



Health System Watch



Qualitätsindikatoren: Handle with Care

Thomas Czypionka, Monika Riedel, Gerald Röhrling*

Zusammenfassung

Qualitätsindikatoren sind wichtige Hilfsmittel der Qualitätsarbeit und sollen in Zukunft verstärkt zum Einsatz kommen. Als „harte Fakten“, die Entscheidungen maßgeblich beeinflussen, müssen sie sehr sorgfältig erstellt und angewandt werden. Dabei ist auch die zugrunde liegende Zielsetzung von großer Bedeutung. International existiert eine Reihe von Beispielen ihrer Anwendung, deren nähere Betrachtung sehr lehrreich sein kann. Bislang vor allem eine Domäne des stationären Bereichs, werden in einigen Projekten Qualitätsindikatoren auch im niedergelassenen Bereich implementiert.

Einleitung

Das Gesundheitsqualitätsgesetz sieht in § 4 und § 5 die Erarbeitung und Einführung von Qualitätsindikatoren vor. In unserer letzten Ausgabe haben wir bereits festgestellt, dass Qualitätsindikatoren im Rahmen der Evaluierung von Arztpraxen wünschenswert wären. Daher widmen wir uns in dieser Ausgabe den Möglichkeiten, aber auch den Stolpersteinen, die mit der Erstellung und Anwendung von Qualitätsindikatoren verbunden sind. Bereits erkannte Fehler und Probleme können in Österreich, das auf diesem Gebiet noch nicht so weit fortgeschritten ist, von vornherein vermieden werden. Die Anwendung von Qualitätsindikatoren ist auch international noch sehr auf den Spitalsbereich konzentriert, zu dem wir in Hinblick auf die zukünftige Qualitätsberichterstattung ein Beispiel vorstellen werden. Im niedergelassenen Bereich gibt es schon einige Bemühungen zur Ausarbeitung geeigneter Indikatorensets in den USA.

Magie der Zahlen

Das Konzept, Maßzahlen für Qualität einzusetzen, ist auf den ersten Blick sehr verlockend. Wo immer Zahlen im Spiel sind, wird das Gefühl von Absolutheit, Messbarkeit und Sicherheit suggeriert. Tatsächlich hat der Versuch, Qualität messbar zu machen, vieles für sich. Eine Maßzahl kann nicht nur sagen, ob gut oder schlecht gearbeitet wird, sie zeigt auch im Rahmen der Qualitätsarbeit erzielte Änderungen an, ermöglicht Vergleiche und fördert Transparenz. Unterschiedliche Verfahren können anhand eines Indikators bewertet werden. Dabei darf man allerdings nicht in eine blinde Zahlengläubigkeit verfallen. Indikatoren stellen nie Qualität an sich fest. Sie sind, wie bereits ihre Bezeichnung sagt, nur Hinweise, die erst in Hinblick auf Qualität interpretiert werden müssen.

Quo vadis?

Zielsetzung und Rahmenbedingungen haben wesentlichen Einfluss darauf, welche Indikatoren sinnvoll einzusetzen sind und wie hoch ihre Akzeptanz bei den Beteiligten ist, was wiederum für eine sorgfältige Dokumentation unabdingbar ist. Es gilt, sich über die jeweiligen Ziele, die mit Qualitätsindikatoren erreicht werden sollen, klar zu werden, dafür geeignete Indikatoren zu entwickeln oder anzupassen und schließlich, nicht minder wichtig, den Boden für die Anwendung aufzubereiten. Mit dem Ziel der Akkreditierung hat z. B. die JCAHO¹ mit der ORYX-Initiative Indikatoren für ihre verschiedenen Akkreditierungsprogramme entwickelt. Ähnlich verwendet die NCQA² ihr HEDIS³, um die ameri-

* Alle: Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon,
 Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-126, E-Mail: riedel@ihs.ac.at
 Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar unter der Internet-Adresse: <http://www.ihs.ac.at>
 Wir danken Professor Vahé Kazandjian vom Centre for Performance Sciences für seine Impulse.

1 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Website: www.jcaho.org

2 National Committee for Quality Assurance, eine NPO verschiedener Stakeholder-Organisationen. Website: www.ncqa.org

3 Health Plan Employer Data and Information Set

Magie der Zahlen

Quo vadis?





Die Entstehung von Qualitätsindikatoren

kanischen *health care plans* zu bewerten und so Arbeitgebern und Versicherten Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung zu stellen. Das Physician Consortium der American Medical Association hat Indikatoren zur internen Qualitätsverbesserung in Praxen entwickelt. Das National Health Service (NHS) im Vereinigten Königreich verwendet Indikatoren wiederum in einem freiwilligen finanziellen Anreizsystem für ÄrztInnen, dem Quality and Outcomes Framework. Für die OECD steht mit dem Health Care Quality Indicator Project der internationale Ländervergleich im Vordergrund.

Auf die Akzeptanz wird sich letztlich auch die Art der Institution auswirken, die mit der Durchführung der Qualitätsmessung betraut wird. Ist sie unabhängig oder dem Bundesministerium zugehörig, den Sozialversicherungen oder einer Standesvertretung zuzuordnen?

Die Entstehung von Qualitätsindikatoren⁴

Die Qualitätsnomenklatur ist leider keinesfalls einheitlich. So werden Qualitätsmaßzahlen bisweilen als Qualitätskriterien bezeichnet, und der Begriff Indikator wird gar nicht benutzt. Andernorts sind Kriterien die Vorstufe zum Indikator.⁵ Im Folgenden möchten wir uns weitgehend den Definitionen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin⁶ anschließen, das im deutschsprachigen Raum eine Vorreiterrolle im Bereich medizinischer Qualität eingenommen hat, und diese um einige Erläuterungen ergänzen.

Zunächst sollte man, wie bereits eingangs erwähnt, die eigenen Ziele und Erwartungen bezüglich des Einsatzes von Qualitätsmessung klären. Steht der Verwendungszweck fest, z. B. die kontinuierliche Qualitätsverbesserung auf einer Internen Abteilung, muss eine Auswahl getroffen werden, welche **Versorgungsaspekte** betrachtet werden sollen. Tatsächlich gibt es ja auf einer solchen Abteilung eine Unzahl an möglichen messbaren Ereignissen. **Klinische Messgrößen** (clinical measures, clinical performance measures) sind dabei allgemein Maßzahlen für Eigenschaften der Versorgung, besonders von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Aus der Vielzahl von Ereignissen muss nun festgelegt werden, welchen Versorgungsaspekt man durch Messgrößen erfassen möchte, z. B. die Diagnostik bei PatientInnen mit akutem Abdomen. Hier zeigen sich bereits deutliche Systemunterschiede. Die OECD, deren Health Care Quality Indicator Project primär auf den Gesundheitssystemvergleich abzielt, legt folgende Selektionskriterien zugrunde:⁷

- ◆ *the importance of what is being measured in terms of the impact on health status and health costs, the policy relevance and the susceptibility of the problem to intervention;*
- ◆ *the scientific soundness of the measure in terms of its validity, reliability, and the explicitness of the evidence base;*
- ◆ *the feasibility and cost of obtaining internationally comparable data for the measure.*

Das Konsensuspapier der Deutschen Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften konstatiert in einer Zusammenschau, dass Versorgungsaspekte zu wählen sind, die⁸

- ◆ eine hohe Frequenz aufweisen,
- ◆ ein hohes Risiko für die PatientInnen bergen,
- ◆ oft problembehaftet sind,
- ◆ bei denen Über-, Unter- oder Fehlversorgung vorliegt,
- ◆ bei denen hohe Versorgungsvariabilität oder kürzliche Änderungen vorliegen,
- ◆ die hohe finanzielle Bedeutung haben,
- ◆ die der Messung praktisch gut zugänglich sind,
- ◆ bei denen Verbesserungsmöglichkeiten/hohes Verbraucherinteresse vorliegen,
- ◆ durch die die Entscheidungsfindung für oder gegen einen Anbieter verbessert werden kann.

