

Herausgeber: Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Johannes Stock

QISA stellt sich vor



A

Das Qualitätsindikatorensystem
für die ambulante Versorgung

Autoren: Joachim Szecsenyi, Johannes Stock, Regine Chenot

Band A

**QISA –Das Qualitätsindikatorensystem
für die ambulante Versorgung**

QISA stellt sich vor

Joachim Szecsenyi, Johannes Stock, Regine Chenot

**AQUA – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH**

AOK-Bundesverband

QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung

www.QISA.de

QISA ist ein Gemeinschaftsprodukt des **AOK-Bundesverbandes GbR**
und des

AQUA-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (Universitätsklinikum Heidelberg und AQUA-Institut)
joachim.szecsenyi@med.uni-heidelberg.de

Björn Broge (AQUA-Institut)
bjoern.broge@aqua-institut.de

Johannes Stock
stock@qisa.de

Autoren des Bands A (QISA stellt sich vor):

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (Uniklinikum Heidelberg und AQUA-Institut)
Johannes Stock, Soziologe M.A.
Dr. rer. pol. Regine Chenot (AQUA-Institut)
Kontakt: stock@qisa.de

Koordination:

Peter Willenborg, AOK-Bundesverband
peter.willenborg@bv.aok.de

Adressen:

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Voßstraße 2
69115 Heidelberg

© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin 2009

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungssystemen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des geltenden Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland zulässig.

Redaktion: Dr. Beatrice Wolter
Korrektur: Dr. Ines Jape
Titelentwurf: Beatrice Hofmann
Titelbild: Tobias Machhaus, Fotolia.com
Grafik: Désirée Gensrich
Druck: Richter Druck, Elkenroth

Version 1.0; Erstauflage April 2009
ISBN: 978-3-940172-01-3

Band A

QISA stellt sich vor

Joachim Szecsenyi, Johannes Stock, Regine Chenot

1	Was ist QISA? – Ein Überblick	5
1.1	Welche Inhalte bietet QISA?	6
1.2	QISA – ein Projekt mit Vorgeschichte	7
1.3	Publikationsweise von QISA	9
1.4	Inhalte dieses Bandes im Überblick	10
2	Warum QISA? – Hintergründe und Ziele	11
2.1	QISA als Beitrag zu Qualitätstransparenz	11
2.2	Was kann Qualitätstransparenz bewirken?	12
2.3	Interne und externe Qualitätstransparenz	13
2.4	Ansatzpunkte zur Förderung von Qualitätstransparenz	18
2.5	Ziele von QISA im Kontext der Qualitätstransparenz	20
3	Methodische Grundlagen und Vorgehensweise	22
3.1	Dimensionen der Qualität	22
3.1.1	Struktur, Prozess und Ergebnis	22
3.1.2	Qualität der Versorgung und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems	23
3.1.3	Qualität der Versorgung aus Patientensicht	24
3.2	Methoden zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren	24
3.2.1	Der AQUA-Ansatz zur Entwicklung der QISA-Indikatoren	25

3.3	Kriterien für die Indikatorenbildung und -auswahl	27
3.4	Aufbau der QISA-Indikatorensets	28
3.5	Darstellung der Qualitätsindikatoren	28
4	Wozu QISA? – Möglichkeiten der Nutzung von Indikatoren	30
4.1	Einsatzfelder für Qualitätsindikatoren	30
4.2	Beispiele für den Einsatz von Qualitätsindikatoren	32
4.2.1	Qualitätsdarlegung im Qualitätsbericht	32
4.2.2	Feedback-Berichte	34
4.2.3	Monitoring von Kenngrößen	35
4.2.4	Qualitätsorientierte Vergütung	36
4.2.5	Zertifizierung und Qualitätssiegel	38
4.2.6	Beispiel EQUAM-Stiftung	38
4.2.7	Öffentliches Benchmarking	39
5	Schlussfolgerungen und Fazit	42
	Anhang A: Literaturverzeichnis	45
	Anhang B: Wer hat QISA erarbeitet?	48
B.1	QISA – Mitwirkende an der 1. und 2. Tranche	49
B.2	Mitwirkende an den „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“	52

1 Was ist QISA? – Ein Überblick

Innovationen setzen neue Maßstäbe. QISA tut das im wörtlichen Sinn. Als *Qualitäts-indikatorensystem für die ambulante Versorgung* unterstützt es die Messung, Bewertung und Steuerung von Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Dabei fokussiert QISA die Qualität, die Patienten in der Versorgung durch Hausärzte, Fachärzte und andere Leistungserbringer erfahren. Fünf Merkmale charakterisieren das Indikatorensystem:

- QISA ist das **erste** deutsche Indikatorensystem für die ambulante Gesundheitsversorgung.
- QISA verbindet **evidenzbasierte Herleitung** der Indikatoren mit **Erfahrungen aus der praktischen Arbeit** mit Indikatoren. Es fließen Vorarbeiten aus anderen Ländern und Erkenntnisse aus der Erprobung von Indikatoren in hiesigen Arztnetzen ein.
- QISA ist **auf einer breiten Datengrundlage** aufgebaut und berücksichtigt Praxisdaten, klinische und Arzneimitteldaten sowie zum Teil auch Informationen aus anderen Leistungssektoren.
- QISA ist **populationsbezogen**, also auf bestimmte Versichertengruppen und deren Versorgung als Ganzes orientiert. Es richtet sich damit sowohl an Arztpraxen als auch an regionale und lokale Versorgungsformen mit eingeschriebenen Versicherten.
- QISA ist aufgrund dieser Breite ein Indikatorensystem für die **ambulante Versorgung im Ganzen**: Es beleuchtet viele Aspekte der Grundversorgung, aber auch Themen der Spezialversorgung. Es richtet sich mit diesem breiten Themenspektrum an Hausärzte¹, mit speziellen Themen aber auch an Fachärzte².

QISA unterstützt so die integrierte Betrachtung der Versorgung von Versicherten über das Spektrum der einzelnen Leistungserbringer und traditionellen institutionellen Grenzen hinweg. Das geht deutlich über bislang vorherrschende Formen von Qualitätssicherung hinaus, die sich auf bestimmte Institutionen oder auf spezielle Erkrankungen konzentrieren, also jeweils nur auf Teilbereiche der Versorgung. Mit seiner integrierten, versorgungsbezogenen Perspektive fördert QISA die Übernahme von integrierter **Verantwortung für die Versorgung von Versichertengruppen** als Ganzes.

Anhand der QISA-Indikatoren kann man beispielsweise Aussagen zur Versorgung folgender Gruppen treffen:

- Patienten einer Praxis,
- eingeschriebene Versicherte eines Arztnetzes,
- Patienten eines Medizinischen Versorgungszentrums oder
- Teilnehmer an einem Hausarztvertrag.

¹ Gemeint sind hier Grundversorger wie Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten, praktische Ärzte im Sinne von „primary care“.

² Gemeint sind hier die Fachgruppen der Spezialversorger im Sinne von „secondary care“, mit Ausnahme der Hausärzte, die ja auch in der Regel eine formale Facharztanerkennung haben.

QISA ist damit ein Produkt, mit dem sich schon **jeder einzelne Arzt** die Versorgungsqualität für seine Patienten transparent machen kann. Am meisten profitieren Hausärzte als Grundversorger mit ihrem breiten Tätigkeitsspektrum von einem solchen Indikatorensystem. Aber auch Fachärzte können die für sie relevanten Module von QISA für ihr Qualitätsmanagement einsetzen.

Ganz spezifisch kommt QISA aber auch neuen Versorgungsformen wie **hausarztzentrierter oder integrierter Versorgung, Arztnetzen oder Medizinischen Versorgungszentren** entgegen. Diese Modelle sind populationsbezogen aufgebaut und wollen die Versorgung auf dieser Ebene verbessern. QISA hilft ihnen, die geleistete Qualität intern für Steuerungszwecke zu messen und sie bei Bedarf auch extern transparent zu machen. Je umfassender die QISA-Indikatoren eingesetzt werden, umso vollständiger wird das Bild und umso deutlicher wird erkennbar, inwieweit sich ein Versorgungsmodell von anderen abhebt.

Wenn solche neuen Formen der Versorgung tatsächlich die Zukunft prägen sollen, dann nur durch den Einsatz von Instrumenten wie QISA, die Ärzten präzises Feedback geben und ihnen damit konkrete Ansatzpunkte für Verbesserungen aufzeigen. Durch diesen Einsatz von Indikatoren wird die Weiterentwicklung und Optimierung der Gesundheitsversorgung substanziell unterstützt.

1.1 Welche Inhalte bietet QISA?

Das breite Themenspektrum und die Vielzahl der von QISA beleuchteten Qualitätsindikatoren erfordern eine geeignete Strukturierung. Deshalb ist QISA in **Module** aufgeteilt. Jedes Modul hat einen einzelnen Bereich der Versorgung zum Thema und wird als eigener Band veröffentlicht. Alle Module sorgen insgesamt dafür, dass QISA zu einem Indikatoren**system** wird, das die Breite der ambulanten Versorgung in wesentlichen Feldern abbildet. Die Module werden nicht alle gleichzeitig erstellt, sondern in drei Lieferungen (Tranchen) verfügbar gemacht. Die nachfolgende Tabelle zeigt die QISA-Module (Stand: März 2009) und ihre Aufteilung zur Veröffentlichung im Überblick.

Die Hintergründe für die Auswahl dieser Themen und Versorgungsbereiche sind in Abschnitt 3.3 näher erläutert. Insgesamt decken sie wesentliche Bereiche der ambulanten Versorgung ab und bieten damit auf absehbare Zeit eine breite Grundlage für QISA und für die Arbeit mit Qualitätsindikatoren. Dennoch lässt die Publikationsweise von QISA bei Bedarf auch Spielraum für denkbare Erweiterungen, etwa zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Übersicht 1: Inhalte und Aufteilung von QISA

QISA-MODULE	QISA-TRANCHE		
	1	2	3
A Einleitung: QISA stellt sich vor	X		
B Allgemeine Indikatoren für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle (Arztnetz, MVZ u.a.)	X		
C Indikationsbezogene Module	X		
C1 Asthma/COPD			
C2 Diabetes Typ 2		X	
C3 Bluthochdruck		X	
C4 Rückenschmerz		X	
C5 Alkoholmissbrauch			X
C6 Depression			X
C7 Koronare Herzkrankheit			X
C8 Herzinsuffizienz			X
D Pharmakotherapie	X		
E Prävention	X		
E1 Primärprävention: Bewegung, Ernährung, Raucherberatung, Impfungen			
E2 Krebsfrüherkennung		X	
F Weitere Versorgungsbereiche		X	
F1 Palliative Betreuung			
F2 Multimorbidität			X

Stand: März 2009

1.2 QISA – ein Projekt mit Vorgeschichte

QISA ist Ergebnis einer langjährigen Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband als Auftraggeber und dem AQUA-Institut als wissenschaftlichem Kooperationspartner.

- Das **AQUA-Institut** engagiert sich seit seiner Gründung für die Förderung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Neben Forschungs- und Evaluationsprojekten bilden die Umsetzung großflächiger Projekte zur Unterstützung strukturierter Qualitätszirkel und zum Aufbau von Qualitätsmanagementsystemen sowie die Begleitung von Arztnetzen und anderen neuen Versorgungsmodellen und die Schnittstelle ambulante/stationäre Versorgung Schwerpunkte seiner Tätigkeit. AQUA arbeitet dabei eng mit wissenschaftlichen Instituten führender Universitäten im In- und Ausland zusammen.
- Der **AOK-Bundesverband** vertritt als politische Dachorganisation die Interessen der AOK-Gemeinschaft. Er hat seit Ende der 90er Jahre an zahlreichen Initiativen und Entwicklungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mitgewirkt. Hier engagiert sich der AOK-Bundesverband insbesondere im Bereich der strukturierten Behandlungsprogramme und anderer neuer Versorgungsformen. Er fördert Maßnahmen, die eine qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Gesundheitsversorgung der gesetzlich Versicherten unterstützen.

Vorläufer von QISA im Sinne eines Prototyps ist das Indikatorensystem „**Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze**“, das das AQUA-Institut und der AOK-Bundesverband bereits im Jahr 2002 im Rahmen einer Fachtagung vorgestellt haben (Stock/Broge 2007). Dieser Prototyp war noch nicht zur Veröffentlichung vorgesehen, sondern diente als Grundlage für die praktische Erprobung der Arbeit mit Qualitätsindikatoren.

Seither hat die AOK verschiedene Module dieses Vorgänger-Systems in einigen **Pilotprojekten mit Ärzteguppen** getestet und dabei wichtige Erfahrungen zum Einsatz von Qualitätsindikatoren gesammelt. Näheres hierzu enthält Abschnitt 4. Daneben wurde zur Unterstützung der Umsetzung unter anderem eine Software für die AOKs entwickelt, die den Einsatz der Indikatoren zur Pharmakotherapie unterstützt, welche vollständig in den Abrechnungsdaten der Kassen enthalten sind. Kooperierende Arztnetze entwickelten zudem eigene Software-Lösungen zur elektronischen Dokumentation und Erfassung der Qualitätsindikatoren zur Prävention.

In dieser Phase der praktischen Erprobung wurden die „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“ nur interessierten AOKs und deren Vertragspartnern zur Verfügung gestellt. Trotzdem gab es immer wieder externe Anfragen nach dem Indikatorensystem aus Wissenschaft, Gesundheitswesen, Pharmaindustrie und von Beratern. Sie haben gezeigt, dass die Aufmerksamkeit und das Interesse der Fachöffentlichkeit für Qualitätstransparenz und Qualitätsindikatoren in den letzten Jahren erheblich gewachsen sind.

Zusammen mit den positiven Erfahrungen aus der Praxiserprobung führte dies zu der Entscheidung von AOK und AQUA, das Indikatorensystem in einer überarbeiteten und aktualisierten Fassung zu veröffentlichen. QISA löst dieses Vorhaben mit der vorliegenden Fassung ein. Vom Prototyp der „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“ unterscheidet sich QISA in folgender Hinsicht:

- QISA enthält **aktualisierte Fassungen** der Module von 2002 auf Basis des jeweils neuesten verfügbaren Wissensstandes.
- In der zweiten und dritten Tranche wird QISA um **weitere Module** zu Palliativversorgung und Multimorbidität ergänzt. Beide Gebiete sind vor dem Hintergrund der alternden Bevölkerung inzwischen in der Versorgungspraxis und in der gesundheitspolitischen Diskussion zu wichtigen Themen geworden.
- Der **Anwendungsbereich** des Indikatorensystems wird explizit über Arztnetze hinaus auf alle Formen neuer Versorgungsmodelle **ausgedehnt**. QISA eignet sich sowohl für landesweite und regionale Formen (zum Beispiel Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V) wie auch für lokale Modelle (zum Beispiel Arztnetze, Medizinische Versorgungszentren, integrierte Versorgung). Auch eine Anwendung in einzelnen Praxen ist denkbar und sinnvoll, was bereits mit dem Prototyp demonstriert wurde (Rohde-Kampmann et al. 2007). Allerdings ist dann die interne Vergleichsmöglichkeit mit anderen Praxen eigens zu organisieren.

Mit QISA legen AOK und AQUA das erste umfassende deutsche Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung der Öffentlichkeit vor. Bedeutsam ist dies, weil in der ambulanten Versorgung, diesem für die Gesundheitsversorgung wichtigsten Sektor,

bislang ein deutlicher Nachholbedarf bezüglich des Einsatzes von Qualitätsindikatoren besteht (*Stock/Szecsényi 2007*). Diese Lücke soll jetzt durch QISA geschlossen werden. Die Veröffentlichung macht das Indikatorensystem für alle Interessierten nutzbar und zitierbar. QISA soll nicht nur Aufmerksamkeit für das Thema wecken, sondern auch dazu beitragen, präzisere Vorstellungen und genaueres Wissen über Qualitätsindikatoren im ambulanten Bereich zu schaffen. Als ein erstes Referenzsystem für ambulante Versorgungsqualität setzt QISA damit tatsächlich neue Maßstäbe.

1.3 Publikationsweise von QISA

Um QISA zu einem flexiblen und praktikablen Indikatorensystem zu machen, werden die **QISA-Module in Form von Einzelbänden** veröffentlicht. Für die praktische Arbeit mit den Indikatoren kann der thematisch passende Band herangezogen werden. Die Gliederung in einzelne Bände erleichtert zudem eine sukzessive Aktualisierung des Systems.

Für den übersichtlichen Zusammenhalt der Einzelbände sorgt der **QISA-Sammelordner**, der mit der ersten QISA-Tranche ausgeliefert wird. Er macht das gesamte Indikatorensystem wie ein **Handbuch** greifbar und nutzbar. Natürlich sind die Bände auch einzeln beziehbar.

Diese Publikationsweise verleiht QISA Flexibilität in mehrfacher Hinsicht: Das Handbuch muss nicht zu einem Zeitpunkt komplett erstellt werden, was bei der thematischen Breite nur mit sehr hohem Aufwand realisierbar wäre. Das System kann so in mehreren Etappen vorgelegt werden. Die einzelnen Bände lassen sich unabhängig voneinander aktualisieren. Zudem ist eine denkbare Erweiterung der QISA-Module relativ einfach. Wie schon erwähnt erfolgt die Veröffentlichung von QISA in **drei Tranchen**. Die Übersicht 1 auf Seite 7 zeigt die Zuordnung jedes QISA-Moduls zu einer der drei Tranchen. Sie sollen jeweils im Abstand von sechs bis acht Monaten publiziert werden.

1.4 Inhalte dieses Bandes im Überblick

In diesem Band stellt sich QISA mit seinem Konzept und seinen Inhalten, mit seinen Modulen und seiner Philosophie anhand folgender Schwerpunkte vor:

- **Hintergrund Qualitätstransparenz:** Worum geht es bei Qualitätstransparenz und welchen Beitrag leistet QISA dazu? (2.1-2.4)
- **Ziele und Funktionen von QISA:** Was soll das Indikatorensystem bieten, wie soll es ein Mehr an Qualität unterstützen? (2.5)
- **Fachliche Grundlagen für QISA und seine Indikatoren:** Auf welchem Qualitätsmodell baut QISA auf? Was verstehen wir unter einem Qualitätsindikator, welche Anforderungen werden gestellt? Mit welcher Methodik wurde QISA erarbeitet? (3.)
- **Praktischer Nutzen von QISA:** Wie kann man mit dem Indikatorensystem arbeiten? Zu welchen Zwecken lässt es sich einsetzen, welche Anwendungserfahrungen gibt es? (4.)
- **Anhang:** Literaturverzeichnis sowie Verzeichnisse der Autoren und der weiteren mitwirkenden Personen (5.)

