich ihrer Funktion und der Art ihrer Beteiligung klar genannt?
 - 1.3 Existieren detaillierte Angaben über finanzielle oder andere Formen der Unterstützung durch Dritte bei der Entwicklung?
 - 1.4 Falls Unterstützung seitens kommerzieller Interessengruppen erfolgte bzw. Hinweise auf mögliche Verpflichtungen/Interessenkonflikte existieren, wurde die mögliche Einflussnahme auf die klinischen Messgrößen diskutiert?
- Auswahl qualitätsrelevanter Versorgungsaspekte
 - 1.5 Ist eine detaillierte Analyse und Dokumentation des Versorgungsaspektes erfolgt, für den klinische Messgrößen entwickelt werden sollen?
 - 1.6 Werden Quellen und Methoden beschrieben, mit deren Hilfe Leitlinien der Versorgung für diese qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte gesucht, identifiziert und ausgewählt wurden?
 - 1.7 Werden die Verfahren zur Konsentierung prioritär zu messender qualitätsrelevanter Versorgungsaspekte benannt?
- Identifizierung, Formulierung und Auswahl klinischer Messgrößen einschließlich zugehöriger Referenzbereiche
 - 1.8 Werden Quellen und Methoden beschrieben, mit deren Hilfe potenzielle klinische Messgrößen sowie zugehörige Referenzbereiche gesichtet und identifiziert wurden?
 - 1.9 Werden die Methoden zur Auswahl existierender klinischer Messgrößen beschrieben?
 - 1.10 Wurden die methodischen Eigenschaften der klinischen Messgrößen und Referenzbereiche systematisch überprüft?
 - 1.11 Werden Quellen und Methoden beschrieben, mit deren Hilfe die den klinischen Messgrößen und Referenzbereichen zugrunde liegende Evidenz gesucht, identifiziert und ausgewählt wurde?
 - 1.12 Werden die Methoden zur Bewertung der Evidenzstärke genannt?
 - 1.13 Werden die zur Konsentierung der klinischen Messgrößen und Referenzbereiche genutzten Verfahren genannt?
- Begutachtungsverfahren und Pilotstudien
 - 1.14 Sind die klinischen Messgrößen vor der Veröffentlichung einer unabhängigen Zweitbegutachtung unterzogen worden?
 - 1.15 Werden die Methoden, Kommentierungen und Konsequenzen der Begutachtung genannt?
 - 1.16 Wurden die klinischen Messgrößen einer Vortestung oder einem Pilotversuch unterzogen?
 - 1.17 Werden die Methoden, Ergebnisse und Konsequenzen eines Pilotversuchs erwähnt?
- Aktualisierung der klinischen Messgrößen
 - 1.18 Ist die Zuständigkeit für die Initiierung und Durchführung einer Überprüfung/Aktualisierung angegeben?
 - 1.19 Sind die Verfahren (Evaluationsplan) für die Überprüfung/Aktualisierung klar beschrieben?
 - 1.20 Ist ein Zeitpunkt genannt, zu dem die klinischen Messgrößen überprüft/aktualisiert werden sollen?
- Transparenz der Entwicklung
 - 1.21 Existiert eine zusammenfassende Darstellung über die Methodik der Erstellung (z. B. in Form eines „klinische Messgrößen-Reports“)

Tabelle 6. Fragen zu Inhalt und Format klinischer Messgrößen.

- Systematische Erläuterung der klinischen Messgrößen
 - 2.1 Sind die klinischen Messgrößen eindeutig und verständlich bezeichnet?
 - 2.2 Sind alle in der Bezeichnung verwendeten Begriffe eindeutig definiert?
 - 2.3 Sind die Gründe für den Einsatz der klinischen Messgrößen explizit benannt?
 - 2.4 Sind alle Adressaten der klinischen Messgrößen genannt?
 - 2.5 Ist (sind) die Patienten-Zielgruppe(n) der klinischen Messgrößen eindeutig definiert (z. B. hinsichtlich Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Begleiterkrankungen, Organisationseinheit, Versorgungsbereich, Region)?
 - 2.6 Sind die Einflussfaktoren auf die Ausprägungen der klinischen Messgrößen beschrieben?
 - 2.7 Sind Korrekturverfahren beschrieben, anhand derer die Vergleichbarkeit der Ausprägungen der klinischen Messgrößen verbessert wird?
 - 2.8 Sind die Referenzbereiche der klinischen Messgrößen explizit benannt?
 - 2.9 Sind die Datenquellen für die Erhebung der klinischen Messgrößen und der Einflussfaktoren eindeutig genannt?

Tabelle 7. Fragen zur Anwendung klinischer Messgrößen.

