

# QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung

*Wer die Qualität der Versorgung steuern und weiterentwickeln will, braucht Qualitätsindikatoren. Sie sind nicht nur ein Messinstrument, sondern unterstützen auch die Bewertung von Qualität und das Finden von Ansatzpunkten für ihre Optimierung. QISA, das Ergebnis einer langjährigen Zusammenarbeit zwischen AQUA-Institut und AOK-Bundesverband, bietet ein System von Indikatoren für die ambulante Versorgung an. Der Beitrag stellt QISA vor und skizziert dabei auch, wie mit Indikatoren gearbeitet werden kann und welche Perspektiven dies über die oft diskutierte Nutzung für „pay for performance“ hinaus für die Entwicklung von Versorgungsstrukturen und Qualitätstransparenz eröffnet.*

■ Joachim Szecsenyi, Johannes Stock, Regine Chenot, Björn Broge

In den zurückliegenden 10 Jahren hat sich in Sachen Qualität der Gesundheitsversorgung vieles verändert. Studien schaffen immer bessere Evidenz über die Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen. Darauf basierend zeigen immer mehr wissenschaftlich fundierte Leitlinien, worauf es für eine gute Versorgung ankommt. Disease Management-Programme haben dies für die Behandlung häufiger chronischer Krankheiten bundesweit verankert. Daneben hat der Gesetzgeber externe Qualitätssicherung und einrichtungsinternes Qualitätsmanagement forciert und Anstöße für neue, integrierte Versorgungsformen gegeben, die sich besonders um Qualität kümmern können. Umgekehrt ist die Ansicht, Qualität sei nicht steuerbar, heute immer seltener zu hören. Leistungserbringer und Kostenträger haben Qualität vielmehr als Feld für innovative und imagefördernde Maßnahmen entdeckt. Im Vergleich zum Jahr 2000 kann man durchaus von einem Paradigmenwechsel sprechen. Mit dieser Annäherung an einen präziseren Begriff von Qualität hat eine Entwicklung begonnen, die allen Beteiligten Vorteile und Fortschritte verspricht.

*Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Geschäftsführer AQUA-Institut  
Johannes Stock, Soziologie M.A., bis 2008 Projektleiter beim AOK-Bundesverband  
Dr. rer.pol. Regine Chenot, wissenschaftliche Mitarbeiterin, AQUA-Institut  
Björn Broge, Prokurist, AQUA-Institut*

Bei all den Formen, sich der Versorgungsqualität zu nähern und sie zu beeinflussen, sind Qualitätsindikatoren ein zentrales Instrument. Auch an ihm lässt sich die beschriebene Entwicklung festmachen. Vor 10 Jahren waren Qualitätsindikatoren hierzulande noch das Spezialgebiet weniger Experten und stießen gerne auf Zweifel und Skepsis. Heute ist es für Studien oder für innovative Versorgungsmodelle üblich, Indikatoren für die Messung der Qualität zu benennen und zu belegen, dass diese den geltenden methodischen Standards entsprechen. Insofern sind Qualitätsindikatoren auch ein Symbol für die jüngere Entwicklung in Sachen Qualität.

Qualitätsindikatoren sind messbare Größen, die eine Aussage über die Versorgungsqualität ermöglichen und Hinweise auf Verbesserungspotential liefern. Ursprünglich vor allem in angloamerikanischen Ländern entstanden kommen von dort die methodischen Standards zur Indikatorenentwicklung wie auch vielfältige Beispiele für die Anwendung dieses Instruments in der Gesundheitsversorgung<sup>1</sup>. „If you can't measure it, you can't manage it" – so formuliert Don Berwick, einer der Wegbereiter in den USA, den Zusammenhang zwischen Qualitätstransparenz und erfolgreicher Steuerung. Gute Qualitätsindikatoren sind mithin eine notwendige Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Hinreichend ist dies für ihn allerdings noch nicht, denn es kommt auch darauf an, wie dann mit den Messwerten gearbeitet wird: „It's not the data, it's what you do with it.“<sup>2</sup>