4 Wir folgen dabei vor allem: Gerlach F.M.: Qualitätsförderung in Praxis und Klinik: Eine Chance für die Medizin. Thieme 2001; Lauterbach K.W., Schrappe M.: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence Based Medicine. Schattauer 2004.; Baartmans P.C., Geng V.: Qualität nach Maß: Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen. Huber 2000.; Nüllen H., Noppeney T.: Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Deutscher Ärzteverlag 2003.; Wan T., Connell A.: Monitoring the Quality of Health Care: Issues and Scientific Approaches. Kluwer Academic Publishers 2003.; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Deutscher Ärzteverlag 2003.; Kimberly J, Minvielle E.: The Quality Imperative. Measurement and Quality in Healthcare. Imperial College Press 2000.

5 Siehe dazu z. B. das Kapitel „Definitionen“ in Gerlach 2001.

6 Website: www.aeqz.de

7 Kelley E., Hurst J.: Health Care Quality Indicators Project, Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Paper No. 23. DELSA/HEA/WD/HWP(2006)3. S. 18 f. verfügbar unter <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf> [Stand: 15.7.2006]

8 Nach: Konsensuspapier „Beurteilung Klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements“ der Deutschen Bundesärztekammer, der KBV und der AWMF, S. 5 f. Download unter <http://www.aeqz.de/publikationen/pdfpublikationen/aezqbeurtprior.pdf> [Stand: 18.7.2006]





Eine reine Maßzahl ist allerdings noch nicht qualitätsrelevant. Daher müssen für den jeweiligen Versorgungsaspekt **Kriterien** festgelegt werden, die für die gute Qualität dieses Versorgungsaspekts sprechen. Solche sind z. B. jene der JCAHO (wie z. B. Zugänglichkeit, Sicherheit, Rechtzeitigkeit der Versorgung etc.). Die OECD hat den Zugang verschiedener nationaler Frameworks diesbezüglich verglichen.⁹ Tabelle 1 gibt eine Übersicht über jene Kriterien (dort Dimensionen genannt), auf die sich ausgewählte Länderprojekte und Organisationen zumeist konzentrieren.¹⁰ Daneben existieren auch noch weniger verbreitete Kriterien, wie beispielsweise Annehmbarkeit (acceptability), Kontinuität (continuity) und Rechtzeitigkeit (timeliness), die meist der Patientenzentriertheit zugeordnet werden, bzw. Angemessenheit (appropriateness) und Befähigung (competence/capability), die sich meist im Kriterium Effektivität wiederfinden.

Tabelle 1: Qualitätskriterien (Dimensionen)

	UK	Kanada	Australien	USA	ECHI	Commonwealth Fund	WHO	Summe
Most commonly used dimensions								
Effektivität (effectiveness)	#	#	#	#	#	#	#	7
Patientenzentriertheit (patient-centeredness)	#	#?	#	#			#	5
Zugänglichkeit (accessibility)	#	#	#	##		#		5
Gleichheit (equity)		#*	#*	#*			##	4
Effizienz (efficiency)		#	#	###			###	4
Sicherheit (safety)		#	#	#				3
Less commonly used dimensions								
Angemessenheit (appropriateness)		#	#			#		3
Befähigung (competence/capability)	#	#	#					3
Kontinuität (continuity)		#	#			#		3
Annehmbarkeit (acceptability)		#				#		2
Rechtzeitigkeit (timeliness)	#?*			#				2
Leistungsfähigkeit (capacity)	#							1
Nachhaltigkeit (sustainability)			#					1

* überschneidende Dimension, die auch alle anderen Dimensionen betrifft

** noch nicht operationalisiert, jedoch Teil des ursprünglichen Institute of Medicine's Framework der USA

im Framework des Landes vorhanden

Operationalisiert als eine Dimension von Gleichheit (equity)

Inbegriffen in den Berechnungen und Definitionen der Leistungsindizes

#? Inbegriffen in der Operationalisierung von Annehmbarkeit (acceptability)

#?* Operationalisiert über Patientenzentriertheit

ECHI European Community Health Indicators

WHO World Health Organisation

Quelle: Kelley E., Hurst J.: Health Care Quality Indicators Project, Conceptual Framework Paper, OECD Health Working Paper No. 23, DELSA/HEA/WD/HWP(2006)3.

Je nach betrachtetem Versorgungsaspekt und den zugrunde liegenden Zielen erhalten diese Kriterien ein unterschiedliches Gewicht. In unserem Beispielfall des akuten Abdomens wird man besonderen Wert auf Zeitkriterien und die Zielgerichtetheit der Diagnostik legen. Ist man hingegen Gesundheitsplaner, wird die Zugänglichkeit eine Rolle spielen. Um zu prüfen, ob nach diesen Kriterien qualitativ hochwertig gearbeitet wird, werden qualitätsbezogene Messgrößen, also **Qualitätsindikatoren** festgelegt. Sie werden erfasst und mit ihren jeweiligen **Referenzwerten bzw. -bereichen** verglichen. So könnte man die Zahl derjenigen PatientInnen erfassen, die innerhalb einer bestimmten Zeit von der Aufnahme an alle wesentlichen diagnostischen Schritte durchlaufen haben, als Anteil aller Aufnahmen wegen akuten Abdomens.

Wäre mit so einem Indikator aber alles getan? Sicherlich nicht. Denn er berücksichtigt nicht die Zeit von der Einlieferung ins Spital bis zur Vorstellung beim diensthabenden Arzt. Er berücksichtigt auch nicht, in wie viel Prozent der Fälle die initiale Diagnose (aufgrund des Zeitdrucks?) falsch war. Es ist also oft ein ganzes **Indikatorenbündel** für die Beurteilung notwendig, das ausgewogen und abgestimmt sein muss. Andernfalls könnte man in diesem Fall aufgrund hoher Diagnosegeschwindigkeit an gute Qualität glauben, obwohl in Wahrheit ein bedeutender Teil der PatientInnen unnötigerweise laparotomiert wird. In der Entwicklung wird man sich also auch Gedanken darüber machen müssen, welche Zusammenstellung an Indikatoren synergistisch ist.

9 Kelley/Hurst 2006. S. 11-14.

10 Kelley/Hurst 2006. S. 12.

Qualitätskriterien
(Dimensionen)





Die Qualität von Qualitätsindikatoren

Die Qualität von Qualitätsindikatoren

Schon die Erstellung eines einzelnen Qualitätsindikators und seiner Referenz ist keineswegs einfach, es gibt dazu umfangreiche Fachliteratur und zahlreiche Konsensuspapiere,¹¹ und in vielen wissenschaftlichen Publikationen wird über Fallstricke in der Anwendung diskutiert.¹² Indikatoren sind der Versuch, das komplexe Geschehen der Gesundheitsversorgung messbar und bewertbar zu machen, stellen aber letztlich nur eine starke Vereinfachung der Realität dar. Da der Anspruch erhoben wird, aus diesen Zahlen auch Maßnahmen ableiten zu können, wie z. B. zusätzliche Investitionen, Umstellung von Prozeduren oder gar finanzielle oder disziplinarische Konsequenzen, wird besonders deutlich, wie fatal ein falsch erstellter Indikator sein kann. Für Indikatoren gelten daher eine Reihe von Qualitätskriterien.¹³ Wo immer möglich, sollte die Indikatorentwicklung gemäß einer evidenzbasierten Leitlinie erfolgen. Die bekannte RUMBA-Regel bildet einige weitere wesentliche Aspekte ab: **Relevanz** für den Sachverhalt, **Verständlichkeit** (*Understandable*) für alle Beteiligten, **Messbarkeit** mit hinreichender Reliabilität, Validität, Objektivität, **Beeinflussbarkeit** durch die Beteiligten, **Machbarkeit** (*Achievable and feasible*). Diese Kriterien sind zwar sehr einleuchtend, stellen aber im Detail an den Indikator bereits hohe Anforderungen. Weitere wichtige Kriterien sind:

Diskriminierungsfähigkeit: also hohe Sensitivität und Spezifität.