2 Warum QISA? – Hintergründe und Ziele

2.1 QISA als Beitrag zu Qualitätstransparenz

Qualitätstransparenz ist derzeit das aktuelle Stichwort für alle, die ein Mehr an Qualität in der deutschen Gesundheitsversorgung anstreben. Vom Sachverständigenrat gefordert (SVR 2007) und vom Gesetzgeber mit der unabhängigen Institution nach § 137a SGB V gefördert markiert Qualitätstransparenz eine neue Phase auf dem Weg zu mehr Qualität in der Gesundheitsversorgung. Dieser Prozess begann in Deutschland etwa Anfang der 90er Jahre unter dem noch recht statischen Begriff der *Qualitätssicherung*. Die Erkenntnis, dass Qualität durch kontinuierliche Aktivitäten immer wieder neu erarbeitet und dynamisch weiterentwickelt werden muss, ließ dann als neue Leitbegriffe *Qualitätsförderung* und *Qualitätsmanagement* in den Vordergrund treten. Entsprechende Maßnahmen und Programme aus dem Bereich von Wirtschaft und Industrie wurden für das Gesundheitswesen adaptiert und vom Gesetzgeber nach und nach zur Vorschrift gemacht.

Nachdem inzwischen die breite Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegediensten in die Wege geleitet ist, richtet sich die Aufmerksamkeit nun auf *Qualitätstransparenz* als neuen Leitbegriff der Qualitätsdiskussion. Von seinen Vorgängern unterscheidet er sich in einem wichtigen Punkt: Bei Qualitätstransparenz geht es zunächst nicht um konkretes Handeln und Arbeiten an der Qualität, sondern um Kennzahlen und Informationen. Sie bilden die gegebene Qualität ab und machen sie systematisch erkennbar.

Qualitätsindikatoren stehen dabei im Zentrum. Wie Mosaiksteine bilden sie einzelne Aspekte von Qualität ab. Zu einem aussagekräftigen Gesamtbild der Versorgungsqualität wird dieses Mosaik aber erst unter **zwei Voraussetzungen**: Es braucht a) eine hinreichende Menge an Mosaiksteinen und b) müssen diese möglichst systematisch über die Breite und Vielfalt des Versorgungsgeschehens verteilt sein, ohne wichtige Felder auszulassen. Allzu oft sieht sich der an Qualitätstransparenz der Gesundheitsversorgung Interessierte allerdings noch in der Situation eines Archäologen, der trotz mühsamer Suche nur mehr oder weniger große Fragmente in die Hände bekommt und das Ganze mehr errahnen denn erkennen kann.

Im heutigen Gesundheitswesen ist mehr Qualitätstransparenz möglich, und **QISA**, das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, hilft, sie aufzubauen. QISA bietet die beiden geforderten Voraussetzungen: Das Indikatorensystem beinhaltet nicht nur eine Zusammenstellung von über 100 sorgfältig begründeten Qualitätsindikatoren. QISA versteht sich auch ausdrücklich als Indikatorensystem, das in mehr als 12 Modulen wichtige Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung mit systematisch ausgewählten Indikatoren beleuchtet.

QISA unterstützt also die Herstellung von Qualitätstransparenz. Die Hintergründe und Ziele von QISA stehen mithin in einem engen Zusammenhang mit diesem neuen Leitbegriff und den damit verbundenen konzeptionellen Überlegungen und Erwartungen.

2.2 Was kann Qualitätstransparenz bewirken?

„Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten ist nicht per se sinnvoll, sondern kann sich nur durch positive Effekte auf die Qualität der Versorgung rechtfertigen.“

Das stellt der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2007 fest, in dem er sich ausführlich mit Qualitätstransparenz beschäftigt (SVR 2007, S. 553–581, Zitat S. 579). Qualitätstransparenz soll also die Versorgungsqualität nicht nur bespiegeln, sondern durch dieses Abbild **Einfluss auf das Handeln der Akteure** zugunsten einer Sicherung und Verbesserung der Qualität ausüben.

Im Allgemeinen geht man davon aus, dass Qualitätstransparenz einen solchen Effekt hat. Der Sachverständigenrat hat im genannten Gutachten genauer nach Belegen für Effekte von Qualitätstransparenz gesucht und konnte dabei vor allem Projekte und Studien aus dem angelsächsischen Raum auswerten. In seiner Analyse kommt er zu einem gemischten Ergebnis: So zeige sich in Befragungen bei Krankenhäusern und Ärzten eine eher skeptische Einschätzung, während Kostenträger zwar an Qualitätstransparenz interessiert seien, aber letztlich nicht nach diesen Informationen handelten.

Unabhängig von diesen zurückhaltenden Einstellungen der Akteure ergebe dagegen eine größere Zahl von Studien mit harten Endpunkten zur Ergebnisqualität (Mortalität) und zur Prozessqualität (zum Beispiel Investition in Qualitätsmanagement) einen positiven Effekt durch die Veröffentlichung von Qualitätsdaten. Auf der Ebene eines Gesundheitssystems scheint der Nachweis einer nachhaltigen Verbesserung oder einer breiten Verschiebung von Marktanteilen bislang jedoch nicht oder nur in einzelnen Studien gelungen.

Dennoch kommt der Sachverständigenrat insgesamt zu der Schlussfolgerung, dass die internationale Studienlage zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten und noch stärker zur qualitätsbezogenen Vergütung eine „Tendenz zur Qualitätsverbesserung“ nachweist. Beides müsse deshalb kritisch auf seine Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem überprüft werden.

„Die Situation in Deutschland ist ‚reif‘ für die Diskussion um die Veröffentlichung von Qualitätsdaten ..., Medien und Öffentlichkeit werden die fehlende Transparenz der bestehenden Daten (zum Beispiel BQS-Daten) nicht hinnehmen ...“ (SVR 2007, S.576)

Dem ist ausdrücklich zuzustimmen. Die internationalen Beispiele sowie die Studienlage dazu liefern über die generelle Plausibilität der Grundhypothese hinaus ausreichend Indi-

zien, die es rechtfertigen, auch hierzulande systematisch mit Qualitätsdaten zu arbeiten und die geeigneten Formen zu entwickeln, durch die positive Effekte für die Versorgungsqualität zu generieren sind. Zu diesem Ziel will auch QISA beitragen.

2.3 Interne und externe Qualitätstransparenz

Für eine Umsetzung der Konzepte aus anderen Ländern in Deutschland sind Anpassungen und eine genauere Operationalisierung erforderlich. Um Handlungsansätze dafür zu gewinnen, ist eine naheliegende Unterscheidung wichtig, die auch der Sachverständigenrat mit den Begriffen „private disclosure“ und „public disclosure“ skizziert (SVR 2007, S. 554–556). Wir wollen hier von interner und externer Qualitätstransparenz sprechen und dies in folgender Weise unterscheiden:

- **Interne Qualitätstransparenz** („private disclosure“) bedeutet, dass regelmäßig innerhalb einer Versorgungsform (zum Beispiel Arztnetz, MVZ, Hausarztvertrag, Krankenhaus) Qualitätsdaten für jeden Arzt in nicht-anonymisierter Form für wichtige Beteiligte offengelegt werden. Dies dient dann als Grundlage für die interne Steuerung und Qualitätsentwicklung.
- **Externe Qualitätstransparenz** („public disclosure“) besteht in der regelmäßigen Veröffentlichung von Qualitätsdaten einzelner Leistungserbringer oder Versorgungsformen in allgemein zugänglichen Medien. Auch hier geht es um nicht-anonymisierte Daten, wenn mit der Veröffentlichung wirklich etwas erreicht werden soll.

Die Umsetzung dieser beiden Formen von Qualitätstransparenz lässt viel Spielraum, etwa bezüglich der Auswahl der Indikatoren, der Form der Berichterstattung im Einzelnen und der Handhabung als Ranking oder Benchmarking. Welche Bedeutung die Detailgestaltung letztlich für die Effekte von Qualitätstransparenz im Einzelnen hat, wird sich erst mit zunehmender Erfahrung herausstellen. Die Unterscheidung von interner und externer Qualitätstransparenz erlaubt es dagegen schon jetzt, wichtige Hinweise für die Umsetzung von Qualitätstransparenz herauszuarbeiten. Die nachfolgende Übersicht stellt die hierfür relevanten Aspekte gegenüber.

Oft wird unter Qualitätstransparenz nur die externe Form, also die Veröffentlichung von Qualitätsdaten verstanden. Die erheblichen Unterschiede, die die Übersicht erkennen lässt, weisen jedoch darauf hin, wie problematisch es ist, sich nur auf eine Form zu fokussieren. Denn interne und externe Qualitätstransparenz ergänzen sich sehr gut. Wenn im folgenden Stärken und Schwächen beider Ansätze diskutiert werden, geht es nicht um ein Entweder-Oder. Vielmehr sind beide als komplementäre Felder zu sehen, die beide Förderung verdienen.

Übersicht 2: Gegenüberstellung von interner und externer Qualitätstransparenz

	INTERNE QUALITÄTSTRANSparenZ (PRIVATE DISCLOSURE)	EXTERNE QUALITÄTSTRANSparenZ (PUBLIC DISCLOSURE)
Adressaten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beteiligte Ärzte ■ Managementebene der Versorgungsform (Netz, MVZ, Hausarztvertrag, Krankenhaus) ■ Beteiligte Vertragspartner (zum Beispiel Krankenkassen) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Öffentlichkeit ■ Versicherte ■ Patienten ■ Fachexperten ■ Vertragspartner
Wege der Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Individuelle Feedbackberichte je Arzt ■ Einzelberatung für Ärzte auf Basis von Qualitätsindikatoren ■ Diskussion von Qualitätswerten und Veränderungsmöglichkeiten im Qualitätszirkel ■ Sonderform: qualitätsorientierte Vergütung („pay for performance“) 	<p>Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren in unterschiedlicher Form:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qualitätsberichte ■ Internet / Ärzteportale ■ Ärztelisten, Rankings ■ Gezielte Versicherten-Information
Wirkung soll erreicht werden durch ...	<ul style="list-style-type: none"> ■ ... Reflexion über Qualitätswerte und Hintergründe für Differenzen ■ ... Beratung und Hinweise von Kollegen und hinzugezogenen Experten ■ ... Erarbeitung von geeigneten Verbesserungsmöglichkeiten im Praxis- und Behandlungsstil ■ Bei qualitätsorientierter Vergütung: finanzielle Anreize zur Sicherung/Verbesserung der Qualitätswerte 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ... öffentlichen Erwartungsdruck auf Ärzte, ihre Qualitätswerte zu verbessern oder gute Werte zu halten ■ ... das Interesse der Ärzte, nicht wegen unterdurchschnittlicher Werte Reputation zu verlieren ■ ... das Bemühen der Ärzte, kritische Fragen der Patienten oder gar deren Abwanderung zu vermeiden ■ ... das Ziel der Ärzte, für Zuweiser und für neue Patienten attraktiv zu sein und zu bleiben

Nur eine ausgewogene Umsetzung von interner und externer Qualitätstransparenz verspricht reale und positive Effekte bei der Versorgungsqualität. Diese These sei hier mit einigen Argumenten ausgeführt:

1. Externe Qualitätstransparenz bleibt auf externe Einflussnahme beschränkt und ist daher in ihrer Wirkung schwer zu steuern.

Wer öffentliche Qualitätstransparenz herstellen will, rechnet mit einer qualitätssteigernden Wirkung auf die betroffenen Einrichtungen oder Ärzte. Es ist allerdings noch fraglich, wie stark und wie spezifisch diese Wirkung wirklich entsteht. Letztlich müssten Versicherte und Patienten ihr Verhalten, zum Beispiel bei der Wahl, von wem sie sich behandeln lassen wollen, danach ausrichten. Dazu müssen mehrere Voraussetzungen erfüllt sein: Die Qualitätsdaten müssen bekannt und verfügbar sein, die Betroffenen müssen sie (sprachlich und inhaltlich) verstehen, für relevant halten und akzeptieren, zudem müssen sie bereit sein, ihren Arzt darauf anzusprechen und ihn gegebenenfalls auch zu wechseln – falls sie dazu (unter der gegebenen Dringlichkeit und dem örtlichen Versorgungsangebot) die Möglichkeit haben.

Inwieweit diese Konstellation von Voraussetzungen tatsächlich bereits besteht oder wie sie herstellbar ist, ist allerdings noch weitgehend unklar (Marshall et al. 2000; Hibbard et al.

2005). Ein evidenzbasiertes Verständnis der Lücke zwischen dem in vielen Studien belegten großen Interesse von Versicherten und Patienten an Qualitätsdaten und der tatsächlichen Nutzung dieser Informationen für Wahlentscheidungen fehlt noch weitgehend (Faber et al. 2009). Die häufige Vorstellung, Versicherte könnten in der Gesundheitsversorgung in gleicher Weise Wahlentscheidungen treffen wie auf einem beliebigen anderen Markt, ist also bislang ein eher vages Postulat. Diese Idee trifft allenfalls auf einen Teil der Bevölkerung zu und bleibt sozial ungleich verteilt. Ohne weitere, mittelfristig orientierte Maßnahmen zur Entwicklung eines gesellschaftlichen Qualitätsverständnisses sollte man sich darauf nicht stützen.

Uns erscheint die Annahme plausibel, dass externe Qualitätstransparenz dadurch eine gewisse Wirkung erzielt, weil keine Praxis oder kein Arzt gerne aufgrund unterdurchschnittlicher Werte einen Verlust an Reputation erleiden will. Wenn er deshalb, wie erwartet, zu reagieren beginnt, um bessere Werte zu erreichen, kommt der Anstoß von außen im Sinne einer extrinsischen Motivation. Zu wünschen ist nun eine Reaktion des Arztes, die fachlich richtig ist und zugleich von der eigenen, intrinsischen Motivation des Arztes gestützt wird, mit der er sich also auch identifiziert. Dies lässt sich jedoch allein mit externer Qualitätstransparenz nicht sicherstellen. Im schlimmsten Fall kann sie auch zu fachlich inadäquaten und aufgesetzten Reaktionen führen, zu denen sich ein Arzt gedrängt sieht.

2. Interne Transparenz als Bestandteil von internem Qualitätsmanagement unterstützt Ärzte bei der Arbeit an der Qualität und hilft, gezielte Effekte zu erreichen. Zudem bietet sie bei Bedarf eine geeignete Basis für qualitätsorientierte Vergütungsformen („pay for performance“).

Interne Transparenz ist seit dem Aufkommen von Controlling in Unternehmen ein selbstverständliches betriebswirtschaftliches Steuerungsinstrument. Der vergleichende, transparente Blick auf die Werte verschiedener Firmeneinheiten wird als akzeptierte Standortbestimmung und als Motivation zu guter Leistung genutzt. Das ist auch im Gesundheitswesen möglich. So ist belegt, dass individuelles Feedback für jeden Arzt in Qualitätszirkeln mit überschaubarer Größe Auswirkungen auf den Behandlungs- und Verordnungsstil der Ärzte ausüben kann (Wensing et al. 2004). Qualitätstransparenz kann also auch bei interner Anwendung – und verbunden mit Angeboten zur Reflexion der Daten und zur fachlich geleiteten Suche nach geeigneten Konsequenzen – positive Effekte auf die Versorgungsqualität entfalten. Zugleich ist hier die Wahrscheinlichkeit, dass die Ärzte fundierte und nachhaltige Konsequenzen wählen, sicherlich größer als bei rein externer Qualitätstransparenz.

So gesehen besteht die Gefahr, dass mit der Forderung nach rascher externer Qualitätstransparenz der zweite Schritt vor dem ersten getan wird. Denn um externe Formen gut aufbauen und mit dem öffentlichen Erwartungsdruck gut umgehen zu können, braucht es eigentlich zunächst funktionierende Formen der internen Transparenz, eingebettet in ein internes Qualitätsmanagement. Das ist aber in der ambulanten Versorgung hierzulande immer noch die Ausnahme. Sowohl für datenbasierte Arztberatung als auch für Qualitäts-

zirkel gab und gibt es zwar Konzepte und Modellprojekte (*Bahrs et al. 2001*), teils lokal, teils sogar für große Teile eines Landes. Von einer bundesweiten Flächendeckung ist man aber noch weit entfernt. Ein Grund dafür mag sein, dass der Aufbau von systematischer interner Qualitätstransparenz für die vorherrschende Betriebsform der Einzel- oder Zweierpraxis sehr aufwendig ist. Die dazu besser geeigneten größeren Strukturen, zum Beispiel Netze oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ), haben sich in Deutschland bislang noch nicht durchgesetzt. Wenn man sich bezüglich Qualitätstransparenz andere Länder wie die USA und Großbritannien zum Vorbild nimmt, darf man nicht übersehen, dass dort eben auch andere Betriebs- und Organisationsformen der ärztlichen Versorgung dominieren, wie etwa Gruppenpraxen, HMOs, Health Plans und Medical Groups. In diesen arbeitet jeweils eine größere Zahl von Ärzten zusammen, unterstützt von entsprechend größeren Management-Einheiten. In einem solchen Rahmen lässt sich Qualitätstransparenz sehr viel besser umsetzen. Das gilt im Übrigen auch für den Einsatz von Formen der qualitätsorientierten Vergütung („pay for performance“). Sie funktioniert nur als internes Instrument und ist auf externem Wege nicht denkbar, wie noch zu zeigen ist.

3. Interne Qualitätstransparenz hat Vorteile in der Umsetzung und schafft wichtige Voraussetzungen für externe Qualitätstransparenz.