Von diesem Vorsprung anderer Länder profitieren wir hierzulande dadurch, dass sich zu vielen Versorgungsreichen schon mit wenig Recherche zahlreiche Indikato-

ren aus Literatur und anderen Quellen zusammentragen lassen. Das von dort rezipierte Know-How fördert auch eine gewisse Selbstverständlichkeit, mit der hierzulande in Fachkreisen inzwischen über Qualitätsindikatoren gesprochen wird. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Einsatz von Qualitätsindikatoren und die Schaffung von Qualitätstransparenz in der hiesigen Versorgungspraxis trotz einiger Ansätze<sup>3</sup> noch sehr am Anfang stehen. Mit der externen vergleichenden Qualitätssicherung wurde dies im stationären Bereich schon vor Jahren begonnen. In der ambulanten Versorgung sind im Zuge der Disease-Management-Programme (DMP) erstmals Qualitätsindikatoren verbindlich vereinbart. Dennoch bleibt festzustellen, dass die ambulante ärztliche Versorgung als der von den Fallzahlen und der Steuerungsrolle her bedeutendste Sektor des Gesundheitswesens in Sachen Qualitätstransparenz immer noch ein heterogenes Feld mit manchmal schwierigen Umsetzungsbedingungen ist. Hier setzt QISA an.

## 1. QISA – Indikatoren mit System

Zunächst einmal ist QISA, das „Qualitätsindikatoren-system für die ambulante Versorgung“, eine Zusammenstellung von Qualitätsindikatoren. Mit ihnen lassen sich zahlreiche qualitätsrelevante Aspekte der Versorgung von Patienten messen. Um dabei tatsächlich relevante Aspekte valide zu beleuchten wurde jeder QISA-Indikator aus der bestmöglichen vorliegenden Evidenz abgeleitet und unter Einbezug von Expertenbewertungen definiert. Nachvollziehbar ist das in der strukturierten und sorgfältigen Beschreibung jedes Indikators, die das QISA-Handbuch bietet. Eine Menge dieser Indikatoren wurde zudem bereits in Pilotprojekten praktisch getestet. Bislang enthält das QISA-Handbuch insgesamt 65 Qualitätsindikatoren zu den Themengebieten der ersten Lieferung. Mit zwei weiteren, noch in Arbeit befindlichen Lieferungen wird QISA dann insgesamt über 130 Qualitätsindikatoren umfassen<sup>4</sup>. Keiner dieser Indikatoren steht allein für „die Versorgungsqualität“. Annähern kann man sich an diesen nicht leicht fassbaren Begriff nur, indem man eine größere Zahl von gut ausgewählten Indikatoren betrachtet und damit ein mosaikähnliches Bild der Versorgungsqualität gewinnt.

Deshalb ist QISA auch mehr als nur eine Zusammenstellung von Indikatoren. Denn diese sind bei QISA in ein umfassendes Indikatoren-System eingeordnet. Die Einzelaspekte, also die Mosaiksteine, sind in diesem Rahmen mit Bedacht über die Breite der ambulanten Versorgung hinweg ausgewählt, um deren Qualität umfassend und strukturiert zu beleuchten, eben mit System. QISA listet also nicht einfach gute Indikatoren auf, wie sie sich aus der Literatur ergeben, denn ein solches Vorgehen wäre mit dem Risiko von unausgewogenen und einseitigen Schwerpunktsetzungen behaftet. Daraus ließen sich nur punktuelle Einzelaussagen, aber kaum eine Einschätzung der Qualität im Ganzen treffen. Deshalb steht QISA für eine systematische und strukturierte Auswahl guter Indikatoren. Qualitätsaussagen auf dieser Basis sind breit und

systematisch abgestützt und tragen daher eine validere Gesamtaussage.