Adjustierbarkeit: ein ganz wichtiges und bisweilen vernachlässigtes Kriterium. Es geht dabei um die Möglichkeit, alle nicht qualitätsrelevanten Einflüsse auf den Indikator eliminieren zu können, wie unterschiedliches Alter der PatientInnen oder Comorbiditäten. Ohne solche Adjustierungen wären Indikatoren zwischen verschiedenen Institutionen und u. U. zu verschiedenen Zeitpunkten nicht vergleichbar.

Aktualität: Referenzbereiche, aber auch die Messvorschriften selbst müssen immer wieder auf ihre Aktualität hin überprüft werden. Andernfalls entsteht eine Art „kalte Progression“ bezüglich der Referenzbereiche. So kann die Überlebenszeit bei Chronisch Myeloischer Leukämie aus dem Jahre 1995 nicht mehr als Referenz für heute dienen.¹⁴ Für eine ordentliche Blutdruckeinstellung gelten heute andere Messvorschriften als noch vor wenigen Jahren.¹⁵

Auf der Ebene der Indikatorbündel bzw. ganzer Messprogramme sollte des Weiteren ein *Konsens* über die Bedeutung herrschen, und Betroffene sollten *mit einbezogen* werden. Dies ist wichtig für die Motivation zur richtigen Dokumentation.

Um die Qualität von Indikatoren sicherzustellen, empfiehlt sich also ähnlich wie bei Leitlinien ein *clearing*. Unsere Beispiele werden zeigen, dass selbst große Projekte sich auf vergleichsweise wenige Qualitätsindikatoren beschränken und diese nach sorgfältiger Entwicklung wieder und wieder auf breiter Basis evaluieren.

Problemfelder im Einsatz

Problemfelder im Einsatz

Auch die Anwendung selbst muss evaluiert werden, da das „System“ seinerseits auf die Anwendung von Indikatoren reagiert. Immer wieder genannt wird das Beispiel der Patientenselektion, wenn an Qualitätsindikatoren Folgen geknüpft sind oder sie veröffentlicht werden.¹⁶ Dem kann durch Adjustierung begegnet werden. Unter ähnlichen Bedingungen ist auch „wohlwollende“ Dokumentation von ungünstigen Ergebnissen möglich oder Verschleierung durch administrative Maßnahmen.¹⁷ Diesem Problem kann man mit stichprobenartigen Detailprüfungen begegnen. Andere Probleme können auch weitaus weniger absichtlich auftreten. Um beispielsweise internen Qualitätsvorgaben nachzukommen, wurde in dem für seine Qualitätsbemühungen bekannten Department for Veteran Affairs in den

11 Z. B. „Desirable Attributes of Performance Measures“ und „Principles of Performance Measurement“ der American Medical Association, der JCAHO und der NCQA. Download unter <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/3818.html> [Stand: 18.7.2006] oder das genannte Konsensuspapier „Beurteilung Klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements“.

12 Z. B. Kerr E.A. et al.: Avoiding pitfalls in chronic disease quality measurement: a case for the next generation of technical quality measures. *Am J Manag Care*. 2001 Nov; 7 (11): 1033–43.

13 Zusammengefasst und ergänzt nach der bisher zitierten Literatur.

14 Durch Fortschritte in der Zytogenetik, den Signaltransduktionsinhibitor Imatinib und Stammzellentransplantation hat die Therapie große Fortschritte gemacht: Baccarani M. et al.: Evolving concepts in the management of chronic myeloid leukemia. Recommendations from an expert panel on behalf of the European Leukemianet. *Blood*. 2006 May 18.

15 Hitzenberger G. et al.: Klassifikation, Diagnostik und Therapie der Hypertonie 2004 – Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie; *Journal für Hypertonie*; 2004, 8 (1), 7–11.

16 Bridges J.F. et al.: A wolf dressed in sheep's clothing: perhaps quality measures are just unmeasured severity. *Appl Health Econ Health Policy*. 2005; 4 (1): 55–64.

17 Z. B.: Doran T. et al.: Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N. Engl J. Med*. 2006 Jul 27; 355 (4): 375–84.





USA eine Mindestquote an Screeninguntersuchungen auf kolorektales Karzinom vorgeschrieben.¹⁸ Eine Untersuchung zeigte jedoch, dass vielfach sehr alte, multimorbide PatientInnen ebenfalls gescreent wurden, um die Quote zu erreichen. Die therapeutische Konsequenz war aber in diesen Fällen nicht gegeben. Es kamen auch einige wenige Fälle vor, die als getestet dokumentiert wurden, obwohl tatsächlich kein Screening stattfand. Auch das Problem, dass durch Tracer, also Leitkrankheiten, die Bemühungen bei anderen, nicht betrachteten Krankheiten vernachlässigt werden, ist gegeben. In anderen Untersuchungen wurden die Bewertungen von Krankenhäusern durch die JCAHO und die AHRQ miteinander verglichen, und in sehr vielen Fällen wurde gar kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Bewertungen gefunden: Es hing von den betrachteten Kriterien ab, wie die Beurteilung jeweils ausfiel.¹⁹ Solche Ergebnisse werden verstärkte Bemühungen notwendig machen, die tatsächliche Wirksamkeit von Qualitätsmessung sicherzustellen.

Viele derartige Beispiele finden sich in der Literatur. Es sollte jedoch nicht der Eindruck entstehen, man solle ergo gleich auf Qualitätsindikatoren verzichten. Vielmehr zeigen diese Beispiele, dass Qualitätsmessung sehr heikel ist und sehr eingehender Evaluation bedarf. Durch geeignete Maßnahmen muss sichergestellt werden, dass tatsächlich über die Qualität verlässlich Auskunft gegeben werden kann. Leider führen diese Probleme auch allzu oft zu einer Beschränkung auf Strukturqualität. Es sind jedoch gleichsam der Prozess, der überwacht und verbessert werden muss, und das Ergebnis, das zählt. Auch wenn in diesen Bereichen die Widrigkeiten größer sind, besteht hier der eigentliche Handlungsbedarf. Für die unterschiedlichen Herangehensweisen an Indikatoren und unterschiedliche Zielsetzungen werden wir im Folgenden jeweils internationale Beispiele bringen, zum Teil mit österreichischer Beteiligung:

Die internationale Perspektive: Healthcare Quality Indicator Project

Das Health Care Quality Indicator Project (HCQI) der OECD wurde im Jahre 2001 ins Leben gerufen. 23 Länder, darunter auch Österreich, nehmen daran teil. Das langfristige Ziel des Projekts ist es, ein Set an Indikatoren basierend auf vergleichbaren Daten zu entwickeln, um besser zu verstehen, warum Unterschiede zwischen den Ländern existieren und was getan werden könnte, um diese zu reduzieren und die Qualität in allen Ländern zu verbessern. Das HCQI-Projekt zielt somit primär auf einen Gesundheitssystemvergleich ab und gliedert sich in zwei Phasen: In der ersten Phase wurden von den ExpertInnen 17 Indikatoren („initial list“) identifiziert, wobei sechs Typen von Indikatoren umfasst werden: Krebs-Screening und Überlebensraten, Durchimpfungsraten, Mortalitätsraten, Wartezeiten, Diabeteskontrolle sowie Raucheranteile. Basierend auf Analysen bezüglich Verfügbarkeit in und Vergleichbarkeit zwischen den teilnehmenden Ländern klassifizierte die OECD 13 der 17 Indikatoren als empfehlenswert (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Indikatoren des Health Care Quality Indicator Project (HCQI), Phase 1	
Als geeignet eingestufte Indikatoren	Als nicht geeignet eingestufte Indikatoren
1. Brustkrebs-Überlebensrate	1. HbA1c Testung
2. Mammographie-Screening	2. Schlechte Einstellung des Glukosespiegels
3. Gebärmutterhalskrebs-Überlebensrate	3. Netzhautprüfung bei Diabetikern
4. Gebärmutterhalskrebs-Screening	4. Amputationen in Folge von Diabetes
5. Kolorektales-Karzinom-Überlebensrate	
6. Inzidenz von durch Impfungen verhütbaren Erkrankungen	
7. Abdeckung durch Basisimpfungen	
8. Asthma-Mortalitätsrate	
9. Akuter Myokardinfarkt: 30-Tage-Mortalitätsrate	
10. Schlaganfall 30-Tage-Mortalitätsrate	
11. Wartezeit für eine Oberschenkelfraktur-OP	
12. Influenza-Durchimpfungsrate für über 65-Jährige	
13. Raucheranteil	

Quelle: Edward Kelley, Jeremy Hurst: Health Care Quality Indicator Project: Initial Indicators Report, OECD Health Working Papers No. 22, DELSA/HEA/WD/HWP(2006)2.

18 Walter L.C. et. al.: Pitfalls of converting practice guidelines into quality measures: lessons learned from a VA performance measure. JAMA. 2004 May 26; 291 (20): 2466–70.

19 Miller M.R. et. al.: Relationship between performance measurement and accreditation: implications for quality of care and patient safety. Am J. Med Qual. 2005 Sep–Oct; 20 (5): 239–52.

**Die internationale
Perspektive:
Healthcare
Quality Indicator
Project**





Phase 2 des Projekts konzentriert sich auf fünf zusätzliche Indikatorenbereiche: „Gesundheitsförderung, Prävention und ambulante Gesundheitsversorgung“, „psychische Gesundheit“, „Patientensicherheit“, „Herzbehandlung“ sowie „Diabetesbehandlung“. Bereits im Jahr 2004 publizierte die OECD zu jedem der fünf Bereiche Indikatoren.²⁰

Im Bereich „Gesundheitsförderung, Prävention und ambulante Gesundheitsversorgung“, der primär von niedergelassenen ÄrztInnen ausgeübt wird, wurde in Zusammenarbeit mit internationalen ExpertInnen ein Katalog von 27 Indikatoren entwickelt. Sechs Indikatoren fallen in den Themenkomplex Gesundheitsförderung, 14 Indikatoren fokussieren Präventionsmaßnahmen, und sieben Indikatoren wenden sich explizit der Diagnose und der Behandlung im ambulanten Bereich zu (vgl. Tabelle 3). In der zweiten Phase soll auch der Grundstein für eine eventuelle Inklusion von HCQI-Indikatoren in die Datenbank der OECD (OECD Health Data) gelegt werden.

Tabelle 3: Indikatoren zu Gesundheitsförderung, Prävention sowie Diagnose und Behandlung im ambulanten Bereich

Gesundheitsförderung	Prävention	Diagnose und Behandlung im ambulanten Bereich
Prävalenz Fettleibigkeit	Blutgruppenbestimmung und Antikörper-Screening im Rahmen der Schwangerschaft	Wiederaufnahmerate bei Herzinsuffizienz
Körperliche Aktivität	HIV-Screening im Rahmen der Schwangerschaft	Erste Schwangerenuntersuchung im ersten Trimenon
Raucheranteil	Bacteriurie-Screening im Rahmen der Schwangerschaft	Raucherentwöhnungsberatung für Asthmatiker
Prävalenz Diabetes	Spitalsaufnahme von PatientInnen mit durch Impfungen vermeidbaren Erkrankungen	Blutdruckmessung
Gonorrhoe/Chlamydien: Infektionsraten	Zu geringes Geburtsgewicht	Wiederholte Blutdruckmessung für jene mit hohem Blutdruck
Abort	MMR-Durchimpfungsrate	Initiale Laboruntersuchung bei Hypertonie
	Anämiescreening für Schwangere	Spitalsaufnahmen aufgrund von Krankheitsbildern, die Indikatoren für die Qualität der Betreuung im ambulanten Bereich sind
	Zervikales Gonorrhoe-Screening für Schwangere	
	Hepatitis-B-Screening für Schwangere	
	Hepatitis-B-Dokumentation zur Zeit der Geburt	
	Hepatitis-B-Immunsierung für Hochrisikogruppen	
	Influenza-Impfung für Hochrisikogruppen	
	Pneumokokken-Impfung für Hochrisikogruppen	

Quelle: Marshall M., Leatherman S., Matke S. and the Members of the OECD Health Promotion, Prevention and Primary Care Panel: Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries, OECD Health Technical Papers 16, DELSA/ELSA/WD/HTP (2004) 16.

**Nationale
Qualitätsbericht-
erstattung am
Beispiel BQS**

Nationale Qualitätsberichterstattung am Beispiel BQS

Das Gesundheitsqualitätsgesetz sieht für Österreich zukünftig eine Qualitätsberichterstattung vor. In Deutschland gibt es für Krankenhäuser bereits eine solche, die indikatorenbasiert ist. Gemäß § 137 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss²¹ in Zusammenarbeit mit Vertretern der Bundesärztekammer, den privaten Krankenversicherungen und dem Deutschen Pflegerat Maßnahmen zur Qualitätssicherung aller nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser. Mit der inhaltlichen Entwicklung und der organisatorischen Durchführung ist bereits seit 2001 die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH (BQS)²² betraut. Die BQS hat eine Reihe von Qualitätsmessverfahren entwickelt und erhält von den Krankenhäusern entsprechende qualitätsrelevante Daten, die sie auswertet und in einem jährlichen Bericht veröffentlicht. Im Jahre 2004 haben 1.517 Krankenanstalten insgesamt 2.388.883 Datensätze geliefert. In 32 Leistungsbereichen existierten 212 Indikatoren, von denen 47 im Qualitätsreport der BQS veröffentlicht wurden. Die erfassten Bereiche waren Herzschrittmacher, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Gynäkologie, Perinatalmedizin, Orthopädie/Unfallchirurgie, Mammachirurgie, Kardiologie, Pflege, Herzchirurgie und Herz-Lungen-Transplantationen.