Unter den beschriebenen Voraussetzungen käme es zunächst darauf an, Formen der internen Qualitätstransparenz breiter zu etablieren. Dafür sprechen auch verschiedene Vorteile bei der Umsetzung: Die in Frage kommenden Formen – insbesondere datenbasierte Arztberatung und Qualitätszirkel mit arztindividuellem Feedback – sind bekannt und in ihrer Wirksamkeit erprobt. Im Zuge der nach § 73b SGB V einzurichtenden hausarztzentrierten Versorgung ist der Aufbau von Qualitätszirkeln zur Arzneimittelverordnung ohnehin obligatorisch. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass sich der zusätzliche Aufwand etwa für Erstellung und Distribution der Feedbackberichte schon kurzfristig rechnet. Die breite Einführung dieser Form von interner Qualitätstransparenz ist also nicht nur machbar, sondern verspricht auch positive Effekte.

Hinzu kommt, dass mit interner Qualitätstransparenz eigentlich erst das Fundament für die externe entsteht. Erfahrungen aus Pilotprojekten (*Stock 2007*) zeigen, dass der gesamte Prozess, der zum Aufbau von interner Transparenz durchlaufen wird, in hohem Maße das Verständnis dafür fördert, was unter „Qualität der Versorgung“ zu verstehen ist. Dieses Verständnis wächst in der Gruppe beteiligter Ärzte genauso wie in der gemeinsamen Diskussion zwischen Ärzten und Krankenkassen als Vertragspartnern. Die Anbindung des zunächst weichen Begriffs Qualität an konkrete Qualitätsindikatoren führt stets zu intensiven Diskussionen. Dadurch wird erst der Kontext für ein gemeinsames und reflektierteres Verständnis geschaffen. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass Ärzte mit ihren Qualitätsdaten offener und systematischer umgehen können. Und nur dann können sie mit der nötigen Sicherheit entscheiden, ob und wie sie sich auf weitergehende Formen wie qualitätsorientierte Vergütung oder externe Qualitätstransparenz einlassen.

Der Sachverständigenrat verspricht sich von externer Qualitätstransparenz eine Kultur oder einen Geist der Offenheit („spirit of openness“). Das wird erst entstehen können,

wenn Ärzte es zunächst im Rahmen von internen Formen der Transparenz entwickelt und Vertrauen in dieses Vorgehen gefasst haben. Solange Qualitätstransparenz dagegen nur extrinsisch motiviert ist, wird diese Offenheit wahrscheinlich ausbleiben.

4. Externe Qualitätstransparenz lässt sich besser aufbauen, wenn sie sich auf gelebte interne Transparenz stützen kann. Dann kommt auch ihr Eigenwert als externes Pendant besser zur Geltung.

Externe Qualitätstransparenz bildet ein sinnvolles Gegenstück zur internen: Sie erhöht den Anreiz für die Leistungserbringer, an ihrer Qualität zu arbeiten, und kann damit die Herstellung von interner Qualitätstransparenz unterstützen. Vor allem aber schafft sie die Basis dafür, Patienten, Versicherte und die Öffentlichkeit angemessen und zeitgemäß in die Diskussion um die gebotene Versorgungsqualität und diesbezüglichen Handlungsbedarf zu integrieren. So trägt sie zur Herausbildung eines gesellschaftlichen Qualitätsverständnisses bei.

Eine solche komplementäre Vorstellung von interner und externer Qualitätstransparenz wäre ein geeignetes Konzept für die weitere Entwicklung von Qualitätstransparenz. Derzeit ist jedoch vor allem eine Dynamik bei der externen Form zu beobachten. Die wachsende Zahl von vergleichenden Ärzteportalen und Krankenhauslisten vermittelt zunächst den Eindruck, externe Qualitätstransparenz sei leicht herzustellen. Die Erwartungen an ihre Effekte sind jedoch – wie schon ausgeführt – zu relativieren. Das gilt nicht nur, weil die angestrebte Reaktion von Versicherten und Patienten fraglich ist, sondern auch, weil die Anbieter gerade im ambulanten Bereich oft nicht über die erforderlichen Daten in der nötigen Breite verfügen und sich deshalb gerne auf leicht Messbares sowie auf Qualitätsaspekte fokussieren, die eher landläufigen Vorstellungen entspringen (zum Beispiel Öffnungszeiten, Leistungsangebot, Parkplätze).

Daher kommt es jetzt auf Konzepte an, die sich auf fachlich ausgewiesene Qualitätsindikatoren stützen, welche der Öffentlichkeit ein angemessenes Bild verschaffen und die zugleich auf sinnvolle Schwerpunkte für interne Qualitätsmaßnahmen abgestimmt sind, die auch die betroffenen Leistungserbringer erreichen. Nur dann lassen sich die angestrebten komplementären Effekte erzielen. Der aufgeflammte Wettbewerb um Listen und Portale zeigt vielleicht nur auf, dass es an entsprechend fundierten Formen noch fehlt, weil sie schwieriger aufzubauen sind. Hier sind die Leistungserbringer wie auch die Krankenkassen als ihre Vertragspartner gefordert, sich mit eigenen, von Expertise und Sachnähe geprägten Vorstellungen und Kompetenzen einzubringen.

2.4 Ansatzpunkte zur Förderung von Qualitätstransparenz

Das Fazit aus dieser Gegenüberstellung von interner und externer Qualitätstransparenz kann nur lauten: Wer mit Qualitätstransparenz Effekte zugunsten der Versorgung erzielen will, sollte beide Formen, also interne und externe Qualitätstransparenz, parallel fördern. Dafür braucht es Konzepte, die die erforderlichen Bedingungen und das geeignete Setting schaffen. Einerseits sind das vor allem passende Versorgungsformen, die interne Transparenz als Bestandteil ihres internen Qualitätsmanagements einsetzen und entwickeln. Andererseits geht es darum, die Öffentlichkeit an einen angemessenen Umgang mit externer Qualitätstransparenz heranzuführen.

Eine Orientierungshilfe für Letzteres bietet ein theoretisches Entscheidungsmodell von Hibbard, das „Consumer-Choice-Modell“ (Hibbard et al. 2001, Nilsen et al. 2006). Es hilft, das Problemfeld besser zu systematisieren, und kann als Rahmen dienen, um die Nutzung von Qualitätsdaten durch Konsumenten und Öffentlichkeit zu fördern. Das „Consumer-Choice-Modell“ hat vier, in der folgenden Übersicht beschriebene Stufen.

Übersicht 3: Vier Stufen zum Umgang mit Qualitätstransparenz – das „Consumer-Choice-Modell“ von Hibbard et al.

STUFE	BESCHREIBUNG
Stufe 1: Awareness (bewusst werden)	Viele Versicherte und Patienten sind sich nicht bewusst, dass Qualitätsdaten überhaupt zur Verfügung stehen. Aktive und weitreichende Verbreitungsstrategien unter Nutzung vielfältiger Kommunikationskanäle sind notwendig.
Stufe 2: Knowledge (Wissen, Verständnis)	Qualitätsinformationen werden oft nicht verstanden, weil die Darstellungsweise zu komplex und statistisch überladen ist. Gleichzeitig beeinflusst die Einschätzung, ob die Information relevant für den Nutzer selbst ist und ob sie den Erwartungen des Nutzers entspricht, das Verständnis.
Stufe 3: Attitude (Einstellung, Absichtsbildung)	Einstellungen zu Qualitätsinformationen, zum Beispiel Vertrauen in die Information und in die Einrichtung, von der sie stammen, sind wichtige Faktoren, die Entscheidungen beeinflussen.
Stufe 4: Behaviour (Verhalten, Umsetzung)	Auswahl, Wechsel oder Aufsuchen eines Arztes, einer Einrichtung oder eines Versorgungsmodells. Anzunehmen ist eine stärkere Nutzung fachlicher Auswahlhilfen, sobald vertrauenswürdige Informationen von einer Institution mit hoher Reputation zur Verfügung stehen.

Quelle: Hibbard et al. 2001

Bislang ist die Realität hierzulande anders geprägt: Noch gibt es wenig Qualitätsinformationen. Zugleich nehmen Versicherte fachliche Informationen über die Qualität der Versorgung noch selten als Grundlage für ihre Entscheidung. Zwar wächst beim Auftreten eines konkreten Problems oder einer Erkrankung das Interesse an der Qualität von Behandlungsangeboten. Für Patienten, die vor einer konkreten Entscheidung stehen (zum Beispiel: Wo lasse ich eine rheumatoide Arthritis behandeln? Wo lasse ich eine bestimmte Zahnbehandlung durchführen?) sind dann aber oft eigene oder von Bekannten gemachte Erfahrungen, Vertrauen und Reputation der Einrichtung oder des Arztes die wichtigen Aspekte (Harris 2003). Üblich kann die Berücksichtigung fachlicher Qualitätsin-

formationen in einer solchen Situation nur werden, wenn sie zu den relevanten Themen verfügbar, bekannt und anerkannt vertrauenswürdig sind. QISA schlägt hierfür geeignete Indikatoren vor.

Auch wenn das Stufenmodell primär auf die Öffentlichkeit, Versicherte und Patienten ausgerichtet ist, lässt es sich im Prinzip auch auf Einrichtungen und Leistungserbringer im Gesundheitswesen übertragen. Natürlich gibt es hier Personenkreise, die schon ein tieferes Verständnis für Qualitätsdaten bis hin zur Expertenschaft haben. Dennoch bietet es sich an, bei der Herstellung von interner Qualitätstransparenz und bei der Arbeit an der Qualität der Versorgung die vier Stufen des Modells zu berücksichtigen. Auch Ärzte und andere Leistungserbringer werden die Stufen von Awareness über Knowledge und Attitude bis hin zur bewussten Verhaltensänderung immer wieder durchlaufen. Qualität zu sichern und zu verbessern wird damit als kontinuierlicher Prozess erkennbar, der sich nicht beliebig verordnen lässt. Auch hier setzt QISA an: Das Indikatorensystem soll dazu beitragen, dass dieser Prozess in Gang kommt und am Laufen gehalten werden kann.

Das Stufenmodell von Hibbard zeigt, dass sich die erwünschten Effekte externer Qualitätstransparenz nicht einfach „anknipsen“ lassen. Es wird eine Phase der Gewöhnung an Qualitätsinformationen und der Schärfung des Gefühls für den richtigen Umgang damit brauchen. Günstig wird dabei sein, dass jede weitere Generation künftig stärker an den Umgang mit modernen Informationsangeboten und an die Rolle als kritischer Verbraucher und Patient gewöhnt ist.

Im Übrigen regt das Stufenmodell dazu an, **Anforderungen und weitere konkrete Schritte** in Richtung mehr interner und externer Qualitätstransparenz abzuleiten:

- Am Anfang steht die Entscheidung, dass Qualitätsinformationen überhaupt zur Verfügung gestellt werden sollen. Über den Gesetzgeber hinaus ist das vor allem Sache von Leistungserbringern und Kostenträgern, die über relevante Informationen verfügen.
- Die Qualitätsinformationen dürfen nicht oberflächlich sein, sie müssen sachlich fundiert beleuchten, was Qualität ist. Nur auf einer wissenschaftlichen Basis und mit transparenter Methodik werden sie auf Dauer Akzeptanz und Vertrauen erhalten.
- Die Informationen müssen einfach und verständlich sein. Sie brauchen eine auf die Nutzer orientierte Aufmachung.
- Die angepeilten Zielgruppen – ob Öffentlichkeit oder Leistungserbringer – müssen auch tatsächlich erreicht werden. Das gilt sowohl für die Verbreitung der Informationen als auch für die Form, in der sie aufgenommen und reflektiert werden können.

Das führt zurück zu den Zielen von QISA, das in diesem Geschehen einen initialen und impulsgebenden Beitrag zugunsten von interner und externer Qualitätstransparenz leisten soll.

2.5 Ziele von QISA im Kontext der Qualitätstransparenz

Die Ziele von QISA als öffentlich verfügbares Indikatorensystem reflektieren sowohl den Kontext von interner und externer Qualitätstransparenz als auch die genannten Anforderungen und weiteren Schritte in diese Richtung. QISA will ...

- **... Qualitätsindikatoren zur Verfügung stellen:** QISA bietet eine systematische Auswahl an validen und aussagekräftigen Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung an. Das soll ermöglichen, in der Praxis mit Qualitätsindikatoren zu arbeiten, insbesondere im Bereich neuer Versorgungsformen.
- **... Qualität greifbar und zugänglich machen:** Qualität ist zunächst ein allgemeiner und schwer operabel zu machender Begriff. Über ein schillerndes, subjektiv gewichtetes Verständnis kommt man nur hinweg, wenn man wesentliche Einzelparameter auswählt, die methodisch transparent hergeleitet, in ihrer Bedeutung begründet und in ein fachlich fundiertes Gesamtsystem eingeordnet sind. Auf diese Weise macht ein Qualitätsindikatorensystem das zunächst diffuse Thema Qualität zugänglich und nachvollziehbar. QISA bietet eine qualifizierte Basis, eine Art von Koordinatensystem für Fachwelt und Laien, sich über Qualität zu verständigen.
- **... Orientierung geben für die Arbeit an der Qualität:** QISA ist nicht einfach eine Datenbank mit möglichst vielen Indikatoren. Als Indikatorensystem bietet es Kennzahlen, die in den Gesamtzusammenhang der ambulanten Versorgung einer Versichertenpopulation eingeordnet sind. QISA geht dabei von einer fachlichen Festlegung aus, an welchen Hauptaspekten die Arbeit an der Qualität und das Versorgungsmanagement in einer Praxis und in einem integrierten und populationsorientierten Versorgungsmodell ansetzen sollten. Auf diese Weise will QISA eine fachliche Orientierung geben und schlägt zugleich programmatische Inhalte vor, mit denen sich diese Arbeit über einen längeren Zeitraum füllen lässt.
- **... verschiedenartige Nutzungen ermöglichen:** QISA bietet eine breite und ausbaufähige Grundlage für unterschiedliche Einsatzzwecke. Das Spektrum reicht von der internen Unterstützung einzelner Versorgungsmodelle bei Versorgungsmanagement und Qualitätssteuerung über die Nutzung von Indikatoren zur Bewertung der erreichten Versorgungsqualität bis hin zur Basis für externe Qualitätstransparenz und Benchmarking zwischen verschiedenen Versorgungsformen. Je nach Einsatzzweck können aus QISA geeignete Indikatoren ausgewählt und spezifisch an die gegebenen Bedingungen angepasst werden. Abschnitt 4 geht darauf näher ein.
- **... Innovatoren unterstützen:** Bislang ist es nicht üblich, mit Qualitätsindikatoren zu arbeiten. Das liegt nicht nur daran, dass definierte Parameter fehlen. Es gibt bislang auch erst wenige Versorgungsformen, die systematisch mit Indikatoren arbeiten und die erforderlichen Daten routinemäßig bereitstellen. Die meisten innovativen Ansätze für neue Versorgungsformen haben sich zwar dieses Ziel gesetzt. Allerdings stehen sie zunächst vor der komplexen Aufgabe, ihre neue Versorgungsstruktur mit allen Komponenten aufzubauen. Deshalb will QISA diese Innovatoren vom Aufwand für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren entlasten.

Insgesamt setzt QISA einen **ersten Standard für Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung**. Er richtet sich als Angebot an alle an der ambulanten Versorgung Beteiligten, ob Einzelpraxen oder regionale Versorgungsmodelle. Sie finden in QISA Anregungen und Unterstützung für ihr Qualitätsmanagement und für die Herstellung von interner und externer Qualitätstransparenz.

Zum Indikatorensystem wird QISA dadurch, dass die Indikatoren in ein umfassendes Konzept eingeordnet sind. Die hinter QISA stehende **fachliche Programmatik** umfasst eine ganzheitliche und konsistente Vorstellung zu inhaltlichen Schwerpunkten der ambulanten Versorgung und ihrer Qualität sowie zu den dafür erforderlichen Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen. In den einzelnen Schwerpunkten gehört dazu eine edukativ orientierte Auswahl der Indikatoren je Krankheitsbereich, die über diagnostische Aspekte der Problemwahrnehmung und Indikationsstellung zur angemessenen Therapie führt, daneben aber auch die kontinuierliche Qualitätsentwicklung im Rahmen von Qualitätszirkeln und anderen Fortbildungsformen berücksichtigt. Auf diese medizinisch-fachlichen Kriterien beim Aufbau und der Erarbeitung von QISA geht der anschließende Abschnitt 3 genauer ein.

3 Methodische Grundlagen und Vorgehensweise

3.1 Dimensionen der Qualität

3.1.1 Struktur, Prozess und Ergebnis

Weithin akzeptiert ist der Vorschlag von Avedis Donabedian (1966, 1981), einem Begründer des modernen Qualitätsverständnisses in der Medizin, Qualität unter **Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Gesichtspunkten abzubilden**. Da es in der Medizin – und besonders in der Primärversorgung – nur selten „Goldstandards“ gibt, an denen man eine Bewertung orientieren kann, genügt es für die konkrete Praxisarbeit zunächst, die bestehende Situation zu analysieren und einen Zielpunkt für ihre Verbesserung festzusetzen. Die grundsätzlichen Gedanken und Konzepte zum Thema Qualität haben wir bereits 2001 im Vorläufer von QISA ausführlich dargestellt (siehe unter www.aqua-institut.de/qualitaetsindikatoren die damaligen sehr ausführlichen Darlegungen zum Download sowie ebenso in *Stock/Szeccsenyi 2007*).

Die politischen und ökonomischen Faktoren, unter denen ärztliche Tätigkeit stattfindet, bestimmen die **Strukturqualität**. Darin fließen die Rahmenbedingungen der medizinischen Aus- und Weiterbildung ebenso ein wie der Ausbildungsstand der Medizinischen Fachangestellten und die personelle beziehungsweise technische Ausstattung der Praxis. Auch die Genauigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation in der elektronischen Patientenakte sind Teil der Strukturqualität.

Die Analyse der Strukturqualität allein – in einer Praxis, einem Netz oder in anderen Bereichen des Gesundheitssystems – kann jedoch allenfalls eine Richtschnur für die Beurteilung der Versorgungsqualität abgeben oder grobe Mängel aufzeigen. Es liegt auf der Hand, dass aus dem Vorhandensein eines EKG-Gerätes allein noch nicht auf die Qualität der Behandlung eines Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) geschlossen werden kann. Viel wichtiger ist, dass die Symptome einer KHK erkannt werden, die Indikation für ein EKG richtig gestellt und dieses dann auch korrekt interpretiert wird.