- Datenmanagement
 - 3.1 Existieren praktikable und evaluierte Instrumente zur Erhebung der Daten für die Berechnung der Ausprägungen der klinischen Messgrößen (Dokumentationsformulare mit Anweisungen, EDV-Programme usw.)?
 - 3.2 Ist die für die Berechnung der Ausprägung der klinischen Messgrößen eventuell notwendige Zusammenführung der Daten klar beschrieben?
 - 3.3 Existieren Informations-/Trainingsmaßnahmen für die bei der Datenerhebung Involvierten?
 - 3.4 Sind Verfahren zur Sicherung der Datenqualität genannt?
 - 3.5 Sind Maßnahmen der technischen Datensicherheit und des Datenschutzes explizit genannt?
- Verwendung der klinischen Messgrößen
 - 3.6 Existieren Angaben zur vorgesehenen Verbreitung der Qualitätsbeurteilung anhand der Ausprägung der klinischen Messgrößen?
 - 3.7 Existieren explizite Angaben zur Verwendung/zum Eigentum der Daten und Analyseergebnisse?
 - 3.8 Liegen für den Routineeinsatz Abschätzungen über die zur Datenerhebung und Auswertung nötigen finanziellen Ressourcen vor?
 - 3.9 Existieren Pläne zur Beurteilung des Einflusses der Anwendung der klinischen Messgrößen auf die medizinische Versorgung?



Maximalforderung dar. Alle Qualitätsforderungen an die methodische Qualität von klinischen Messgrößen/-Programmen ohne Abstriche zu erfüllen, wird wohl kaum möglich sein und scheint auch von existierenden Messgrößen bisher unerreicht zu sein (11). Als Orientierungshilfe für zukünftige Entwickler von klinischen Messgrößen/-Programmen bieten die Qualitätsforderungen jedoch die Option methodisch verbesserter klinischer Messgrößen/-Programme und damit für eine objektivere Beurteilung der Qualität der medizinischen Versorgung.

ABSTRACT

Assessing the methodological quality of clinical performance measures

One of the tasks of the federal "Coordinating Committee" within Germany's self-governing health care system is to develop clinical performance measures. Since these performance measures usually exert an enormous influence on health care delivery their methodological quality should meet highest standards. The aim of our study was to develop quality requirements for clinical performance measures to be used in Germany; we did this mainly by compiling internationally published criteria. We present lists of quality requirements for clinical performance measures and performance assessment programs as well as a checklist for documenting and assessing comprehensively the methodological quality of these measures. Developing clinical performance measures by using these criteria could improve their methodological quality and promote the objectivity of performance assessment in medical care.

Key Words: clinical performance measures, quality management, medical care in Germany, quality indicator

LITERATUR

1. Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2001) Beurteilung klinischer Messgrößen für das Qualitätsmanagement – Qualitätskriterien und Indikatoren in der Gesundheitsversorgung – Konsenspapier der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der AWMF zur Konkretisierung der Arbeit des Koordinierungsausschusses gemäß § 137e SGB V. Köln: ÄZQ
2. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997) Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Dtsch Ärztebl 94: A2154–2155
3. Crombie IK, Davies HTO, Abraham SCS (1993) Audit Handbook – Improving health care through clinical audit. Chichester, NY: John Wiley and Sons
4. Dudenredaktion (1973) Duden – Rechtschreibung der deutschen Sprache und der Fremdwörter. 17. Auflage. Mannheim: Dudenverlag
5. Eddy DM (1998) Performance measurement: problems and solutions. Health Affairs 17: 7–25
6. Foundation for Accountability (FACCT) (1996) The facts about FACCT. Accountability Action 1: 5–8
7. GMDS-Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Medizin (1996) Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagement. Informatik, Biometrie und Epidemiologie; 4: 200–230
8. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (1988). Guide to Quality Assurance. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (1990) Primer on indicator development and application. Measuring quality in health care. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO
10. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (1997) National Library of Healthcare Indicators – Health Plan and Network Edition. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO
11. Katz JN, Sangha O (1997) Assessment of the quality of care. Arthritis Care and Research 10/6: 359–369
12. Ollenschläger G, Helou A, Kostovic-Cilic L, Perleth M, Raspe HH, Rienhoff O, Selbmann HK, Oesingmann U (1998) Die Checkliste zur methodischen Qualität von Leitlinien – Ein Beitrag zur Qualitätsförderung ärztlicher Leitlinien. Z ärztl Fortbild Qualsich 92: 191–194
13. SGB V. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung, zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S.2626). www.bmgesundheit.de
14. SVR: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Gutachten 2000/2001 – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. www.svr-gesundheit.de

Dank

Die Autoren bedanken sich herzlich für die kritischen Kommentare der Mitglieder und Gäste des Expertenkreises Qualitätsindikatoren bei der ÄZQ (Prof. Brech, Dr. Brenner, Herr Gramsch, Prof. Kolkmann, Dr. Krumpaszy, Prof. Lorenz, Dr. Oesingmann, Dr. Rheinberger, Dr. v. Stillfried, Herr Stobrawa)

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. Max Geraedts, MPH, Zusatzstudiengang Public Health, c/o Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität, Postfach 10 10 07, 40001 Düsseldorf
Tel.: 0211/81-14492; Fax 0211/81-11769;
email: geraedts@uni-duesseldorf.de