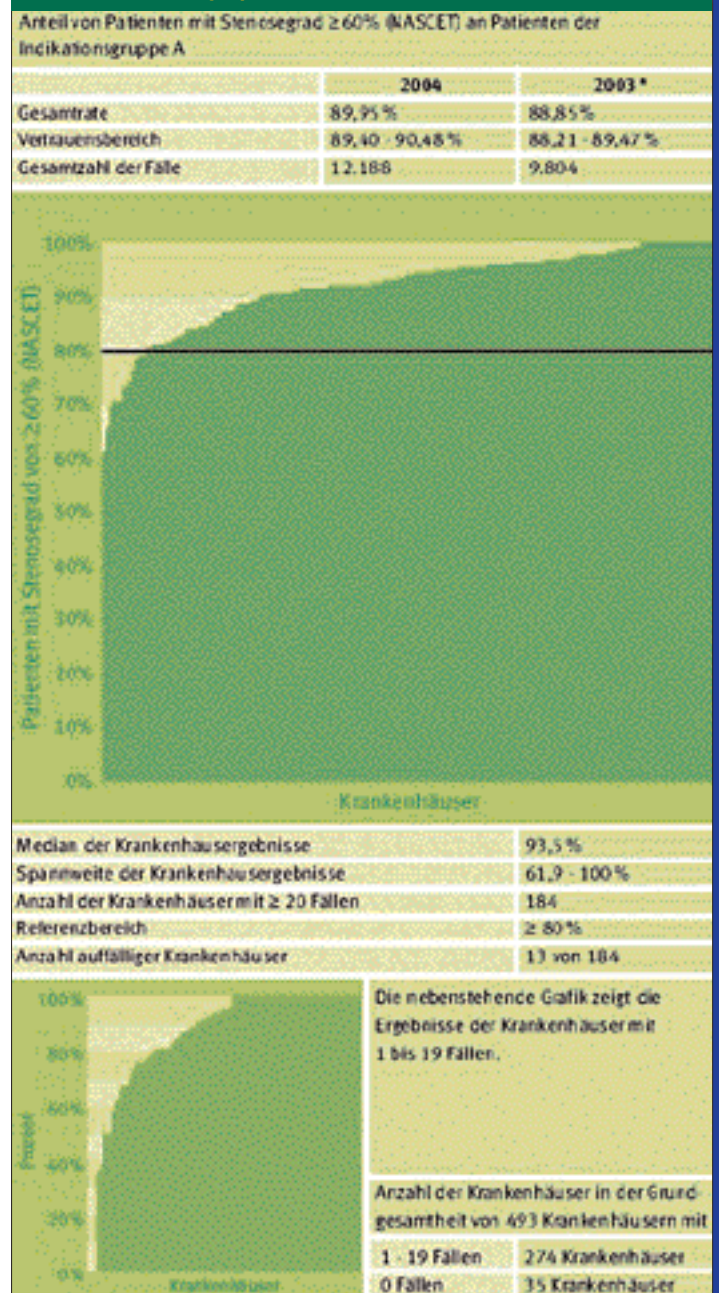
20 OECD Health Technical Papers 14–18; Download unter http://www.oecd.org/document/34/0,2340,en_2649_201185_37088930_1_1_1_1,00.html [Stand: 16.7.2006]
21 Website: www.g-ba.de
22 Website: www.bqs-online.de





Als Beispiel möchten wir den Bereich Gefäßchirurgie mit dem Auswertungsbereich Karotis-Rekonstruktion herausgreifen und ein anschauliches Beispiel für Indikatorverwendung geben. Das Kapitel „Karotis-Rekonstruktion“ im Qualitätsreport²³ erläutert zunächst Epidemiologie und Evidenz mit der zugehörigen Literatur und beschreibt präzise die Datenbasis: Dokumentiert werden alle offenen Operationen zur Beseitigung einer Karotisstenose²⁴. Damit entfallen interventionelle Eingriffe²⁵ und offene Eingriffe mit posttraumatischer Indikation. In Abwägung der Folgen der Stenose und des Operationsrisikos besteht laut Evidenz höchster Stufe ab 60 Prozent Stenosegrad nach NASCET auch bei asymptomatischen Karotisstenosen eine Indikation zur Operation, darunter überwiegen die Operationsrisiken. Diese Leitlinienempfehlung ist auch als Qualitätsziel definiert. Im Folgenden wird die Methodik des Indikators beschrieben: Als Zähler wird die Zahl der PatientInnen mit Stenosegrad über 60 Prozent festgelegt, als Nenner (Grundgesamtheit) die Zahl aller PatientInnen mit asymptomatischer (in den letzten sechs Monaten ereignisfreier) Karotisstenose. Der Referenzbereich wird mit ≥ 80 Prozent festgelegt, da bei 10 bis 20 Prozent der Fälle auch bei unter 60-prozentiger Karotisstenose eine Operationsindikation gegeben sein kann (z. B. bei beidseitiger Stenose). Es wird also die Qualität der Indikationsstellung daran gemessen, wie viele Operationen bei einem geringeren als dem in den Leitlinien empfohlenen Stenosegrad durchgeführt werden, unter Berücksichtigung von Sonderfällen. Dies zeigt auch gewisse Grenzen von Indikatoren auf. Dieser Indikator sagt natürlich nur bedingt etwas darüber aus, wie viele PatientInnen im Einzelfall nicht doch ungerechtfertigt operiert wurden, selbst wenn der Referenzbereich insgesamt eingehalten wird. Nur eine Einzelfallprüfung könnte das mit Sicherheit feststellen. Auch bei geringen Fallzahlen hat man Probleme: Besteht die Grundgesamtheit aus zehn Fällen, so ergibt ein Fall im Zähler bereits zehn Prozent. Dennoch liefert der Indikator sehr wichtige Hinweise, in welchen Krankenhäusern die Praxis der Indikationsstellung unsorgfältig sein könnte und verbessert werden muss. Um die Operationsqualität zu beurteilen, gibt es zusätzlich einen Ergebnisindikator. Im Zähler stehen hier die PatientInnen mit perioperativem Schlaganfall oder Tod, im Nenner alle PatientInnen mit asymptomatischer, mindestens 60-prozentiger Stenose ohne schwere kontralaterale Stenose oder Operation unter besonderen Bedingungen. Dieser Anteil soll unter drei Prozent liegen. Es wird also die Rate schwerer Komplikationen gemessen. Es zeigt sich eine weitere Stärke von Qualitätsindikatoren: Mögliche „best practice“ kann identifiziert werden.²⁶ Besonders mit Krankenhäusern, in denen beide Indikatoren schlechte Werte aufweisen, erfolgt im Dialog eine eingehende Analyse der Situation. Da Indikatoren ja nur Hinweise geben, die im Einzelfall geprüft werden müssen, wird hier also sinnvoller Gebrauch gemacht.

Abbildung 1: Ergebnisse: Indikatoren bei asymptomatischer Karotisstenose



Quelle: „Qualität sichtbar machen – BQS-Qualitätsreport 2004“.

23 Die Darstellung erfolgt naturgemäß verkürzt. Die vollständige Dokumentation findet sich auf der Indikatorressourcenwebsite www.bqs-qualitaetsindikatoren.de [Stand: 16.7.2006] sowie im Langbericht „Qualität sichtbar machen – BQS-Qualitätsreport 2004“ S. 146 ff. Download unter <http://www.bqs-qualitaetsreport.de/2004/ergebnisse/pdf/Langversion-2005-08-01.pdf> [Stand: 16.7.2006]

24 Verengung der Halsschlagader

25 D. h. mithilfe Gefäßkathetertechnik

26 Die Bereitschaft zur Weitergabe solcher Verfahrensweisen kann behindert werden, wenn das Benchmarking nicht mehr anonym erfolgt: Der bessere Anbieter möchte seinen Vorteil nicht verlieren. Die Veröffentlichung solcher Daten zusammen mit dem Namen des Krankenhauses muss also sehr gut überlegt werden, es überwiegen möglicherweise die Nachteile.