Zur **Prozessqualität** gehört der große Komplex der Handlungen und Interaktionen, die sich zwischen Arzt, Patient und Praxisteam abspielen: zum Beispiel Gesprächsführung, Anamneseerhebung, klinische Untersuchungen, Laboruntersuchungen und Arzneimittelverordnungen. Der Prozess der Behandlung wird bestimmt durch die Persönlichkeit, das Wissen und die Einstellungen von Arzt und Patient sowie durch äußere Normen und Bedingungen (zum Beispiel Zeit), Wertvorstellungen und ethische Aspekte.

Wenn man beispielsweise anlässlich einer Patientenberatung den Prozess der Verschreibung eines Medikamentes untersucht, so kann man sich fragen, ob ein Arzneimittel zur Lösung des vom Patienten vorgebrachten Problems überhaupt sinnvoll ist und ob ein

wirksames, sicheres, zweckmäßiges und kostengünstiges Präparat verordnet wurde. Die Bewertung jedes einzelnen Teilaspektes dieses Vorganges muss jedoch von Fall zu Fall neu festgesetzt werden. Der Nutzen eines Medikamentes kann unter neuen wissenschaftlichen Aspekten anders beurteilt werden, eine ausführliche Erläuterung der Verordnung wird für ältere Patienten einen anderen Stellenwert haben als für jüngere Patienten. Auch der Einfluss des Abrechnungs- und Dokumentationssystems ist zu bedenken.

Die **Ergebnisqualität** beschreibt Veränderungen des gegenwärtigen oder zukünftigen Gesundheitszustandes eines Patienten, die durch die medizinische Versorgung verursacht sind. Dabei kann der Begriff des Gesundheitszustandes auch Bereiche wie Zufriedenheit, Selbstkontrolle und Verminderung von Risikoverhalten des Patienten beinhalten. Bei der Beurteilung der Ergebnisqualität müssen jedoch eine Reihe möglicher Einflussfaktoren berücksichtigt werden, so zum Beispiel Unsicherheiten bei der Diagnosestellung (unklare Krankheitsbilder), unerwünschte Nebenwirkungen der Therapie, fehlende Patientenmitarbeit.

Donabedians Betrachtungsweise von Struktur, Prozess und Ergebnis, die sehr stark auf die individuelle Nutzersicht bezogen ist, wurde um weitere Dimensionen der Qualität der medizinischen Versorgung für eine gegebene Population bereichert. Campbell et al. (2000) fordern eine Erweiterung der Qualitätsdimensionen um die Dimension **Gerechtigkeit** (Erhält jeder, der es benötigt, die entsprechende Versorgung?) und **Effizienz** (Wird ein günstiger Kosten-Nutzen-Effekt erreicht?). Die Autoren fordern eine Überwindung der bisher in der Medizin üblichen Sichtweise eines Maximalnutzens für (einige) Wenige hin zu der Frage, wie verfügbare Ressourcen für die versorgte Gesamtpopulation so gesteuert werden können, dass viele Patienten eine nachhaltige Versorgung mit effektiven Behandlungsverfahren bekommen.

3.1.2 Qualität der Versorgung und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems

Eine umfassende Erweiterung des Qualitätsmodells für Gesundheitssysteme wurde im Rahmen des Health Care Quality Indicator (HCQI)-Projektes der OECD entwickelt (Arah et al. 2006). Die Autoren definieren wesentliche Dimensionen von Qualität vor dem Hintergrund der Frage, welche Faktoren ausschlaggebend für die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems sind. Kerndimensionen der Qualität sind demnach zunächst:

- Effektivität,
- Sicherheit und
- Patientenorientierung.

Darüber hinaus sehen die Autoren den Zugang zur Versorgung und die Kosten beziehungsweise Ausgaben als weitere Dimensionen der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems. Eine weitere Säule ist der **Versorgungsbedarf** („health care needs“). Ein Gesundheitssystem wird danach bewertet, ob es den bestehenden Versorgungsbedarf auch deckt. Übergeordnet sind allen Dimensionen die Kategorien Gerechtigkeit (gerechte Verteilung der Gesundheitsversorgung über die gesamte Population) und Effizienz (sowohl auf mikroökonomischer als auch auf makroökonomischer Ebene).

Mit Hilfe des QISA-Indikatorensystems lässt sich das Versorgungsgeschehen populationsbezogen für verschiedene Indikationen sowie die Versorgungsbereiche Prävention und Krankheitsfrüherkennung, Pharmakotherapie, palliative Betreuung und Multimorbidität beschreiben; Defizite können so sichtbar gemacht werden. Ein wichtiges Merkmal von QISA ist der strukturierte Aufbau jedes Kapitels im Sinne einer Herleitung und Begründung eines größeren Sets von Indikatoren zu einem Thema. QISA spricht dabei sowohl die Ebene der Organisation der Versorgung auf Praxis- und Netzebene als auch Aspekte der Sicherheit und der Patientenorientierung an (siehe 3.3).

3.1.3 Qualität der Versorgung aus Patientensicht

Neben der Betrachtungsebene spielt auch der persönliche Hintergrund der Betrachter eine Rolle dabei, welche Aspekte der Versorgung als wichtig und welche eher als unwichtig erscheinen. Je nach Perspektive kann dabei zum Beispiel die Effizienz (Ökonom), die Patientenzentriertheit (Patient) oder die Effektivität (Arzt, Wissenschaftler) besondere Bedeutung haben. Und auch hier sind Konflikte denkbar, zum Beispiel wenn eine als effektiv erachtete (evidenzbasierte) Therapie nicht vom Patienten gewünscht wird. Die Beispiele zeigen, wie vielschichtig die Frage einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zu beantworten ist. Umso wichtiger ist es, die verschiedenen Perspektiven bei einer Qualitätsmessung angemessen zu berücksichtigen (*Rubin et al. 2001, Ose et al. 2008*). Nur so kann ein Koordinatensystem entstehen, das eine gemeinsame Verständigung unter Offenlegung des jeweiligen Blickwinkels ermöglicht.

Ein wichtiger Aspekt der Qualität medizinischer Versorgung sind die Sichtweisen, Erfahrungen und Bedürfnisse der Patienten (*Dierks et al. 1994*). Um die Qualität der Versorgung aus Patientensicht zu messen, sind validierte Instrumente entwickelt worden (*Wensing et al. 2000*). Flächendeckende Patientenbefragungen sind jedoch relativ aufwendig und teuer. Die Ziehung repräsentativer Stichproben ist methodisch anspruchsvoll. Ein Qualitätsassessment sollte dahingehend erweitert werden, dass es auch die Bewertung von Prozessen aus Patientensicht mit einbezieht (etwa ob Beratung und Aufklärung über notwendige Maßnahmen und Behandlungsoptionen stattgefunden hat (*vgl. Elwyn et al. 2007*)).

3.2 Methoden zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren können auf verschiedene Weise entwickelt werden. Die erste – und wahrscheinlich eine der nach wie vor üblichsten Methoden – ist, dass sich eine Gruppe an einem Tisch zusammensetzt und gemeinsam Vorschläge diskutiert. Diese basieren normalerweise auf bereits verfügbaren Informationen sowie Einstellungen und Interessen. Dieser Ansatz hat den Vorteil, dass er schnell und relativ einfach realisierbar ist, sofern ein Konsensus erreicht wird. Er hat aber den Nachteil, dass daraus resultierende Indikatoren von geringer Übertragbarkeit auf diejenigen sein könnten, die sie anwenden möchten,

um die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, aber nicht Mitglieder des „runden Tisches“ waren.

Ein zweiter Ansatz ist der Versuch, Indikatoren ausschließlich auf bereits veröffentlichte Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien zu stützen. Dieser „evidenzbasierte Ansatz“ (*McColl et al. 1998*) hat den Vorteil, dass hieraus rigorose und wissenschaftlich akzeptable Indikatoren entstehen, aber er birgt zwei Nachteile: Erstens richtet er sein Ziel auf einen sehr begrenzten Teil der Medizin – da sehr viel, was als gute Versorgung akzeptiert ist, auf keiner erprobten Beweislage basiert (und wahrscheinlich niemals basieren wird), um diesen Standpunkt zu untermauern. Zweitens gibt es Probleme mit der Übertragbarkeit von Ergebnissen wissenschaftlicher Studien (bei ausgewählten Patienten mit einer Reihe von Ausschlusskriterien) auf den individuellen Patienten und Routinehandeln in der Praxis.

Ein dritter Ansatz beinhaltet das direkte Ableiten von Qualitätsindikatoren aus medizinischen Leitlinien, die gewöhnlich zu einem Teil auf Evidenz und zum anderen auf ärztlichem Konsens basieren. Dieser Ansatz wurde vor allem in den Niederlanden angewandt und fand auch Eingang in die Leitlinienentwicklung. Er hat wiederum den Vorteil professioneller Glaubwürdigkeit und ist schnell umsetzbar; die Anwendbarkeit hängt jedoch davon ab, in welchem Ausmaß die Leitlinien akzeptiert werden.

Das National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC) an der Universität von Manchester hat aufgrund dieser Einschränkungen einen vierten Ansatz übernommen, der vor über 30 Jahren von der RAND Corporation, Kalifornien, entwickelt wurde. Dieser Ansatz macht die Wichtigkeit wissenschaftlicher Evidenz deutlich, aber er befasst sich auch mit der Anwendung dieser Evidenz in der medizinischen Praxis sowie mit den signifikanten Lücken der Evidenzbasierung in einigen Teilen der Versorgung. Das NPCRDC wählte daher – in dem Versuch zur Erstellung verständlicherer und nützlicherer Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung – die Methode einer Kombination aus wissenschaftlicher Evidenz und einer strukturierten Bewertung durch Experten (sogenanntes modifiziertes RAND/UCLA-Verfahren). Diese Methode wurde umfassend in der hausärztlichen und spezialisierten Versorgung (*Brook et al. 1986, Kahan et al. 1994, Leape et al. 1996, Gray et al. 1990, Scott/Black 1991, Shekelle et al. 1998, Campell et al. 2002, Engels et al. 2005*) in Großbritannien und in den USA (*RAND 2000, McGlynn/Asch 1998*) verwendet. Trotz einiger Kritik (*Kassirer 1993, Hicks 1994*) wird sie im Allgemeinen als die rigoroseste und systematischste Kombination aus Expertenmeinung und wissenschaftlicher Evidenz (*Naylor 1988*) betrachtet.

3.2.1 Der AQUA-Ansatz zur Entwicklung der QISA-Indikatoren

Der Ansatz, den AQUA für das AOK-Projekt „QISA – Das Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung“ gewählt hat, ist an die RAND- und NPCRDC-Methode angelehnt. Aus pragmatischen Gründen wurde bei der Suche nach Evidenz bevorzugt auf evidenzbasierte Leitlinienempfehlungen und schon existierende Indikatorensysteme zurückge-

griffen (Übersicht 3.1). Jedes Thema wurde zunächst von einem kleinen Autorenteam erarbeitet und danach von externen Experten begutachtet.

Das Besondere an QISA ist dabei, dass die jetzt in Tranche 1 und 2 vorgelegten Themen und Indikatoren bereits lange gereift sind. Schon in den Jahren 2001–2002 wurden sie von nationalen und internationalen Experten (Liste siehe Anhang B.2) erarbeitet und in ihrem Entstehungsprozess mit Netzexperten in drei Fokusgruppen diskutiert. Hinzu kamen Diskussionen mit Experten aus der AOK-Gemeinschaft. Danach wurden Teile des Indikatorensystems in verschiedenen Arztnetzen aus Deutschland und der Schweiz angewandt und praktisch erprobt. Die Erfahrungen aus diesen Erprobungen wurden zwischenzeitlich publiziert (*Stock/Szeccsenyi 2007*). Im Jahr 2006 wurde dann auf der Grundlage dieser Erfahrungen und der zwischenzeitlichen Entwicklungen der Rahmenbedingungen mit einer Expertengruppe aus Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden und einer AOK-Projektbegleitgruppe über die weitere Entwicklung des Indikatorensystems zum jetzt vorgelegten QISA beraten. Die QISA-Indikatoren und ihre Begründungen sind damit eine Aktualisierung dieses organisch gewachsenen und praktisch erprobten Systems auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand.

Übersicht 4: Vor- und Nachteile verschiedener Verfahren zur Bildung von Indikatoren

METHODE	VORTEIL	NACHTEIL
Runder Tisch	Schnell und einfach realisierbar	Geringe Legitimität, Relevanz für die Anwender abhängig von der Zusammensetzung der Teilnehmer
Ableitung aus veröffentlichter Evidenz in Kontrolluntersuchungen	Wissenschaftliche Fundiertheit	Nur wenig Bereiche mit erprobter Beweislage (Pharmakotherapie); Übertragbarkeit internationaler Studien fraglich
Ableitung aus medizinischen Leitlinien (Evidenz und Konsens)	Professionelle Glaubwürdigkeit (wenn Akzeptanz vorhanden); schnell umsetzbar	Leitlinien müssen regelmäßig aktualisiert werden; Inhalte ändern sich in Abhängigkeit von der Studienlage
Ableitung aus vorhandenen Indikatoren-systemen	Auswahl von Indikatoren, die ihre Praktikabilität bewiesen haben; schnell umsetzbar	Übertragbarkeit internationaler Indikatoren-systeme unklar
Kombination aus o. g. Punkten und Einbindung von Experten	Einbindung verschiedener Perspektiven. Erhöhung der Akzeptanz und Praktikabilität	Evidenz- und Konsensbasierung können zu widersprüchlichen Ergebnissen/ Bewertungen führen

Für die völlig neuen Themengebiete „Palliative Betreuung“ und „Multimorbidität“ wird der Erstellungsprozess in Zukunft noch durch eine strukturierte Bewertung aller Indikatoren durch eine größere Expertengruppe in starker Anlehnung an die RAND/UCLA-Methode erfolgen.

Nimmt man nur einmal das Thema Multimorbidität als Beispiel, so wird die Herausforderung für QISA deutlich: Einerseits ist klar, dass es mit einer alternden Gesellschaft in Zukunft auch mehr chronisch kranke Menschen geben wird. Chronische Erkrankungen verlangen wegen ihres Langzeitcharakters und der Einschränkungen, die sie für Patienten

und deren Familien mit sich bringen, aber vielfach eine völlig andere Herangehensweise als die Behandlung akuter Krankheiten (*WHO 2002*). Besondere Probleme entstehen bei der Versorgung von Patienten mit mehreren Erkrankungen. Sie führen zu einer stärkeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, damit aber auch zu neuen Risiken durch die Versorgung selbst, wie Multimedikation und Hospitalisierung (*Laux et al. 2008*), und der daraus folgenden Notwendigkeit besserer Koordination der Versorgung und Setzung von Prioritäten. Bei gebrechlichen und vulnerablen Menschen rückt die Betrachtung einzelner Krankheitsentitäten und deren Behandlung immer mehr in den Hintergrund, während die Vermeidung von funktionellen Einschränkungen und der Erhalt der Lebensqualität immer wichtiger werden. Dies hat Auswirkungen auf Behandlungs- und Betreuungskonzepte und demzufolge auch auf die Entwicklung geeigneter Qualitätsindikatoren und deren Anwendung, sowohl innerhalb einzelner medizinischer Themenbereiche als auch übergreifend. Obwohl in diesem Feld schon einiges geleistet wurde, zum Beispiel durch die jetzt erweiterten ACOVE-3-Indikatoren (*Wengers et al. 2007*), wird diese Thematik noch ein großes und wichtiges Entwicklungsfeld für die nächsten Jahre bleiben.

3.3 Kriterien für die Indikatorenbildung und -auswahl

In den verschiedenen Expertenkreisen wurde eine Liste von Eigenschaften (Attributen) erarbeitet und abgestimmt, die die Entwicklung und Darstellung der Indikatoren leiten sollten (siehe Übersicht 3.4). Die Attribute bilden einen Leitfaden bei der Auffindung und

Übersicht 5: Eigenschaften (Attribute) von Indikatoren

METHODE	BESCHREIBUNG
Valide (Gültig)	Misst das, was es messen soll. Es besteht kein systematischer Fehler (keine Verzerrung).
Reliabel (Zuverlässig)	Wiederholte Anwendung auf die gleiche Situation führt zu gleichen Ergebnissen.
Sensitiv	Gibt es Veränderungen im Versorgungsgeschehen, reagiert auch der Indikator (zeitlicher Zusammenhang).
Praktikabel	Leicht umsetzbar/einsetzbar, beispielsweise aus AOK-Daten ableitbar.
Evidenzgestützt (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.
Indikatortauglichkeit	Es gibt Erfahrungen mit dem Indikator (oder aus gesundheitssystemspezifischen Gründen mit einem ähnlichen Indikator) in bereits bestehenden Indikatorensystemen.
Einbindung in Qualitätsmanagement, beeinflussbar	Kann von den Ärzten beeinflusst werden („under provider control“).

Auswahl bestehender oder bei der Konstruktion neuer Indikatoren. Damit ist ein einheitlicher Kriterienkatalog definiert, nach dem die vorgestellten Indikatoren auch von Außenstehenden und von Nutzern beurteilt werden können.

3.4 Aufbau der QISA-Indikatorensets

Für jede ausgewählte Erkrankung beziehungsweise jeden dargestellten Versorgungsbereich wurde eine Gruppe von Indikatoren gebildet, die eine dem aktuellen Stand des Wissens entsprechende Diagnostik und Therapie möglichst knapp, aber dennoch umfassend erfassen und in ihrer Qualität beschreiben soll.

Das Indikatorensatz zu jeder ausgewählten Erkrankung enthält daher in der Regel Indikatoren zur/zum

- Häufigkeit der Diagnose
- Diagnostik
- Therapie
- Erfolg therapeutischer Maßnahmen
- Durchführung von Patientenschulungen
- Qualitätszirkel/Fortbildung von Ärzten und Medizinischen Fachangestellten

Um Verständnis und Anwendung der Indikatoren weiter zu erleichtern, haben die Bände zu den so entstandenen Indikatorensatz einen weitgehend identischen Aufbau:

- Übersicht über die ausgewählten Indikatoren und die damit beschriebenen Qualitätsaspekte
- Begründung und Einordnung des Themas: Beschreibung des Krankheitsbildes, seiner Diagnostik und Therapie sowie die epidemiologische und gesundheitsökonomische Bedeutung
- Systematische Darstellung der einzelnen Indikatoren
- Übersicht über die den Indikatoren zugrundeliegenden Leitlinienempfehlungen
- Übersicht über Indikatorensatz, in denen dieser Indikator bereits verwendet wird
- Literaturverzeichnis

3.5 Darstellung der Qualitätsindikatoren

Viele Anforderungen werden an Qualitätsindikatoren gestellt, ohne dass sich ein einheitliches Profil herauskristallisiert hätte. Eine recht bekannte Charakterisierung bietet die sogenannte RUMBA-Regel, nach der Indikatoren „relevant, understandable, measurable, behavioral and attainable“ (das heißt bedeutsam, verständlich, messbar, handhabbar und erreichbar für Beteiligte) sein sollten. Als wichtigste wissenschaftliche Anforderun-

gen an Indikatorensets werden in den meisten Quellen übereinstimmend Validität, Reliabilität, Sensitivität und Praktikabilität eines Indikators angesehen. Daher bilden sie auch den Kern der Charakterisierung der QISA-Indikatorensets. Die praktische Anwendung von Indikatoren erfordert darüber hinaus eine möglichst präzise Beschreibung der Bedeutung eines Indikators, seiner Berechnung und der dafür erforderlichen Voraussetzungen, (beispielsweise Datenbasis, Dokumentation). Hilfreich sind auch bereits gemachte Erfahrungen mit den Indikatoren und deren zweckmäßige Einbindung in ein Qualitätsmanagement.

Um die Umsetzung der Qualitätsindikatoren in die Praxis zu erleichtern, werden zu jedem einzelnen Indikator Angaben – soweit möglich – zu folgenden Bereichen gemacht:

I. Beschreibung des Indikators

- Aussage
- Begründung
- Zielstellung

II. Erstellung

- Erläuterungen und Spezifikation
- Datenquellen
- Bezugszeitraum

III. Anmerkungen zur Messgüte (siehe auch Übersicht 5):

IV. Bisherige Anwendung und Evidenz

- Epidemiologie und Prävalenz
- Praxisstudien und Evidenz
- Indikatorenssysteme
- Leitlinien

V. Einbindung in das Qualitätsmanagement

Wie kann oder sollte der Indikator in das Qualitätsmanagement eines Versorgungsmodells integriert werden?

- Interpretation
- Mögliche Handlungskonsequenz
- Einbindung der Ergebnisse in die Qualitätszirkel-Arbeit
- Reduzierung der Krankheitslast
- Kosteneffektivität

Einschränkend soll noch angemerkt werden, dass nicht immer zu allen Aspekten belastbare Daten, Studien oder Ergebnisse vorliegen, sondern auch Abschätzungen seitens des Projektteams vorgenommen werden mussten. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass sich die Wissensbasis der Indikatorensets sowie die Anforderungen an eben solche im Laufe der Zeit verändern.

4 Wozu QISA? – Möglichkeiten der Nutzung von Indikatoren

Die breitere Nutzung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen steht hierzulande erst am Anfang. Deshalb erscheint es sinnvoll, an dieser Stelle einen genaueren Blick darauf zu werfen, was man mit diesem Instrument anfangen kann, insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung. Dieser Abschnitt umreißt zunächst das Spektrum von Anwendungsmöglichkeiten für Qualitätsindikatoren (4.1), um dann exemplarisch einige dieser Möglichkeiten zu beschreiben und über bereits vorliegende Erfahrungen zu berichten (4.2).

4.1 Einsatzfelder für Qualitätsindikatoren

Im Groben lassen sich drei wesentliche Felder für den Einsatz von Qualitätsindikatoren benennen:

- **Allgemeine Qualitätsdarlegung:** Beschreibung der Versorgungsqualität anhand von Qualitätsindikatoren gegenüber einer Krankenkasse oder der Öffentlichkeit
- **Internes Qualitätsmanagement:** Einsatz von Qualitätsindikatoren innerhalb einer Praxis oder eines Versorgungsmodells, um die Qualität der Versorgung und das Versorgungsmanagement zu steuern
- **Externe Qualitätsbewertung:** Offenlegung von Qualitätsindikatoren gegenüber Dritten oder der Öffentlichkeit zum Zwecke der Bewertung oder des Vergleichs

Innerhalb dieser Felder lassen sich wiederum unterschiedliche Nutzungsmöglichkeiten beschreiben, die das Potenzial des Instruments Qualitätsindikatoren deutlich machen. Die folgende Übersicht 6 zeigt ohne Anspruch auf Vollständigkeit einige Nutzungsmöglichkeiten und die daran primär beteiligten Stellen auf. Es ergibt sich ein breites, aber sicherlich erweiterbares Spektrum.

Die Nutzung von Indikatoren ist in den verschiedenen **Einsatzfeldern** grundsätzlich unabhängig voneinander möglich. Allerdings sind von allgemeiner Qualitätsdarlegung bis zur externen Qualitätsbewertung **zunehmende Anforderungen an die Belastbarkeit** der Informationen zu stellen. Insofern kann es sinnvoll sein, die Einsatzfelder, beginnend mit allgemeiner Qualitätsdarlegung, zeitlich nacheinander anzugehen und jeweils auf die Erfahrungen aus der vorangehenden Stufe aufzubauen.

Hinsichtlich der Beteiligten ist zu beachten, dass **Beteiligung** hier nur im Sinne von Befassung mit den gemessenen Indikatorenwerten gemeint ist. Eine ganz andere Rollenverteilung ergibt sich, wenn man den Vorgang zur **Erhebung der Daten** betrachtet, die für die Indikatorenmessung erforderlich sind. Hier ist anzustreben, dass der größte Teil aus Routinedaten der Krankenkassen erhoben werden kann, die im Rahmen der Abrechnung

Übersicht 6: Spektrum möglicher Nutzungen von Qualitätsindikatoren

EINSATZFELDER	NUTZUNGSMÖGLICHKEITEN	BETEILIGTE					
		Versorgungsmodell			Kranken- kasse	Externe Organi- sation	Öffent- lichkeit
		Arzt/ Praxis	Quali- täts- Zirkel	Manage- ment			
Allgemeine Qualitätsdarlegung	■ Qualitätsbericht			X			X
	■ Zielvereinbarung		(X)	X	X		
	■ Qualitätsnachweis bei Budgetverantwortung			X	X		X
Internes Qualitäts- management	■ Feedback-Berichte	X	X	X			
	■ Monitoring von Kenngrößen		X	X	X		
	■ Qualitätsorientierte Vergütung („pay for performance“)	X		X	X		
Externe Qualitätsbewertung	■ Evaluation			X	X	X	
	■ Zertifizierung / Qualitätssiegel			X		X	X
	■ Öffentliches Benchmarking			X		X	X
	■ Kriterium für die Auswahl von Arzt oder Versorgungsmodell				X		X

anfallen. Es wird jedoch nicht zu vermeiden sein, dass die Leistungserbringer auch selbst Daten in der Praxis erheben. Hier kommt es auf geeignete informationstechnische Unterstützung an, um den Erhebungsaufwand im Interesse aller Beteiligten zu minimieren.

Auffällig ist in Übersicht 6 die häufige **Beteiligung des Managements**. Daran wird deutlich, dass die Arbeit mit Qualitätsindikatoren Aktivitäten erfordert, die über klassische ärztliche Tätigkeiten hinausgehen. Natürlich braucht es medizinische Kompetenz bei der Auswahl von Indikatoren und der Bewertung von Messergebnissen. Daneben sind aber bei Datenerfassung, Ergebnisberechnung, Erstellung und Verbreitung von Berichten sowie bei der Vorbereitung der Bewertung und der Durchführung von Konsequenzen **an vielen Stellen Managementtätigkeiten zu leisten**.

Hier wird nun die **Betriebs- und Organisationsform** relevant: Die weithin bestehenden kleinen Praxisstrukturen sind mit diesem zusätzlichen Managementaufwand stark belastet. Neue Versorgungsformen oberhalb der Ebene der einzelnen Praxen richten dagegen meist eine Managementebene oder zuständige Gremien ein, etwa Netzmanagement, MVZ-Geschäftsführung oder Qualitätssicherungskommission. Diese kümmern sich neben anderem um die mit Qualitätsindikatoren verbundenen Aufgaben und entlasten damit die beteiligten Praxen. Die weitere Verbreitung der Arbeit mit Qualitätsindikatoren wird daher auch stark mit den künftigen Organisationsformen in der ambulanten Versorgung zusammenhängen.

In diesem Zusammenhang ist hier auch das Verständnis des Begriffs „**internes Qualitätsmanagement**“ zu präzisieren. Aus der Sicht von Praxen wird man dabei zunächst an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement denken, dessen Einführung Vertragsärzten

gemäß § 135a SGB V vorgegeben ist. Allerdings bleibt dieses oft auf organisatorische Aspekte begrenzt, und die meisten angebotenen Systeme arbeiten bisher nicht indikatorengestützt. Wenn nun in den weiteren Ausführungen von internem Qualitätsmanagement die Rede ist, steht dahinter ein deutlich **breiteres Verständnis**: „Internes Qualitätsmanagement“ wird nachfolgend als Sammelbegriff für alle Aktivitäten auf Ebene einer Praxis oder eines Versorgungsmodells genutzt, die systematisch und patientenunabhängig zur Steuerung, Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgungsqualität ergriffen werden. Diese Begrifflichkeit geht über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement deutlich hinaus und eröffnet erst das Handlungsfeld, in dem umfassend und systematisch mit dem Instrument der Qualitätsindikatoren gearbeitet werden kann.

4.2 Beispiele für den Einsatz von Qualitätsindikatoren

Auf einige der genannten Nutzungsmöglichkeiten, zu denen Umsetzungsbeispiele und teils auch praktische Erfahrungen vorliegen, gehen wir nachfolgend etwas näher ein.

4.2.1 Qualitätsdarlegung im Qualitätsbericht

Qualitätsberichte sind bislang aus dem stationären Bereich bekannt, wo sie für Krankenhäuser gesetzlich vorgeschrieben sind. Im ambulanten Bereich wären solche Berichte aus heutiger Sicht für einzelne Ärzte oder Praxen kaum zumutbar. Denkbar und möglich sind sie aber auf der Ebene von Versorgungsmodellen wie Arztnetzen, MVZs oder im Rahmen von Hausarztverträgen.

Mittlerweile gibt es einige Beispiele für solche Berichte auf freiwilliger Basis. Bekannt sind uns drei Arztnetze, die im Rahmen einer Kooperation mit der AOK Qualitätsindikatoren erarbeiten und einsetzen und die Erfahrungen und Ergebnisse daraus in ihren Qualitätsberichten öffentlich machen. Diese Qualitätsberichte werden in jährlichem Turnus erstellt, sodass auch die Weiterentwicklung erkennbar wird. Die Qualitätsberichte dieser Netze sind der Öffentlichkeit über das Internet zugänglich:

Übersicht 7: Arztnetze mit Angaben zu Qualitätsindikatoren im jährlichen Qualitätsbericht

ARZTNETZ	WEB-ADRESSE
Praxisnetz Nürnberg-Nord	www.praxisnetznuernberg.de/index.php
Qualinet e.V., Mannheim	www.qualinet.org
Hausärztliches Qualitäts- und Kooperationsmodell Südbaden	www.hqm-suedbaden.de/wissenswertes.php

Abfragestand: März 2009

Die Inhalte der Berichte sind frei gewählt und entsprechend unterschiedlich. Im Mittelpunkt stehen die jeweiligen Qualitätsmaßnahmen des Netzes sowie die Übermittlung von Informationen an Ärzte, Patienten und interessierte Öffentlichkeit. Sie spiegeln die Schwerpunkte und die Schwierigkeiten beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung solcher Versorgungsmodelle. Schon damit schaffen sie externe **Transparenz in Bezug auf die Struktur- und Prozessqualität**.

Darüber hinaus enthalten die Berichte der genannten Netze Informationen über den **Einsatz von Qualitätsindikatoren** und weisen bereits eine Reihe von Indikatorwerten aus. Mit Hilfe der Indikatoren legen sich die Netze also fest, was sie unter Qualität verstehen und woran sie dies messen lassen. Die unterschiedlichen Aktivitäten und Schwerpunkte der einzelnen Netze werden damit um eine objektivierbare Komponente ergänzt. Die Informationsdichte dieser Berichte unterscheidet sich dadurch nochmals erheblich von anderen Versorgungsmodellen, die noch ohne Qualitätsindikatoren über ihre Arbeit berichten.

Man darf die **Pionierarbeit** nicht unterschätzen, die für die Festlegung, Erhebung und Aufbereitung der Indikatoren für ein Netz und die Gruppe seiner Versicherten nötig ist, zumal diese nicht nur aus Routinedaten der AOK stammen. Die beteiligten Netze und die AOK haben dabei wichtige Erfahrungen gesammelt und ihre Kompetenz im Umgang mit der von ihnen geleisteten Qualität geschärft. Darüber wurde bereits an anderer Stelle berichtet (*Stock 2007*). Mit Blick auf diesen Prozess wäre es angemessen, dass die systematische Arbeit mit Qualitätsindikatoren in der Öffentlichkeit auch stärker als ein **Kriterium für den Reifegrad von Netzen** und anderen Versorgungsmodellen wahrgenommen wird.

Die **Kooperation mit der AOK** in Sachen Qualität und Indikatoren hat sich dabei als vorteilhaft für die Netze erwiesen. Die AOK hat in diesen besonderen Kooperationen nicht nur organisatorische und finanzielle Unterstützung geleistet. Mit dem Prototyp von QISA hat sie auch die fachliche Basis zur Verfügung gestellt, auf der mit den Netzen ein kritisch-konstruktiver Dialog über Qualität beginnen konnte. QISA setzt diese **Funktion eines Koordinatensystems** zur gemeinsamen Orientierung bei der Einschätzung der Versorgungsqualität fort: Ärzte und Kasse können auf Basis von QISA eine **gemeinsame Vorstellung von Qualität** bei konkreten Versorgungsaspekten erarbeiten, daraus erforderliche Maßnahmen ableiten und sich gemeinsame Ziele für das Versorgungsmodell setzen. Auf diese Weise unterstützt QISA mit seinen Indikatoren die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Die vorliegende Publikation macht QISA für alle interessierten Versorgungsformen verfügbar und erleichtert ihnen dadurch eine solche freiwillige Berichterstattung auf Basis von Qualitätsindikatoren erheblich.

Wenn ein Versorgungsmodell den Einstieg in die Arbeit mit Indikatoren auf diese Weise genommen hat, können in einem nächsten Schritt auch die Formen von Qualitätstransparenz angegangen werden, die in der Fachwelt populär sind, wie etwa Zielvereinbarungen, Pay-for-Performance oder Benchmarking. Man sollte jedoch nicht übersehen, dass jene mit hohen Anforderungen verbunden und daher nicht kurzfristig realisierbar sind. Eine wichtige weitere Etappe auf dem Weg dorthin ist der Einsatz von Qualitätsindikatoren im

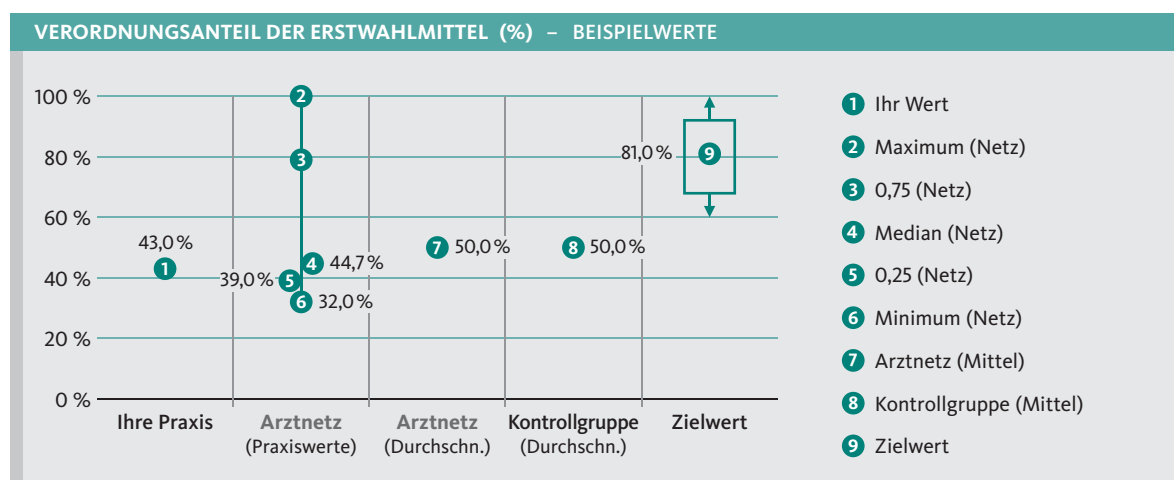
Bereich des internen Qualitätsmanagements. Nachfolgend werden einige Nutzungsmöglichkeiten in diesem Einsatzfeld beschrieben.

4.2.2 Feedback-Berichte

Wahrscheinlich die wichtigste Nutzungsmöglichkeit von Qualitätsindikatoren ist ihre Verwendung für arztindividuelle Feedback-Berichte. Dabei werden nicht nur auf Netzebene, sondern für jeden einzelnen Arzt die Indikatorenwerte seiner Praxis transparent gemacht. Zugleich wird aufgezeigt, wo er damit im Vergleich zu anderen steht. In dieser Form hat das AQUA-Institut seine Feedback-Berichte entwickelt. Die nachfolgende Übersicht 8 zeigt exemplarisch, wie ein Indikator im Bericht eingesetzt wird: Neben dem eigenen Wert des Arztes ist das Spektrum der Werte seiner Kollegen im Netz oder im Qualitätszirkel als Streudiagramm dargestellt. So kann er erkennen, ob er in dieser Gruppe zur Spitze oder zum Mittelfeld gehört oder nicht. An den Werten der Spitzengruppe wird deutlich, welches Niveau erreichbar ist, soweit die Morbidität der behandelten Patienten sich nicht stark unterscheidet. Als ergänzende Information lassen sich noch der Mittelwert einer Kontrollgruppe sowie ein gegebenenfalls vereinbarter Zielwert aufführen.