Indikatoren im Krankenhaus: Pioniere in Maryland

Indikatoren im Krankenhaus: Pioniere in Maryland

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Krankenhaus wurde erstmals 1984 von sieben Krankenanstalten der Maryland Hospital Association in Angriff genommen. Wegweisendes Resultat dieser intensiven Auseinandersetzung mit Qualitätsarbeit war die Gründung des „Quality Indicator Projects“ (QIP)²⁷. Es handelt sich dabei um einen ergebnisbezogenen Ansatz, der anhand valider Indikatoren in den Bereichen stationäre Behandlung (Akut, Ambulanzen, Psychiatrie), Langzeitpflege und Hauspflege den teilnehmenden Krankenanstalten einen Vergleich von Versorgungsprozessen ermöglicht. Die kontinuierliche vierteljährliche Rückmeldung an die Spitäler über die eigenen und die anonymisierten Vergleichswerte soll dazu dienen, Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung zu setzen. Durch die Ausweitung des QIP mit seiner einheitlichen Methodik auf die internationale Ebene (International Quality Indicator Project (IQIP) ist auch ein länderübergreifendes Benchmarking möglich: Weltweit nehmen über 1.900 Spitäler an diesem Projekt teil, rund 140 davon außerhalb der USA. Unterstützt wird das IQIP vom US-amerikanischen Center for Performance Sciences (CPS)²⁸. In Österreich beteiligen sich zur Zeit 24 Akutkrankenanstalten und vier psychiatrische Einrichtungen am IQIP, siehe Tabelle 4. Die Koordinationsstelle des QI Project/Austria befindet sich am Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (Abteilung Gesundheitssystemforschung) der Universität Linz,²⁹ welches auch das nationale Kompetenzzentrum für Ergebnismessung im Gesundheitswesen ist. Zu seinen Hauptaufgaben zählen beispielsweise die Entwicklung und Anwendung von Indikatoren, die Planung von indikatorbasierten Messsystemen, die Indikatorüberprüfung oder die Anwendung/Entwicklung von Methoden zu regionalen/überregionalen und nationalen/internationalen Indikatorenvergleichen.

Tabelle 4: Krankenanstalten in Österreich, die am IQIP teilnehmen

		Fondszugehörigkeit	
		Landesfonds	PRIKRAF
Akutkrankenanstalten (24)			
Oberösterreich (19)	Klinikum Kreuzschwestern Wels	X	
	Landeskrankenhaus Rohrbach	X	
	Krankenhaus der Stadt Linz	X	
	Krankenhaus der Elisabethinen Linz	X	
	KH der Barmherzigen Schwestern Linz	X	
	KH der Barmherzigen Schwestern Ried	X	
	Landeskrankenhaus Schärding	X	
	Landeskrankenhaus Bad Ischl	X	
	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz	X	
	Landeskrankenhaus Vöcklabruck	X	
	Landeskrankenhaus Kirchdorf an der Krems	X	
	Landeskrankenhaus Gmunden	X	
	Landeskrankenhaus Freistadt	X	
	Krankenhaus St. Franziskus	X	
	Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz	X	
	Krankenhaus St. Josef Braunau Gesellschaft mbH	X	
	Landeskrankenhaus Steyr	X	
	Privatklinik St. Stephan Wels		X
	Unfallkrankenhaus Linz		sonstige
Wien (2)	Krankenanstalt der Stadt Wien – Rudolfstiftung	X	
	St. Josefs Krankenhaus Wien	X	
Kärnten (1)	Privatklinik Villach		X
Niederösterreich (1)	Krankenhaus Wiener Neustadt	X	
Steiermark (1)	Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg*	X	
Psychiatrische Krankenanstalten/Abteilungen (4)			
Oberösterreich (4)	Psychiatrische Klinik Wels	X	
	Landeskrankenhaus Vöcklabruck (Psychiatrische Tagesklinik)	X	
	Landeskrankenhaus Steyr (Psychiatrische Abteilung)	X	
	Oberösterr. Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg	X	

* Erfassung von Langzeitindikatoren

Quelle: Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (Abteilung für Gesundheitssystemforschung) 2006.

27 Website: <http://www.qiproject.org/>

28 Website: <http://www.cpsciences.com/>

29 Website: http://www.ipg.uni-linz.ac.at/fr_leiste_abt.htm





Indikatoren im niedergelassenen Bereich

Anders als in der kontrollierten Spitalsumgebung stehen Indikatoren im niedergelassenen Bereich einige Hindernisse im Weg. Das Spektrum der behandelten Krankheiten ist größer, die administrativen Ressourcen zur Messung sind jedoch geringer, was sich in der geringeren Datenbasis niederschlägt. In der Phase des niedergelassenen Bereichs steht die Diagnose oftmals noch nicht fest, sodass die Zuordnung von Daten schwierig werden kann, was auch für die weniger vereinheitlichte Dokumentationsform (vs. LKF) gilt. Der Einfluss von ÄrztInnen auf PatientInnen bei einer fünfminütigen Visite ist viel geringer als bei stationärer „Rundumbetreuung“. Die niedergelassene Versorgung ist bei vielen Erkrankungen nur ein Glied in der Kette.

Aus diesem Grund ziehen sich Entwickler hier oft noch mehr auf den Strukturqualitätsbereich zurück. Wichtiger aber wäre es, Prozesse und Ergebnisse auch hier zu messen, um kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu ermöglichen. Denn letztlich überwiegen mengenmäßig bei weitem Kontakte im niedergelassenen Bereich, und es wird hier oftmals mit der Qualität der Arbeit entschieden, ob die viel teureren stationären Dienste in Anspruch genommen werden müssen. Im Folgenden stellen wir daher Beispiele vor, wie es „gehen könnte“. Sie stammen vorwiegend aus den USA, die selbst in diesem Bereich noch nicht ganz zum Durchbruch gelangt sind.

Schon länger erfolgt in den USA eine indirekte Bewertung von niedergelassenen ÄrztInnen im Rahmen der Akkreditierung von Managed-Care-Plänen durch das **National Committee for Quality Assurance (NCQA)**³⁰. Diese private Akkreditierungsorganisation hat zum Zwecke der Bewertung das HEDIS-System³¹ entwickelt, welches aus etwas mehr als 60 Indikatormodulen besteht. Entfernt verwandte Varianten davon existieren auch in Europa: Die bereits laufenden Disease-Management-Programme sind ebenfalls sektorenübergreifend und verwenden Qualitätsindikatoren zum Zwecke der Evaluierung und Weiterentwicklung. Ein anderes sektorenübergreifendes Modell ist das KISS-Projekt in Dänemark.³²

Die NCQA bietet auch Programme an, die ausschließlich niedergelassene ÄrztInnen umfassen.³³ Das Diabetes Physician Recognition Program (DPRP) und das Heart/Stroke Recognition Program (HSRP), die mit den entsprechenden Fachgesellschaften zusammen entwickelt wurden, bewerten die Leistungen des Arztes in diesen Bereichen mittels Indikatoren. Diese sind vor allem Prozess- und Ergebnisindikatoren und gehen gewichtet in die Bewertung ein. Um „recognized“ zu werden, muss man eine bestimmte Punktzahl erreichen. Durch dieses Verfahren wird auch gleichzeitig eine Qualitätsverbesserung ermöglicht: Beim nächsten Durchlaufen des Programms kann man sehen, ob man mehr Punkte erreicht hat.

Die genannten Programme sind aus mehreren Gründen erwähnenswert. Die longitudinale Evaluierung entlang eines Krankheitsbildes durch alle Sektoren hindurch entspricht der Realität vieler Krankheiten und trägt der Tatsache Rechnung, dass zum Behandlungsergebnis viele beitragen. Außerdem kann durch eine solche Einbindung der Boden für die Anwendung von Qualitätsindikatoren im niedergelassenen Bereich schonender aufbereitet werden. Die Recognition-Programme wenden sich Erkrankungen zu, die stark im Einflussbereich niedergelassener ÄrztInnen liegen. Veröffentlicht wird nur die Tatsache, dass man eine Anerkennung bekommen hat. Die Punktzahl bleibt unveröffentlicht. Dadurch vermeidet man ungerechtfertigte Vergleiche und gibt gleichzeitig ein Instrument in die Hand, intern kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu betreiben.