Wichtig ist dabei zweierlei: Zum einen muss jeder Arzt seine **individuellen Werte erkennen** und sich in der Gruppe der mit ihm zusammenarbeitenden Kollegen einordnen können. Die Einzelwerte der Gruppe können dabei anonym bleiben, solange nur klar ist, um wen insgesamt es sich handelt und dass dies grundsätzlich vergleichbare Praxen sind. Qualitätsindikatoren ermöglichen dem einzelnen Arzt also eine Standortbestimmung, aus der er ableiten kann, ob er seinen Praxis- und Behandlungsstil gezielt verändern will.

Übersicht 8: Indikatorendarstellung im Feedback-Bericht



Quelle: AQUA-Institut

Zum anderen ist wichtig, Ärzte mit ihren Feedback-Berichten nicht allein zu lassen. Ihr Potenzial entfalten die Berichte vor allem als **Diskussionsgrundlage im Qualitätszirkel**. Im offenen Austausch zu den gemessenen Daten kann man in diesem Rahmen sehr gut herausarbeiten, was im einzelnen Qualität ausmacht und wie sie sich verbessern und sichern lässt. In einem gemeinsamen Projekt mit der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Ried (ÄQR) und der AOK Hessen haben AOK-Bundesverband und AQUA-Institut solche Feedback-Berichte mit Indikatoren im Bereich der Diabetikerversorgung und deren Diskussion im ärztlichen Qualitätszirkel praktisch erprobt (AQUA-Institut 2007). Die Erfahrungen daraus wie auch anderweitige Studienergebnisse (zum Beispiel Wensing et al. 2004) zeigen, dass die Arbeit mit indikatorengestützten Feedbackberichten in Qualitätszirkeln positive Effekte auf die Versorgungsqualität hat. Qualitätszirkel sind quasi die Keimzelle von ärztlicher Vernetzung und systematischer Arbeit an der Versorgungsqualität. Qualitätsindikatoren sind für sie ein wichtiger Baustein. Dabei wird zugleich erkennbar, dass der Nutzen von Indikatoren stark von der Art und den Bedingungen ihres Einsatzes abhängt. Ziel von QISA ist insbesondere, die Form des Einsatzes von Feedback-Berichten in Qualitätszirkeln zu erleichtern und zu unterstützen.

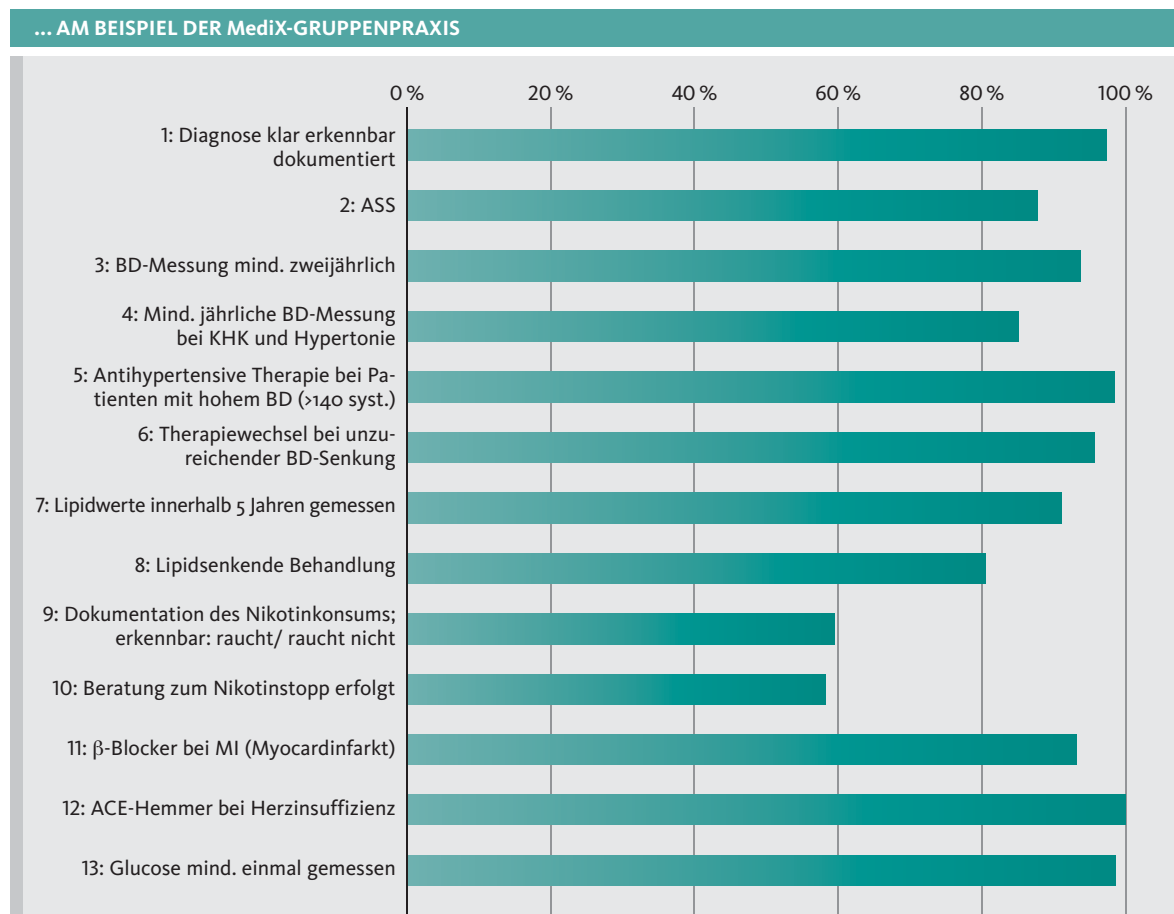
4.2.3 Monitoring von Kenngrößen

Qualitätsindikatoren sind aber auch auf der Managementebene ein wichtiges Instrument. Da in Deutschland in der ambulanten Versorgung kleine Praxen dominieren, gibt es hier noch selten eine Managementebene, wie sie etwa bei Medical Groups, Health Plans, HMOs und ähnlichen regionalen Versorgungsmodellen in anderen Ländern üblich ist. Auf dieser Ebene lässt sich die Versorgung strukturell, strategisch und mit System steuern – in aller Regel durch Ärzte. Auch hier sind Qualitätsindikatoren ein zentrales Instrument.

Beispielhaft sei hier die MediX-Gruppenpraxis in Zürich erwähnt, die unter Managed-Care-Bedingungen in der Art einer HMO geführt wird. Im Rahmen einer kleinen Studie (N = 87) wurden hier die QISA-Indikatoren zur Koronaren Herzkrankheit (Fassung 2002) erhoben und bewertet (Huber/Hess 2007). Das Ergebnis zeigt die nachfolgende Übersicht 9.

Die Indikatoren werden hier für die gesamte Gruppe der eingeschriebenen KHK-Patienten ausgewiesen. Danach erreicht die Versorgung bei MediX überwiegend Indikatorwerte zwischen 80 und 100 Prozent und damit einen hohen Standard. Konsequenz für das Management aus solchen Werten wird sein, die erreichte gute Qualität zu sichern. Anhand der beiden Indikatoren zum Nikotinkonsum ist aber auch Handlungsbedarf im Bereich der Raucherberatung erkennbar. Das Management kann daraus die Konsequenz ziehen, entsprechende Initiativen einzuleiten und damit den Ärzten zu helfen, die präventive Betreuung der rauchenden Patienten zu verbessern. Für einen einzelnen Arzt wäre ein solches Programm zu aufwendig. Das Management eines Versorgungsmodells kann dagegen durch das Monitoring wichtiger Qualitätsindikatoren die Bereiche erkennen, in denen Handlungsbedarf besteht, und daraufhin geeignete Maßnahmen und Programme entwickeln, um die Arbeit der Ärzte gezielt zu unterstützen. Der Erfolg dieser Maßnahmen lässt sich wiederum bei der nächsten Indikatorenmessung erkennen.

Übersicht 9: Qualitätsindikatoren für die KHK-Behandlung (nach AOK-Konzept)



Qualitätsindikatoren dienen hier also als **Kennzahlen zur Identifikation von Handlungsbedarf** in einem Versorgungsmodell. Dafür kommt es sehr auf die richtige Verteilung der Kennzahlen über die Breite der Versorgung an. QISA stellt als Indikatorensystem eine Auswahl solcher Kenngrößen zur Verfügung, die, über das Spektrum der hausärztlichen Grundversorgung verteilt, wichtige qualitätsrelevante Aspekte beleuchten. Das unterstützt die systematische Steuerung der Qualität in einem Versorgungsmodell.

4.2.4 Qualitätsorientierte Vergütung

Es war schon immer ein plausibler Gedanke, Qualität in der Gesundheitsversorgung dadurch zu sichern, dass gute Qualität besonders vergütet wird. Inzwischen gibt es in anderen Ländern einige Erfahrungen mit „pay for performance“ (Bezahlung für (gute) Umsetzung) – kurz p4p – (Campbell et al. 2008, Roland et al. 2007, Chenot 2007, Hess 2008). Auch in Deutschland ist qualitätsorientierte Vergütung zum Thema geworden (Sachverständigenrat 2007).

Wer gute „Performance“ vergüten will, braucht eine **Vorstellung, was gute Versorgungsqualität ist** und mit welchen Schritten und Teilzielen man ihr näher kommt. Dann kann man die Vergütungsanreize auf das Erreichen dieser Teilziele ausrichten. p4p macht also letztlich nur Sinn, wenn es die Erreichung bestehender Qualitätsziele verstärkt. Damit ist p4p von seiner Zielsetzung her als Instrument des internen Qualitätsmanagements einzuordnen.

Entscheidend für das Gelingen dieses Konzepts sind die Maßstäbe, was gute „Performance“ ist und wie sie richtig und fair gemessen wird. Deshalb sind Qualitätsindikatoren die **zentralen Bausteine eines jeden qualitätsorientierten Vergütungsmodells**. Allerdings reicht auch hier eine beliebige Menge von Indikatoren nicht aus. Ihre Auswahl muss sich an der vorliegenden Qualitätskonzeption orientieren. Diese Vorstellung lässt sich aus Leitlinien, Behandlungspfaden und anderen Standards für gute Strukturen, Prozesse und Ergebnisse ableiten. Qualitätsindikatoren sind dann das **Bindeglied zwischen Konzept und Vergütung**. Sie helfen, die Umsetzung der Qualitätskonzeption systematisch und verlässlich zu messen und damit die Performance transparent und vergütbar zu machen. Sie tragen dazu bei, den p4p-Vergütungsanreiz auf die richtigen, die Qualitätskonzeption unterstützenden Punkte zu fokussieren und ihre Intentionen zu verstärken.

Gut zu erkennen sind diese Gestaltungsprinzipien am britischen p4p-Projekt **„Quality and Outcome Framework-QOF“** (Campbell et al. 2007; Roland et al. 2007; Chenot 2007). Dort wird eine große Zahl an Indikatoren im Rahmen einer breit gefächerten Konzeption von guter Versorgung eingesetzt und mit Vergütungsanreizen verbunden. Das Beispiel zeigt, wie man qualitätsorientierte Vergütung umsetzen kann, aber auch welche Vorbereitungen und Anforderungen es dafür braucht. Die Ärzte erhalten ein Stück Transparenz über die von ihnen erreichte Qualität. Sie können damit zeigen, ob ihre Patienten optimal behandelt werden und in welchen Gebieten deren Versorgung verbessert werden könnte (Dobler 2008).

Mit der Einführung von QOF konnten innerhalb weniger Jahre deutliche Verbesserungen über einen Großteil der gemessenen Indikatoren erreicht werden. Ein Vergleich mit Kalifornien, wo die Erfahrungen mit der Incentivierung von Qualität bisher nicht so durchgängig positiv waren, weist darauf hin, dass Qualitätskulturen und Dokumentationsmethoden die Akzeptanz und Wirksamkeit von finanziellen Anreizen beeinflussen können (McDonald/Roland 2009). Insider bemängeln aber auch eine mögliche Konzentration der Ärzte auf die gewählten Parameter, womit QOF möglicherweise zu einem Zielerreichungsprogramm ohne substantiellere Förderung der Qualitätskultur werde. Zudem wiesen die erreichten Werte nur eine geringe Streuung auf, was bedeuten könne, dass die Indikatoren der ersten Phase eher politisch ausgehandelt als evidenzbasiert ausgewählt seien und insbesondere die Komplexität der Versorgung im hausärztlichen Bereich nur unzureichend adressieren (Campbell et al. 2008; Heath et al. 2009).

Wie auch immer: Auch hierzulande gibt es schon erste Schritte, p4p-Elemente zu erproben. Andererseits wird an der Diskussion um QOF auch deutlich, dass man mit qualitätsorientierten Anreizsystemen zunächst Erfahrungen sammeln und diese in der Praxis entwickeln und anpassen muss, um die gewünschten Wirkungen zu erreichen. Dazu

empfiehlt sich ein stufenweiser Einstieg im Rahmen eines lernenden und entwickelbaren Rahmens. QISA unterstützt einen solchen Einstieg bei der Auswahl konkreter Indikatoren wie auch bei der Sicherung des richtigen Indikatoren-Mix. Denn nur eine Zusammenstellung, die sich an einem systematischen Gesamtkonzept der Versorgungsqualität orientiert, kann einseitige Vergütungsanreize und kontraproduktive Wirkungen vermeiden.

4.2.5 Zertifizierung und Qualitätssiegel

Ein drittes Einsatzfeld für Qualitätsindikatoren ist die externe Qualitätsbewertung. Gemeint ist damit die Offenlegung von Qualitätsindikatoren gegenüber Dritten oder der Öffentlichkeit zum Zwecke einer summarischen, nicht tiefer differenzierten Bewertung oder des Vergleichs von Leistungserbringern oder Versorgungsmodellen. Beispiele dafür sind etwa die Zertifizierung oder die Vergabe eines Qualitätssiegels. Bekannt sind diese Begriffe aus dem Bereich des betrieblichen Qualitätsmanagements. Auch im Gesundheitswesen ist es für Krankenhäuser und Arztpraxen möglich, ihr Qualitätsmanagement zertifizieren zu lassen. Allerdings beziehen sich die entsprechenden Zertifikate bislang vor allem auf betriebliche Parameter, wie sie mehr oder weniger auf jedes Unternehmen und jede Organisation zutreffen.

Mit Hilfe von Qualitätsindikatoren sind dagegen auch Zertifikate oder Qualitätssiegel möglich, die sich überwiegend auf die **medizinische oder klinische Versorgungsqualität** beziehen. Vergeben von einer unabhängigen externen Organisation können sie einer Praxis oder einem Versorgungsmodell diese Qualität quasi offiziell bescheinigen. Notwendig sind dafür anerkannte Maßstäbe, die in einem nicht manipulierbaren Verfahren gemessen und ausgewertet werden. Der Wert eines solchen Zertifikats oder Siegels steht und fällt mit der Autorität der verleihenden Organisation und der Transparenz und fachlichen Anerkennung der dabei zugrunde liegenden Maßstäbe.

Qualitätsindikatoren bilden auch hier geeignete Maßstäbe, um zu einem solchen, möglichst weitgehend objektivierbaren Qualitätsurteil zu kommen. Für die Zertifizierung genügt allerdings die Auswahl geeigneter Indikatoren allein noch nicht. Es muss auch je Indikator fachlich überzeugend festgelegt werden, welche Indikatorwerte als gute Qualität gelten und welche nicht. Zertifizierungen oder Siegel brauchen mithin ergänzend zu guten Qualitätsindikatoren auch **fachlich begründete Standards**, bei welchen Indikatorwerten gute Qualität oder definierte Stufen von Qualität erreicht sind.

4.2.6 Beispiel EQUAM-Stiftung

Ein Beispiel für eine solche Qualitätszertifizierung bietet die schweizerische **EQUAM-Stiftung** (www.equam.ch). Ihre Gründung wurde aus dem Kreis der Managed-Care-Modelle (HMOs und Praxisnetze) betrieben, die sich in der Schweiz zunehmend verbreitet haben (Huber/Hess 2007). Ihr Interesse ist es, mit einem anerkannten Qualitätssiegel zu zeigen, dass die unter Managed Care verstärkten Anreize zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung

nicht auf Kosten der Qualität gehen. Das EQUAM-Label „Health Care Quality“ ist ein eingetragenes und geschütztes Qualitäts-Zertifikat. Es beschreibt die Qualität der medizinischen Leistung mittels messbarer Kriterien anhand der im Internet einsehbaren EQUAM-Standards. Eine Patientenbefragung liefert Daten für weitere Qualitätsaspekte zur Patientenzufriedenheit.

Das EQUAM-Zertifikat erhalten HMO-Praxen, Praxisnetze sowie Einzelpraxen, deren Qualität mit der EQUAM-Messmethode anhand eines Zertifizierungs-Audits von neutraler und unabhängiger Stelle erfolgreich überprüft wurde und die gewährleisten, dass sie die Qualität weiterhin sichern und fördern. Bislang haben eine Reihe von HMOs und Praxisnetzen sowie zahlreiche Arztpraxen dieses Zertifikat erworben. Entsprechende Listen sind auf der Website der EQUAM-Stiftung einsehbar.

Die EQUAM-Stiftung entwickelt ihre Qualitätsstandards laufend weiter. Neben Qualitätsmanagementsystemen und anerkannten Befragungsinstrumenten stützt sie sich im Rahmen einer Kooperation mit dem AOK-Bundesverband auch auf die Indikatoren des Prototyps von QISA. Die EQUAM-Qualitätskriterien bestehen aus Indikatoren für das Praxis-Qualitätsmanagement (entsprechend den inzwischen in zahlreichen Ländern verwendeten Indikatoren aus dem Europäischen Praxisassessment (EPA)), aus Prozess-Indikatoren für Managed-Care-Modelle sowie aus klinischen Outcome- und Performance-Indikatoren. Ein Schwerpunkt der Entwicklung liegt im Ausbau des dritten Bereichs.

Die Aussichten für entsprechende Zertifikate oder Qualitätssiegel für Versorgungsmodelle im deutschen Gesundheitswesen sind schwer einzuschätzen. Dies liegt nicht nur am erforderlichen Aufwand für die Auswahl geeigneter Indikatoren und für die Definition angemessener Standards. Es liegt auch daran, dass ein der Schweiz vergleichbares Interesse an einem solchen Siegel mangels einer relevanten Zahl von Managed-Care-Modellen hierzulande noch fehlt. Zudem steht in Sachen Qualitätstransparenz zunächst der Aufbau von geeigneten Formen der sektorübergreifenden Qualitätsmessung und -darlegung im Vordergrund. Inwieweit Zertifikate erst darauf aufbauen oder schon früher entstehen, bleibt abzuwarten. In jedem Fall ist QISA auch für diese Zwecke eine gute Ausgangsbasis für die Auswahl von Indikatoren.

4.2.7 Öffentliches Benchmarking

Eine weitere Form der externen Qualitätsbewertung ist das öffentliche Benchmarking, also die nicht anonymisierte, vergleichende Darlegung von Qualitätsparametern in öffentlich zugänglichen Quellen. Sie ermöglicht es Versicherten und Patienten, aber auch der kritischen Fachöffentlichkeit, sich ein eigenes Bild der Qualität von Gesundheitsanbietern zu machen und diese Bewertung bei Bedarf als Grundlage von Auswahlentscheidungen zu nehmen. Dies ist sicherlich die am weitesten gehende Form von externer Qualitätstransparenz, die zugleich mit den höchsten Anforderungen an die Qualitätsparameter verbunden ist, sollen Missverständnisse und Fehlinterpretationen vermieden werden. Besonders wichtig sind hier auch funktionierende Formen der Risikoadjustierung.

Ausgeprägte Formen von öffentlichem Benchmarking findet man speziell in den USA. Ein besonderes Interesse an solchen Informationen besteht dort, weil die Krankenversicherung in der Regel über den Arbeitgeber angeboten und finanziert wird. Unternehmen müssen deshalb entscheiden, welche Versicherungsangebote oder Versorgungsanbieter sie für ihre Beschäftigten auswählen. Es gibt in den USA also mit den Unternehmen noch eine ganz andere, für Versicherer und Versorgungsanbieter äußerst wichtige Zielgruppe für Qualitätsinformationen.

Zu diesem Zweck wurde das „Health Plan Employer Data and Information Set“ (HEDIS) entwickelt (Roski 2007, <http://www.ncqa.org/tabid/59/Default.aspx>). HEDIS ist ein Beispiel für ein Indikatorensystem, das als Basis für ein öffentliches Benchmarking von Versorgungsanbietern dient. Seine Ergebnisse werden über einen Nachrichtenanbieter (<http://health.usnews.com/sections/health/health-plans/>) in Form von Bestenlisten und Rankings publiziert und stehen so der gesamten Öffentlichkeit zur Verfügung³. Die HEDIS-Methodik der Erfassung und Messung wird differenziert dargelegt und ständig weiterentwickelt. Die Qualitätsbewertung besteht letztendlich in einem zusammenfassenden Gesamtscore sowie in der Verleihung von maximal fünf Sternen in den Bereichen Patientenzufriedenheit, Prävention und Behandlung.

Öffentliches Benchmarking in dieser Form wirft eine Reihe von **Fragen** auf: So kann man bezweifeln, ob die stark zusammengefasste und vergrößerte öffentliche Darstellung der ansonsten durchaus differenziert erhobenen HEDIS-Indikatoren den Adressaten wirklich ein ausreichendes Bild der Versorgungsqualität gibt, um auf dieser Basis Auswahlentscheidungen zu treffen. Schon angesprochen wurde die Frage, ob die verschiedenen Akteure der „Öffentlichkeit“ diese Informationen angemessen einordnen und bewerten können. Erfahrungen aus der Schweiz zeigen zudem, dass die Versicherten sich bei der Nutzung entsprechender Internetportale bislang vor allem für die Preise, aber nur wenig für die Qualität eines Versorgungsangebots interessieren (Eisler 2009).

Ungeachtet dessen sind die Benchmarks und die Rankings **von hohem Interesse für die Versorgungsanbieter selbst**. Denn wer gut abschneidet, kann die Werte für sein Marketing nutzen. Ob dagegen Anbieter, die schlechte Werte erhalten, eher Verbesserungsmaßnahmen ergreifen oder eher versuchen, aus dem Ranking herauszukommen, muss hier offenbleiben. Ein Beispiel für die Nutzung der eigenen guten Werte im Marketing ist **Kaiser Permanente**, einer der großen Versorgungsanbieter in den USA. Kaiser nutzt die HEDIS-Ergebnisse, um auf der eigenen Website für die gebotene Qualität zu werben (<https://www.kaiserpermanente.org/>). Dabei wird jeweils das eigene Ergebnis dem Wert für die übrige Region gegenübergestellt. Das wird nur tun, wer auch überwiegend gute Ergebnisse vorweisen kann. Denn das transparente HEDIS-System erschwert es, sich nur auf die guten Ergebnisse zu beschränken. So wird bei Kaiser Permanente auch erkennbar, in welcher Hinsicht man schlechter abschneidet als die übrige Region.

³ Abfragestand der angegebenen Links: April 2009.

⁴ Allerdings braucht es ein paar Klicks, um die Daten zu finden: Man muss dazu auf der Homepage einen Health Plan auswählen, z. B. Southern California, und findet dort unter der Rubrik „About Us“ den Punkt „Measuring Quality“, der in verschiedenen Unterpunkten das Selbstverständnis in Sachen Qualität sowie Messmethodik und Messergebnisse aufführt (Abfragestand: April 2009).

Im Ergebnis lässt sich aus dem Blick ins Ausland ableiten, dass öffentliche Benchmarking-Angebote eher dort bestehen, wo es deutlich unterscheidbare Wahlmöglichkeiten und relevante Zielgruppen gibt. Hierzulande ist dies nicht in gleichem Maße der Fall. Eine differenzierte und reflektierte Nachfrage der breiten Öffentlichkeit nach Qualitätsinformationen sowie ein gesellschaftliches Qualitätsverständnis werden sich daher wohl erst über einen längeren Zeitraum herausbilden. Insofern ist die Zukunft für öffentliches Benchmarking im deutschen Gesundheitswesen schwer einzuschätzen. QISA – das im Übrigen auch manche der HEDIS-Indikatoren übernimmt – würde aber auch hierfür eine Ausgangsbasis bieten.

5 Schlussfolgerungen und Fazit

Insgesamt betrachtet sind Qualitätsindikatoren ein Instrument, das sich in vielfacher Weise nutzen lässt. Wir haben gezeigt, dass Indikatoren für Zwecke der internen und der externen Qualitätstransparenz genauso einsetzbar sind wie für die Steuerung der Qualität in einem Versorgungsmodell. Daran wird ihre zentrale Funktion erkennbar. Es lässt sich als erste Schlussfolgerung feststellen:

1. **Gute Qualitätsindikatoren sind eine notwendige Voraussetzung für jede systematische Arbeit an der Qualität der Versorgung.**

Die Beschreibung der Nutzungsmöglichkeiten hat zudem deutlich gemacht, dass eine reine Datenbank mit Indikatoren oder eine unstrukturierte Zusammenstellung solcher Kennzahlen für die meisten Zwecke nicht ausreichend ist. Die zweite Schlussfolgerung lautet daher:

2. **Als Hintergrund für den Einsatz von Indikatoren braucht es ein Gesamtkonzept für die Versorgungsqualität, um systematisch die richtigen Gewichtungen vorzunehmen und einseitige Schwerpunktsetzungen zu vermeiden.**

Aus diesem Grund ist QISA bewusst als System aufgebaut worden. Die beschriebenen **Ziele und Funktionen von QISA** lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

- **Qualitätsindikatoren:** QISA ist eine Zusammenstellung, Begründung und Beschreibung von Qualitätsindikatoren, die auf Basis der verfügbaren Evidenz und unter Einbezug von Expertenwissen aus unterschiedlichen Perspektiven erarbeitet wurden.
- **Indikatorensystem:** QISA ordnet diese Indikatoren in ein zusammenhängendes Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung ein. Mit seinen verschiedenen Modulen ermöglicht QISA einen Blick auf die Qualität der Gesundheitsversorgung in ihrer gesamten Breite.
- **Programm zur Qualitätsentwicklung:** QISA legt sich fest, auf welche Aspekte es bei der Qualität der ambulanten Versorgung ankommt und was im Einzelnen diese Qualität ausmacht. Damit bietet QISA auch ein Programm wichtiger Ansatzpunkte für die Sicherung und Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsqualität an.
- **Prozessunterstützung:** QISA unterstützt die systematische Arbeit an der Qualität nicht nur inhaltlich, sondern auch methodisch. Auf Basis der Indikatoren und der Erläuterungen im QISA-Handbuch sind ein edukatives und lernendes Herangehen sowie eine offene Kommunikation über Qualität möglich.
- **Nutzungsmöglichkeiten:** QISA bildet den Ausgangspunkt für ganz verschiedene Formen des Einsatzes von Qualitätsindikatoren. Damit ist QISA eine erste gemeinsame Basis für unterschiedliche Nutzungsmöglichkeiten. QISA soll dazu beitragen, für die zu erwartende Ausdehnung des Einsatzes von Indikatoren in der ambulanten Versorgung einen gemeinsamen Rahmen zu schaffen.

QISA ist als Teil der einleitend beschriebenen aktuellen Phase auf dem Weg zu mehr Versorgungsqualität zu sehen, bei der derzeit Qualitätstransparenz im Mittelpunkt steht. Der Beitrag von QISA soll darin liegen, die Berichterstattung über Qualität möglichst eng an die Handlungsebene zu koppeln, damit die Transparenz der Qualität auch direkte praktische Effekte nach sich zieht. Einfach ist diese Verbindung nicht herzustellen, auch wenn zuvor gute Beispiele dafür beschrieben wurden. Wer in der Praxis mit Qualitätsindikatoren arbeiten will, muss zumindest folgende **Herausforderungen und Hürden** im Blick behalten:

- Es braucht einen **organisatorischen Rahmen**, in dem die Beteiligten das Ziel verfolgen, mit Hilfe von Indikatoren Qualität transparent und handlungsrelevant zu machen. Meist passt das ideal in den Kontext neuer Versorgungsformen wie etwa Arztnetze oder Versorgungszentren, integrierte Versorgungsmodelle oder auch Hausarztverträge. Von Vorteil ist eine regionale oder lokale Begrenzung, um Übersichtbarkeit zu erhalten.
- Zum **Aufbau** dieses Rahmens sind nicht nur grundlegende vertragliche Regelungen nötig, sondern auch eine Verständigung über die **Zielsetzungen und Prozessschritte** zur Qualitätstransparenz. Egal ob nur Leistungserbringer oder auch Krankenkassen beteiligt sind: Es ist noch weithin ungewohnt, über Qualität offen und kritisch-konstruktiv zu kommunizieren. Der Aufbau des nötigen Vertrauens und einer entsprechenden „Kultur“ braucht deshalb Zeit, ist aber notwendige Voraussetzung für nachhaltige Effekte von Qualitätstransparenz. Es empfehlen sich daher ein Start in kleinen Schritten sowie eine mittelfristig ausgerichtete Planung.
- Besonderer Aufmerksamkeit bedarf daneben der ganze Bereich des **Datenmanagements**. Zu regeln sind Definition und Erfassung der erforderlichen Daten, Auswertung und Berechnung von Indikatoren sowie die Umsetzung der Ergebnisse in Berichte für jeden Beteiligten. Diskussionsträchtig ist dabei insbesondere der **Aufwand für die Datenerfassung**. Hier ist zu beachten, dass der bisherige Königsweg über die Routinedaten der Krankenkassen künftig nicht mehr verlässlich zur Verfügung stehen wird. Der derzeitige Trend zur Pauschalierung von Vergütungen und zur Pluralisierung von Vertragstypen wird dazu führen, dass die Datenbasis zur Generierung von Indikatoren aus Abrechnungsdaten heterogener und deutlich schmaler wird.
- Diese Erosion der klassischen Datenbasis lässt sich nur durch **Erhebung der Daten direkt bei den Leistungserbringern** ersetzen. Da der Aufwand hierfür minimal gehalten werden muss, wird die Zukunft Softwarelösungen gehören, die auf die Praxisverwaltungssoftware aufsetzen und direkt aus dieser die qualitätsrelevanten Daten entnehmen. Damit kann der Aufwand für Arzt und Praxis in Grenzen gehalten werden, und das Qualitätsmanagement bleibt zugleich unabhängig von Veränderungen der Vergütung.

Aus diesen Vorbedingungen und Aufwänden für die indikatorengestützte Arbeit an der Versorgungsqualität lässt sich als dritte Schlussfolgerung feststellen:

3. **Die für heutige Verhältnisse innovative Arbeit mit Qualitätsindikatoren braucht einen besonderen Rahmen und ist daher eng mit dem Aufbau von neuen Versorgungsformen verbunden, die die nötigen Rahmenbedingungen bieten.**

Damit soll nicht ausgeschlossen werden, dass es auch für die Regelversorgung Formen geben kann, wie mit Qualitätsindikatoren Impulse für eine Weiterentwicklung der Qualität gesetzt werden. Dennoch bieten neue Versorgungsformen erheblich bessere Möglichkeiten, das Potenzial von Qualitätsindikatoren zu nutzen und Effekte zugunsten der Qualität zu erzielen.

Ungeachtet dieser Herausforderungen und Hürden gibt es international, aber auch hierzulande gute Beispiele für die Nutzung von Qualitätsindikatoren. Wir haben exemplarisch gezeigt, wie dieser Einsatz möglich ist und wie damit Effekte erreicht werden können. Dies bestätigt die unter dem Leitbegriff Qualitätstransparenz eingeschlagene Richtung. Abschließend können wir damit eine positive vierte Schlussfolgerung ziehen:

4. **Mit Hilfe von Qualitätsindikatoren lässt sich Qualitätstransparenz in der Weise herstellen, dass eine praxisnahe Kommunikation über Qualität stattfindet und praktische Effekte zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität erreicht werden.**

Dazu will QISA beitragen und neue Maßstäbe setzen.

Anhang A: Literaturverzeichnis

- AQUA-Institut. Qualitätsdarlegung der Diabetiker-Versorgung in der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Ried (ÄQ Ried). Projekt im Auftrag des AOK-Bundesverbands und der AOK Hessen. Endbericht. Unveröffentlichtes Manuskript. Göttingen 2007
- Arah OA, Wespert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care* 2006; 18 Suppl 1: 5–13.
- Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (Hrsg.). Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2001.
- Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosekoff J, Park R. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1986; 2: 53–63.
- Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med*. 2007; 357: 181–90
- Campbell SM, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Ann Fam Med* 2008; 6: 228–34.
- Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003;326(7393):816-819.
- Campbell SM, Hann M, Hacker J, Durie A, Thapar A, Roland MO. Quality assessment for three common conditions in primary care: validity and reliability of review criteria developed by expert panels for angina, asthma and type 2 diabetes. *Qual Saf Health Care*. 2002;11(2): 125–130.
- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Sciences Med* 2000;51: 1611–1625.
- Chenot R. Leistungsbezogene Bezahlung für Allgemeinärzte: Das englische Experiment. *Z Allg Med* 2007; 83: 242–246.
- Dierks ML, Bitzer EM, Schwarz FM, Haase I. Focus-group-discussions – eine Methode zur Erhebung von Qualitätskriterien in der hausärztlichen Versorgung aus der Perspektive der Patienten. *Z Allg Med* 1994; 70: 921–924.
- Dobler R. Pay for Performance – Erfahrungen aus dem NHS. *Care Management (CH)* 2008; 6: 21-22
- Donabedian A. Evaluation of the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44(Suppl): 166–206.
- Donabedian A. Advantages and Limitations of explicit criteria for assessing the quality of health care. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1981; 59(1):99-106.
- Eisler R. „Transparenz bei der Qualität interessiert die Versicherten nicht“ (Interview). *Care Management* 2009 (1): 3–4
- Elwyn G, Buetow SA, Hibbard JH, Wensing M. Respecting the subjective: quality measurement from the patient's perspective. *BMJ* 2007; 335: 1021–1023.
- Engels Y, Campell SM, Dautzenberg M, van der Hombergh P, Brinkmann H, Szecsenyi J et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract* 2005; 22: 215–222.
- Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Med Care* 2009; 47(1): 1–8.
- Gray D, Hampton JR, Bernstein SJ, Kosekoff J, Brook RH. Audit of coronary angiography and bypass surgery. *Lancet* 1990; 335: 1317–1320.

- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225–1230.
- Harris KM. How do patients choose physicians? Evidence from a national survey of enrollees in employment-related health plans. *Health Serv Res* 2003; 38(2): 711–32.
- Heath I, Rubinstein R, Stange KC, van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ* 2009; 338: b1242.
- Hess K. P4P in der ambulanten Medizin: ein Ansatz mit Potenzial. *Care Management* 2008 (6): 6–9.
- Hibbard JH, Slovic P, Peters E, Finucane ML, Tusler M. Is the informed-choice policy approach appropriate for Medicare beneficiaries? *Health Affairs* 2001; 20(3): 199–203.
- Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Tusler M. Can patients be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors. *Med Care Res Rev* 2005; 62(5): 601–616.
- Huber F, Hess K. Qualitätsindikatoren für Managed Care in der Schweiz am Beispiel von MediX und EQUAM. In: Stock J, Szecsenyi J (Hrsg.). Stichwort: Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft 2007; 71–96.
- Kahan JP, Bernstein SJ, Leape LL, Hilborne LH, Park RE, Parker L et al. Measuring the necessity of medical procedures. *Med Care* 1994; 32: 357–360.
- Kassirer JP. The quality of care and the quality of measuring it. *N Eng J Med* 1993; 329: 1263–1264.
- Laux G, Kuehling T, Rosemann T, Szecsenyi J. Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Services Research* 2008; 8.
- Leape LL, Hilborne LH, Schwartz JS, Bates DW, Rubin HR, Slavin P et al.. The appropriateness of coronary artery bypass graft surgery in academic medical centres. *Ann Intern Med* 1996; 125: 8–18.
- McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 1998; 317: 1354–1360.
- Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, et al. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000; 283:1866–1874.
- McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Ann Fam Med*. 2009;7: 121–7.
- McGlynn EA, Asch SM: Developing a Clinical Performance Measure. *American Journal of Preventive Medicine (RAND Health Program Reprint Service* 1998; 98-9Q)14.
- Naylor DC. Grey zones of clinical practice: Some limits to evidence-based medicine. North York, Canada: Institute for Clinical Evaluative Sciences, Sunnybrook Health Sciences Centre, 1995.
- Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 19;3: CD004563.
- RAND. Quality of Care for General Medical Conditions: A Review of the Literature and Quality Indicators. Santa Monica, RAND Health Program 2000.
- Rohde-Kampmann R, Auschra R, Schmiemann G. Welche Rolle spielen Qualitätsindikatoren beim Qualitätsmanagement einer Hausarztpraxis? In: Stock J, Szecsenyi J (Hrsg.). Stichwort: Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft 2007; 243–262.
- Roland M, Campbell S, Bailey N, Whalley D, Sibbald B. Qualitätsabhängige Arztvergütung: Ein groß angelegtes Experiment in Großbritannien. In: Stock J, Szecsenyi J (Hrsg.). Stichwort: Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft 2007; 43–69.