Zwei Initiativen haben sich zum Ziel gesetzt, nationenweit einheitliche Qualitätsindikatoren zu etablieren, die ausschließlich für den niedergelassenen Bereich gedacht sind. Das **National Quality Forum (NQF)**³⁴ ist eine not-for-profit-Organisation von privaten und öffentlichen Institutionen. Deren Hauptziel ist die Entwicklung national einheitlicher, konsensbasierter Standards für Qualität im Gesundheitswesen. Im Ambulatory Care Project soll aus verschiedenen bereits existierenden Indikatorensets ein neues, umfassendes und USA-weit einsetzbares entstehen. 2004 wurden zehn prioritäre Gebiete identifiziert: Patientenzufriedenheit, Koordination in der Betreuung, Asthma, Primär- und Sekundärprävention inklusive Impfwesen, Medikationsmanagement, Herzkrankheiten, Diabetes, Hypertension,

30 Website: www.ncqa.org

31 Health Plan Employer Data and Information Set

32 Website: www.kissprojekt.dk

33 Der Vollständigkeit halber muss gesagt werden, dass die NCQA nicht die einzige Organisation ist, die niedergelassene ÄrztInnen akkreditiert. Auch die JCAHO oder die AAAHC (Accreditation Association for Ambulatory Health Care, www.aaahc.org) verfügen über entsprechende Programme.

34 Website: www.qualityforum.org

Indikatoren im
niedergelassenen
Bereich





Depression, Adipositas. In einer zweiten Phase werden die bereits existierenden Indikatorensets der teilnehmenden Organisationen nach konsensfähigen Indikatoren in diesen Bereichen durchforstet. Dabei handelt es sich insbesondere um die NCQA sowie

- ◆ American Medical Association:³⁵ Sie ist die größte Ärztervertretung in den USA und hat bereits vor längerem eine Initiative mit 70 weiteren Fachgesellschaften sowie der AHRQ und der CMS gegründet, das Physician Consortium for Performance Improvement, welches ein auf interne Qualitätsverbesserung ausgerichtetes Set entwickelt hat, das Physician Performance Measurement Set. Es besteht derzeit aus 98 Qualitätsindikatoren in 17 Gebieten: Asthma, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Hypertension, Depression, Osteoarthritis, kindliche Gastroenteritis, Prävention (5 Bereiche), Diabetes, COPD, Pneumonie, Schwangerschaftsuntersuchungen, chronische Niereninsuffizienz;
- ◆ Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS):³⁶ Die supplementäre staatliche US-Krankenversicherung verwendet in ihrem Doctor's Office Quality Project (DOQ) eigene und fremdentwickelte Indikatoren zu fünf Bereichen: Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Diabetes, Hypertension, Prävention.³⁷

In einer dritten Phase soll diese Indikatorenauswahl wiederum mit Indikatoren weiterer Player verglichen werden.

Ein ähnliches Ziel verfolgt jedoch eine zweite, kaum weniger bedeutende Gruppe. Im September 2004 wurde von der American Academy of Family Physicians (AAFP), dem American College of Physicians (ACP), den America Health Insurance Plans (AHIP) und der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) die Ambulatory Care Quality Alliance (AQA) ins Leben gerufen, die mittlerweile **AQA-Alliance** heißt und über 135 teilnehmende Organisationen hat.³⁸ 2005 wurde ein Starterset von 26 Indikatoren aus den Bereichen Prävention, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Diabetes, Asthma, Depression, Pränatalvorsorge und Über-/Unterversorgung vorgestellt. Dabei werden zum Teil wieder Indikatoren aus anderen Systemen entlehnt. Weitere Indikatoren sollen in den kommenden Jahren ausgearbeitet und die bestehenden gepflegt werden. Bemerkenswert an diesem Projekt ist auch, dass die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)³⁹ beteiligt ist, die US-Bundesagentur für Qualität, Sicherheit, Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen. Sie gibt auch den nationalen Qualitätsreport heraus und betreibt das National Quality Measures Clearinghouse (NQMC)⁴⁰, welches aus dem CONQUEST (Computerized Needs-Oriented Quality Measurement Evaluation System) hervorgegangen ist.

Indikatoren mit finanziellem Anreiz

Indikatoren mit finanziellem Anreiz

Eine auch in den USA im Bereich Medicare/Medicaid angedachte Methode, Qualitätsindikatoren zu nutzen, ist, daran finanzielle Anreize zu knüpfen. Ein solches System existiert bereits auf freiwilliger Basis im Rahmen des Quality and Outcomes Framework⁴¹ im Vereinigten Königreich, welches wir im Health System Watch II/2006 vorgestellt haben.

Conclusio

Conclusio

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Qualitätsindikatoren wichtige Elemente der Qualitätsarbeit sind, die für alle Beteiligten die Transparenz deutlich erhöhen und auf Handlungsbedarf hinweisen können. Bei ihrer Erstellung und Anwendung sollte man allerhöchste Sorgfalt walten lassen. International gibt es einige Beispiele auch für den niedergelassenen Bereich, an denen man sich in Europa bzw. Österreich orientieren kann. An den internationalen Beispielen sieht man auch, dass je nach den Zielsetzungen unterschiedliche Indikatoren zur Anwendung kommen, dass Qualität der Vorzug vor Quantität gegeben wird und vermehrtes Gewicht auf Prozess- und Ergebnisindikatoren liegt. Man könnte also pointiert formulieren: Qualitätsindikatoren ja, aber richtig!

35 Website: <http://www.ama-assn.org/>

36 Website: <http://www.cms.hhs.gov/>

37 Eine vollständige Liste ist abrufbar unter <http://providers.ipro.org/shared/doq/doq-quality-measures.pdf>

38 Website: <http://www.aqaalliance.org/> [Informationen Stand: 25.7.2006]

39 Website: www.ahrq.gov

40 Website: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>

41 Informationen z. B. auf <http://www.ic.nhs.uk/services/qof>





Tabelle A1:

	Anteil der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, in Prozent								Index EU25=100						
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Österreich	17,4	17,5	16,8	16,5	16,6	16,4	16,2	16,0	91	97	98	98	100	100	101
Belgien	18,1	18,0	17,6	17,5	17,5	17,3	n.v.	n.v.	95	99	103	104	105	105	n.v.
Dänemark	17,1	17,4	18,5	18,7	18,8	18,8	n.v.	n.v.	90	96	109	111	113	114	n.v.
Deutschland	16,1	16,2	15,6	15,4	15,2	14,9	14,6	n.v.	84	90	92	92	91	91	91
Estland	22,3	20,7	18,0	17,5	16,9	16,3	15,7	15,3	117	114	106	104	101	99	98
Finnland	19,3	19,0	18,2	18,0	17,9	17,7	17,6	n.v.	101	105	107	107	107	108	109
Frankreich	20,1	19,5	18,8	18,8	18,7	18,6	n.v.	n.v.	105	108	110	112	112	113	n.v.
Griechenland	19,3	17,4	15,3	15,0	14,7	14,6	14,5	n.v.	101	96	90	89	88	89	90
Irland	27,3	24,4	21,9	21,5	21,1	21,0	20,9	n.v.	143	135	128	128	127	127	129
Italien	16,6	14,7	14,3	14,2	14,2	14,2	n.v.	n.v.	87	81	84	84	85	86	n.v.
Lettland	21,4	20,7	17,7	17,0	16,3	15,7	15,1	n.v.	112	114	104	101	98	95	94
Litauen	22,6	21,8	20,0	19,3	18,6	18,0	17,4	n.v.	118	120	117	115	112	109	108
Luxemburg	17,4	18,4	19,0	18,8	18,9	18,8	18,7	n.v.	91	102	112	112	113	114	116
Malta	23,5	21,8	20,1	19,5	19,0	18,5	17,9	n.v.	123	120	118	116	114	112	111
Niederlande	18,2	18,4	18,6	18,6	18,6	18,6	18,5	n.v.	96	102	109	111	112	113	115
Polen	25,1	22,8	19,2	18,5	18,1	17,5	17,0	n.v.	132	126	113	110	109	107	105
Portugal	20,4	17,7	16,1	15,9	15,9	15,7	15,7	n.v.	107	98	95	95	95	96	97
Schweden	17,1	17,6	17,4	17,2	16,9	16,6	n.v.	n.v.	90	97	102	102	102	101	n.v.
Slowakei	25,2	22,6	19,5	19,0	18,4	17,8	n.v.	n.v.	132	125	115	113	111	108	n.v.
Slowenien	20,8	18,4	15,9	15,6	15,2	14,8	14,5	n.v.	109	102	93	93	91	90	90
Spanien	19,7	16,6	14,8	14,6	14,5	14,5	14,5	n.v.	103	92	87	87	87	88	90
Tschechien	21,5	18,6	16,4	16,1	15,7	15,4	15,1	n.v.	112	103	96	96	95	94	94
Ungarn	20,2	18,2	16,8	16,5	16,2	16,0	n.v.	n.v.	106	100	98	98	97	97	n.v.
Vereinigtes Königreich	19,0	19,5	19,0	18,8	18,6	18,3	18,2	n.v.	99	108	112	112	112	112	113
Zypern	n.v.	n.v.	22,3	21,5	20,9	20,4	19,2	n.v.	n.v.	n.v.	131	128	125	124	119
EU25*	19,1	18,1	17,0	16,8	16,6	16,4	16,1	n.v.	100	100	100	100	100	100	100
EU15*	18,2	17,5	16,8	16,6	16,5	16,3	16,0	n.v.	95	96	98	99	99	99	99
EU10*	23,5	21,3	18,4	17,9	17,4	16,9	16,5	n.v.	123	118	108	106	105	103	103
EU12*	18,1	17,1	16,3	16,1	16,0	15,9	15,3	n.v.	95	94	95	96	96	97	95
Bulgarien	20,4	17,9	15,7	15,2	14,8	14,4	14,0	n.v.	107	99	92	90	89	87	87
Rumänien	23,6	20,5	18,3	17,8	17,3	16,7	16,2	n.v.	123	113	107	106	104	102	100
Kroatien	19,9	19,3	19,8	17,0	16,7	16,4	16,1	n.v.	104	107	116	101	100	100	100
Mazedonien	25,9 ¹⁾	24,6	22,3	21,8	21,3	20,7	n.v.	n.v.	136	136	131	130	128	126	n.v.
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	29,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	179	n.v.
Schweiz	17,1	17,6	17,4	17,0	16,8	16,6	16,4	n.v.	90	97	102	101	101	101	102
USA	21,7	21,9	21,4	21,2	21,1	20,9	n.v.	n.v.	114	121	126	126	127	127	n.v.

*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt, ¹⁾1991

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2006; OECD Health Data, Juni 2005 für BEL, DEN, FRA, ITA, SLK, SWE, TUR und USA;

IHS HealthEcon Berechnungen 2006.

Anteil der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, in Prozent





Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, in Prozent

Tabelle A2:

	Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, in Prozent								Index EU25=100						
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Österreich	14,9	15,1	15,5	15,5	15,5	15,5	15,7	16,3	107	101	98	97	96	94	97
Belgien	14,9	15,9	16,8	16,9	17,0	17,1	n.v.	n.v.	106	106	106	105	105	104	n.v.
Dänemark	15,6	15,2	14,8	14,8	14,8	14,9	n.v.	n.v.	111	102	93	92	91	91	n.v.
Deutschland	15,0	15,5	16,4	16,9	17,3	17,8	18,3	n.v.	107	104	104	105	106	108	113
Estland	11,6	13,5	15,1	15,3	15,7	16,0	16,3	16,6	83	91	95	96	97	98	101
Finnland	13,4	14,2	14,9	15,1	15,3	15,5	15,7	n.v.	96	95	94	94	94	94	97
Frankreich	14,0	15,2	16,1	16,2	16,3	16,3	n.v.	n.v.	100	102	102	101	100	99	n.v.
Griechenland	13,8	15,1	16,6	17,0	17,4	17,7	18,0	n.v.	98	101	105	106	107	108	111
Irland	11,4	11,4	11,2	11,2	11,1	11,1	11,2	n.v.	81	76	71	70	69	68	69
Italien	14,9	16,7	18,3	18,6	18,9	19,1	n.v.	n.v.	106	112	116	116	117	117	n.v.
Lettland	11,8	13,6	15,0	15,4	15,7	16,0	16,4	n.v.	84	91	95	96	97	98	101
Litauen	10,9	12,3	13,9	14,3	14,6	14,9	15,1	n.v.	78	83	88	89	90	91	93
Luxemburg	13,4	14,0	14,3	14,0	14,0	14,1	14,2	n.v.	96	94	90	87	86	86	88
Malta	10,4	11,0	12,2	12,5	12,7	12,9	13,2	n.v.	74	74	77	78	78	79	81
Niederlande	12,8	13,2	13,6	13,6	13,7	13,8	13,9	n.v.	92	89	86	85	84	84	86
Polen	10,1	11,1	12,2	12,4	12,7	12,9	13,1	n.v.	72	74	77	77	78	78	81
Portugal	13,4	14,9	16,2	16,5	16,6	16,8	16,9	n.v.	96	100	102	103	102	103	104
Schweden	17,8	17,5	17,3	17,2	17,2	17,2	n.v.	n.v.	127	117	109	107	106	105	n.v.
Slowakei	10,2	10,9	11,4	11,4	11,4	11,5	n.v.	n.v.	73	73	72	71	70	70	n.v.
Slowenien	10,7	12,3	14,0	14,3	14,6	14,9	15,2	n.v.	76	82	88	89	90	91	94
Spanien	13,4	15,3	16,9	17,0	16,9	16,9	16,8	n.v.	96	102	106	106	104	103	104
Tschechien	12,5	13,2	13,8	13,8	13,9	13,9	14,0	n.v.	89	88	87	86	86	85	86
Ungarn	13,4	14,2	15,1	15,2	15,3	15,4	n.v.	n.v.	95	95	95	95	94	94	n.v.
Vereinigtes Königreich	15,7	15,9	15,8	15,9	15,9	16,0	16,0	n.v.	112	106	100	99	98	97	99
Zypern	n.v.	n.v.	11,3	11,7	11,8	11,9	11,9	n.v.	n.v.	n.v.	71	73	73	72	74
EU25*	14,0	14,9	15,8	16,0	16,2	16,4	16,2	n.v.	100	100	100	100	100	100	100
EU15*	14,6	15,5	16,4	16,6	16,8	16,9	16,8	n.v.	104	104	104	104	103	103	104
EU10*	11,0	12,0	13,0	13,2	13,4	13,6	13,6	n.v.	79	80	82	82	83	83	84
EU12*	14,3	15,4	16,5	16,7	17,0	17,1	17,1	n.v.	102	103	104	104	105	105	106
Bulgarien	13,0	15,0	16,3	16,8	17,0	17,1	17,1	n.v.	93	100	103	105	105	104	106
Rumänien	10,4	12,0	13,3	13,6	14,0	14,3	14,5	n.v.	74	80	84	85	87	87	90
Kroatien	11,6	12,3	12,5	15,6	16,1	16,4	16,6	n.v.	83	83	79	98	99	100	103
Mazedonien	8,0 ¹⁾	8,8	10,1	10,4	10,5	10,7	n.v.	n.v.	57	59	64	65	65	65	n.v.
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	24	n.v.
Schweiz	14,6	14,7	15,3	15,5	15,6	15,7	15,8	n.v.	104	99	97	97	96	96	97
USA	12,5	12,7	12,4	12,4	12,4	12,4	n.v.	n.v.	89	85	78	77	76	76	n.v.

*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt, ¹⁾1991

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2006; OECD Health Data, Juni 2005 für BEL, DEN, FRA, ITA, SLK, SWE, TUR und USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2006.