- Roski J. Qualitätsmessung in den USA: Erfahrungen und Konzepte in der ambulanten Versorgung. In: Stock J, Szecsenyi J (Hrsg.). Stichwort: Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft 2007; 17–42.
- Scott EA, Black N. Appropriateness of cholecystectomy in the United Kingdom - a consensus panel approach. *Gout* 1991; 32: 1066–1070.
- Shekelle PG, Kahan JP, Bernstein SJ, Leape LL, Kamberg CJ, Park RE. The reproducibility of a method to identify the overuse and underuse of procedures. *New Engl J Med* 1998; 338: 1888–1895.
- Stock J. Erste Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren in Arztnetzen. In: Stock J, Szecsenyi J (Hrsg.) Stichwort: Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft 2007; 277–299.
- Stock J, Broge B. „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“ – erstes deutsches Indikatorensystem für die hausärztliche Versorgung. In: Stock J, Szecsenyi J (Hrsg.). Stichwort: Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft 2007; 97–118.
- Stock J, Szecsenyi J (Hrsg.). Stichwort: Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft 2007.
- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. 2 Bde. Baden-Baden: Nomos 2008.
- Wengers NS, Roth CP, Shekelle PG, ACOVE. Investigators: Introduction to the assessing care of vulnerable elders – 3 quality indicator measurement set. *Journal of the American Geriatric Society (JAGS)* 55 Suppl 2, 247–252 2007.
- Wensing M, Broge B, Kaufmann-Kolle P, Andres E, Szecsenyi J. Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? *J Eval Clin Pract* 2004; 10: 457–466.
- Wensing M, Mainz J, Grol R for the EUROPEP group. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. *Eur J Gen Pract* 2000; 6: 82–87.
- World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Global Report Geneva: World Health Organization. 2002.

Anhang B: Wer hat QISA erarbeitet?

QISA ist das Produkt vieler Mitwirkender. Nur so ergibt sich die nötige inhaltliche und fachliche Breite und nur so lässt sich der methodische Anspruch einlösen, verschiedene Perspektiven einzubeziehen und die Belange der Praxis zu berücksichtigen.

Getragen wurde und wird die Erarbeitung von QISA unter der Führung der Herausgeber von Kernteams beim AQUA-Institut, Göttingen und bei der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, unterstützt von den zuständigen Personen im Stabsbereich Medizin des AOK-Bundesverbands als Auftraggeber. Um diesen engeren Kreis herum haben sich eine Menge weiterer Personen an der Erarbeitung des Prototyps „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“ (2001/2002) sowie an der darauf aufbauenden Entwicklung von QISA (seit 2006) mit vielen Beiträgen und Anregungen beteiligt.

Es handelt sich insbesondere um

- interne und externe Autoren aus verschiedenen Ländern,
- externe Gutachter aus Deutschland und der Schweiz,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einiger AOKs und des AOK-Bundesverbands sowie
- Netzärzte und Netzexperten aus Deutschland und der Schweiz.

All diese Gruppen und Personen haben wichtige Impulse gegeben und damit zu QISA in der hier vorliegenden Form erheblich beigetragen. Deshalb stellt dieser Anhang im Überblick zusammen, wer wie an der Entstehung von QISA beteiligt war. Ungeachtet dessen liegt die Verantwortung für die Inhalte und die letztliche Gestaltung von QISA natürlich bei den Autoren und den Herausgebern der aktuellen Fassung.

Nachfolgend werden zunächst die Mitwirkenden an der seit dem Jahr 2006 begonnenen Neufassung von QISA aufgeführt (B.1), soweit sie zum Zeitpunkt der Drucklegung für die erste QISA-Tranche feststehen. Aktualisierte Informationen hierzu sind jeweils der QISA-Website www.QISA.de zu entnehmen. Anschließend werden die Mitwirkenden des Prototyps für QISA, vormals „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“ genannt (B.2).

B.1 QISA – Mitwirkende an der 1. und 2. Tranche

Herausgeber

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi,
Facharzt für Allgemeinmedizin (1,2)

Dipl.-Kfm. Björn Broge (1)

Johannes Stock, Soziologe M.A. (4)

Autoren der QISA-Bände (nur 1. und 2. Tranche, Stand April 2009)

A Einleitung: QISA stellt sich vor	Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (2) Johannes Stock, Soziologe M.A. (4) Dr. rer. pol. Regine Chenot (1)
B Allgemeine Indikatoren für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle (Arztnetz, MVZ u.a.)	Dipl.-Kfm. Björn Broge (1) Johannes Stock, Soziologe M.A. (4) Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (2)
C1 Asthma/COPD	PD Dr. med. Antonius Schneider, Facharzt für Allgemeinmedizin (2) Dr. rer. nat. Petra Kaufmann-Kolle, Fachapothekerin für Arzneimittelinformation (1) Lisa Tilemann, Ärztin (2)
C2 Diabetes Typ 2	Katharina Glassen, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren (2) Dr. med. Antje Miksch (2)
C3 Bluthochdruck	Dr. rer. pol. Regine Chenot (1) Prof. Dr. Joachim Szecsenyi (2)
C4 Akuter Rückenschmerz	PD Dr. med. Jean-François Chenot, MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin (3),
D Pharmakotherapie	Dr. rer. nat. Petra Kaufmann-Kolle, Fachapothekerin für Arzneimittelinformation (1) Dr. rer. nat. Burgi Riens (1) Barbara Grün, Apothekerin, wiss. Dokumentarin (1) Dr. med. Tonia Kazmaier (1)

E1 Primärprävention	Dr. med. Sabine Ludt, Fachärztin für Allgemeinmedizin (2) Katharina Glassen, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren (2) Prof. Dr. med. Armin Wieseemann, Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (2) Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (2)
E2 Krebsfrüherkennung	Dr. med. Sabine Ludt, Fachärztin für Allgemeinmedizin (2) Katharina Glassen, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren (2) Prof. Dr. med. Armin Wieseemann, Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (2) Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (2)
F1 Palliative Betreuung	Dr. med. Peter Engeser Dipl. Psych. Katja Hermann

- (1) AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10, 37073 Göttingen
- (2) Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Voßstrasse 2, 69115 Heidelberg
- (3) Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
- (4) Mailadresse: stock@qisa.de

QISA wird laufend weiterentwickelt. Aktuelle Informationen, die bei Drucklegung dieses Bandes noch nicht verfügbar waren, finden Sie auf www.qisa.de.

Expertengruppe zur Konzeption von QISA 2006

Dr. med. Werner Besier, Mannheim
Dr. med. Wolfgang Blank, Kirchberg im Wald
Dr. med. Jozé Braspenning, Nijmegen
Dr. med. Günther Egidi, Bremen
Dr. med. Hans-Martin Heinemeyer, Riedstadt
Dr. med. Kurt Hess, Zürich
Dr. med. Burkhard John, Magdeburg-Schönebeck
Dr. med. Volkmar Männl, Nürnberg
Dr. med. Gabriele Müller-de Cornejo, Bonn
Dr. med. Ralf Rohde-Kampmann, Verden
Prof. Dr. med. Rainer Rix, Nürnberg

Stand der Angaben: 2006

AOK-Projektbegleitgruppe zu QISA 2006

Erwin Bader – AOK Bayern, München
Sibylle Becker – AOK-Bundesverband, Bonn
Dr. med. Ursula Becker – AOK-Bundesverband, Bonn
Karin Gaiser – AOK Baden-Württemberg, Stuttgart
Dieter Hruschka – AOK Bayern, München
Dr. med. Andreas Kiefer – AOK-Bundesverband, Bonn
Irene Langner – Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn
Bettina Laux – AOK Bayern, München
Susanne Lüke – AOK Hessen, Bad Homburg
Dr. med. Kirsten Reinhard – AOK-Bundesverband, Bonn
Dr. med. Gerhard Schillinger – AOK-Bundesverband, Bonn
Gisbert W. Selke – Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn
Johannes Stock – AOK-Bundesverband, Bonn
Franca Stodolka – AOK Baden-Württemberg, Stuttgart
Beate Vollmann – AOK Sachsen-Anhalt, Magdeburg
Dr. med. Karin Wagemann – AOK-Bundesverband, Bonn
Dr. Annette Zawinell – Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn

Stand der Angaben: 2006

B.2 Mitwirkende an den „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“

Die Vorgeschichte von QISA begann schon im Jahr 2001, als der AOK-Bundesverband das AQUA-Institut beauftragte, Parameter zur Messung und Beurteilung der Qualität in Arztnetzen zu entwickeln, die Budgetverantwortung übernehmen. Im Jahr 2002 legte das AQUA-Institut mit den „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“ den Prototyp für das spätere QISA vor. Er wurde in intensiver internationaler Zusammenarbeit mit zwei nach wie vor führenden Institutionen erarbeitet:

- Centre for Quality of Care Research,
Katholieke Universiteit, Nijmegen (NL), Leitung: Prof. Dr. Richard Grol
- National Primary Care Research and Development Centre,
University of Manchester (GB), Leitung: Prof. Dr. Martin Roland

Dieser Prototyp wurde nicht veröffentlicht, sondern diente als Grundlage für die Erprobung von Qualitätsindikatoren in Arztnetzen. QISA stützt sich auf diesen Prototyp und die damit gesammelten praktischen Erfahrungen. Die seinerzeit erarbeitete Ausrichtung sowie die Grundstruktur des Indikatorensystems wurden für QISA beibehalten. Das rechtfertigt es, an dieser Stelle auch die damals beteiligten Personen zu nennen.

„Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“ (2002)

Beteiligte Netzärzte und Netzexperten (Deutschland, Schweiz)

Dr. med. Werner Besier, Mannheim
 Dr. med. Harro Böckmann, Bad Krozingen
 Dr. med. Hans-Christian Böttger, Herdecke
 Dr. med. Dr. phil. Jutta Göhren, Kappeln/Schlei
 Dr. med., Dr. phil. Heike Heß, Nortorf
 Dr. med. Brigitte Kluthe, Riedstadt
 Prof. Dr. med. Rainer Rix, Nürnberg
 Dr. med. Hermann Rolfes, Lathen
 Dr. med. Gert Schmidt, Hüttenberg

Dr. Rita Baur – Prognos AG, Basel (CH)
 Leo Buchs – MHC-Consulting, Baar (CH)
 Dr. med. Thomas Grüninger – Gesundheitsplan HMO Basel (CH)
 Dr. med. Felix Huber – MediX Ärzte AG, Zürich (CH)
 René Kühne – Helsana Versicherungen AG, Zürich (CH)
 Dr. med. Christian Marti – Wintimed, MediX Ärzte AG, Zürich (CH)
 Dr. Felix Roth – EQUAM-Stiftung/ Schweizer Tropeninstitut, Basel (CH)
 Stefan Schütz – ÖKK, Basel (CH)

Stand der Angaben: 2002

„Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“ (2002) – Autoren und Externe Gutachter

Indikatoren-Sets (2002)	Autoren (2002)	Externe Gutachter (2002)
A Einführung	Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi (1/4) Prof. Dr. med. Martin M. Marshall (2) Prof. Dr. med. Martin Roland (2) Prof. Dr. med. Stephen Campbell (2) Dipl.Kfm. Björn Broge (1) Klaus Magdeburg, Arzt (1)	-/-
B Allgemeine Merkmale von Arztnetzen	Klaus Magdeburg, Arzt (1) Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi (1/4)	Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt
C Indikationsbezogene Module		
C.1 Hypertonie	Dr. med. Annette Singewald (1) Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi (1/4)	Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, MPH, Universität Marburg, Abteilung Allgemeinmedizin
C.2 Diabetes Typ 2	Dr. med. Annette Singewald (1) Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi (1/4)	Prof. Dr. med. Peter T Sawicki St. Franziskus Hospital, Köln, (heute IQWiG)
C.3 Asthma	Dr. med. Annette Singewald (1) Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi (1/4)	[AQUA-interne Expertise (Projekt Sachsen-Anhalt)]
C.4 Koronare Herzkrankheit	Prof. Dr. med. Martin M. Marshall (2) Prof. Dr. med. Martin Roland (2) Prof. Dr. med. Stephen Campbell (2) Jenny Hacker (2), Sue Kirk (2) Sandra Kennell-Webb (2)	Prof. Dr. med. Armin Wiesemann Universität Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
C.5 Akuter Rückenschmerz	Prof. Dr. med. Martin M. Marshall (2) Prof. Dr. med. Martin Roland (2) Prof. Dr. med. Stephen Campbell (2) Jenny Hacker (2), Sue Kirk (2) Sandra Kennell-Webb (2)	Dr. med. Klaus Mildenstein, Hannover
C.6 Alkoholmissbrauch	Dr. med. Jozé Braspenning (3) Prof. Dr. Richard Grol (3)	Dr. med. Walter Dresch, Köln
C.7 Depression	Dr. med. Jozé Braspenning (3) Prof. Dr. Richard Grol (3)	Prof. Dr. med. Hagen Sandholzer Universität Leipzig, Abteilung Allgemeinmedizin
D Pharmakotherapie	Dr. rer. nat. Petra Kaufmann-Kolle (1) Dipl.Kfm. Björn Broge (1) Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi (1/4)	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)
E Laboruntersuchungen	Dr. med. Jozé Braspenning (3) Prof. Dr. Richard Grol (3)	Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt
F Prävention	Dr. med. Sabine Ludt (4) Prof. Dr. med. Armin Wiesemann (4) Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi (1/4)	Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller, Direktor des Institutes für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

Stand der Angaben: 2002

„Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“ (2002) – AOK-Projektbegleitgruppe

Frank Bausch – AOK-Bundesverband, Stabsbereich Medizin, Bonn

Christian Burger – AOK Rheinland-Pfalz, Eisenberg

Gisela Daul – AOK Baden-Württemberg, Stuttgart

Dirk Gangel – AOK-Bundesverband, Stabsbereich Medizin, Bonn

Regina Gilge – AOK Rheinland, Düsseldorf

Anne Haas – AOK-Bundesverband, Stabsbereich Politik, Bonn

Michael Hahn – AOK Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin

Dr. Claus Hebbeln – AOK Schleswig-Holstein, Kiel

Ute Frey – AOK Rheinland-Pfalz, Eisenberg

Regine Kleinert – AOK-Bundesverband, Geschäftsbereich Gesundheit, Bonn

Joachim Klose – Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn

Christian Koch – AOK Niedersachsen, Hannover

Gerhard Kruse – AOK Schleswig-Holstein, Kiel

Irene Langner – Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn

Dr. med. Jörg Lauterberg – AOK-Bundesverband, Stabsbereich Medizin, Bonn

Dr. Paul Lubecki – AOK-Bundesverband, Geschäftsbereich Gesundheit, Bonn

Carla Mevenkamp – AOK Hessen, Wiesbaden

Dr. med. Gabriele Müller de Cornejo – AOK-Bundesverband, Stabsbereich Medizin, Bonn

Dr. Sabine Richard – AOK Berlin, Berlin

Evelin Rothe – AOK-Bundesverband, Stabsbereich Medizin, Bonn

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke – AOK-Bundesverband, Stabsbereich Medizin, Bonn

Gisbert W. Selke – Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn

Johannes Stock – AOK-Bundesverband, Stabsbereich Medizin, Bonn

Dirk Zimmermann – AOK Thüringen, Erfurt

Stand der Angaben: 2002

Wie können Ärzte in der Einzelpraxis, auf der Ebene eines Arztnetzes oder in anderen Versorgungsmodellen die Qualität ihrer medizinischen Arbeit messen, bewerten und verbessern? Antworten auf diese Frage gibt QISA, das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Es beschreibt und begründet eine Vielzahl von Messgrößen und ermöglicht das systematische Erfassen der Qualität in der Breite der ambulanten Versorgung. Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hat das Göttinger „Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen“ (AQUA) die Qualitätsindikatoren und das sie leitende System erarbeitet. QISA ist als Handbuch mit einem flexiblen und erweiterbaren Bestand an Einzelbänden konzipiert, die thematisch nach wichtigen Versorgungsbereichen und häufigen Krankheiten sortiert sind. Diese Bände werden nach und nach im Rahmen einer Reihe veröffentlicht. Bislang sind erschienen:

Band A: QISA stellt sich vor

Band B: Allgemeine Indikatoren

Band C1: Asthma/COPD

Band D: Pharmakotherapie

Band E 1: Prävention

Weitere Informationen zu QISA unter www.QISA.de.

Band A stellt einleitend das Konzept von QISA vor und gibt einen Überblick über Inhalte und Ziele des Indikatorensystems. Zudem ordnet er QISA ein in den Kontext der Entwicklung von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen und erläutert dem Leser die methodischen Grundlagen sowie vielfältigen Nutzungsmöglichkeiten von QISA. Ergänzende Informationen zur Entstehung von QISA runden den Einleitungsband ab, der als übergreifendes Pendant zu den einzelnen themenspezifischen Bänden des Indikatorensystems steht.

ISBN: 978-3-940172-01-3

14,80 EURO