## Die QISA-Module

Übersicht 1 zeigt, wie QISA in diesem Sinne als Indikatoren-system aufgebaut ist. Entscheidend dafür ist die Ebene der bislang 15 Module von QISA. Die darin enthaltenen Indikatorensets decken wichtige Themenfelder des Versorgungsgeschehens ab und beleuchten damit verschiedene Dimensionen. Im Zentrum stehen Module zur Versorgung in wichtigen Erkrankungsbereichen (Module C.1 bis C.8). Daneben richten die Sets zur Pharmakotherapie (D), zur Palliativversorgung (F.1) und zur Multimorbidität (F.2) ihren Blick auf weitere wichtige Felder der Patientenversorgung unabhängig von konkreten Indikationen. Als Teil einer qualitativ guten Versorgung bezieht QISA zudem auch die Prävention (E.1 und E.2) mit ein. Ergänzend zu diesen eher auf die individuelle Patientenversorgung fokussierten Modulen gibt es ein Indikatorenset für das Qualitätsmanagement oberhalb der Ebene einzelner Praxen. Dort spielen Arztnetze, MVZs, Hausarztverträge und andere neue Versorgungsformen für die Steuerung der Versorgung eine zunehmend wichtige Rolle. Die Indikatoren des Moduls B ermöglichen es, das spezifische Qualitätsmanagement auf dieser Ebene transparent und bewertbar zu machen. Hierin spiegelt sich nicht nur die Herkunft von QISA aus einem für Arztnetze entwickelten Prototyp, sondern auch die Überzeugung, dass Versorgungsformen oberhalb der Ebene von Einzelpraxen eine Schlüsselfunktion für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung besitzen. Die Einleitung (Modul A) liefert wichtige Rahmeninformationen zu Zielen, Entstehungsgeschichte, Methodik und Einsatzmöglichkeiten von QISA und macht damit die hinter dem Indikatoren-system stehende Motivation, Philosophie und Erfahrung transparent.

Die QISA-Module werden in Form von Einzelbänden veröffentlicht, die im QISA-Ordner gesammelt vorgehalten werden können. Damit ist das Indikatoren-system als Ganzes wie ein Handbuch greifbar. Trotzdem kann für die praktische Arbeit mit den Indikatoren der jeweils thematisch passende Band einzeln herangezogen werden.

QISA wird in drei Lieferungen mit je 5 Modulen publiziert. Übersicht 1 zeigt die jeweilige Zuordnung der Module. Lieferung 1 ist im Sommer 2009 erschienen. Die beiden weiteren Lieferungen erfolgen in den Jahren 2010 bzw. 2011. Durch die Publikationsform besteht Flexibilität für Aktualisierungen oder Erweiterungen.

In dieser Form ist QISA das erste Indikatoren-system für die ambulante Versorgung in Deutschland. Im Unterschied zu Ansätzen, die sich auf spezielle Versorgungssegmente oder auf konsensfähige Indikatoren konzentrieren, macht die Auswahl der Module erkennbar, dass es bei QISA um eine Gesamtperspektive geht. Das System unterstützt einen integrierten Blick auf die gesamte Versorgung. Damit profitieren vor allem Hausärzte als Grundversorger mit breitem Tätigkeitsspektrum von QISA. Aber auch Fachärzte können

die für sie relevanten Module für ihr Qualitätsmanagement einsetzen. QISA fördert mit seiner Breite und seiner Perspektive auf Versichertengruppen und Populationen zugleich die Übernahme von integrierter Verantwortung für die Versorgung von bestimmten Versichertengruppen durch Arztnetze, MVZs oder in Hausarztverträgen.

## Übersicht 1: Aufbau von QISA als Indikatorensystem

QISA-Module	QISA-Lieferungen*		
	1	2	3
A Einleitung: QISA stellt sich vor	X		
B Allgemeine Indikatoren für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle (Arztnetz, MVZ u.a.)	28		
C Indikationsbezogene Module	12		
C.1 Asthma/COPD			
C.2 Diabetes Typ 2		11	
C.3 Bluthochdruck		11	
C.4 Rückenschmerz		9	
C.5 Alkoholmissbrauch			X
C.6 Depression			X
C.7 Koronare Herzkrankheit			X
C.8 Herzinsuffizienz			X
D Pharmakotherapie	14		
E Prävention	11		
E.1 Prävention			
E.2 Krebsfrüherkennung		2	
F Weitere Versorgungsbereiche			
F.1 Hausärztliche Palliativversorgung		X	
F.2 Multimorbidität			X

\* Soweit möglich wird die Anzahl der Indikatoren je Modul genannt.

## Aufbau der Module und der Indikatorendarstellung

Die QISA-Module beziehen sich auf wichtige hausärztliche Handlungsanlässe und Versorgungsbereiche. Für jede ausgewählte Erkrankung wurde ein Indikatorenset entwickelt, welches die Versorgungsqualität in diesem Bereich auf dem aktuellen Stand des Wissens möglichst umfassend beleuchtet und aussagekräftig beschreibt. Dafür wurden geeignete Indikatoren zu folgenden Aspekten ermittelt und definiert:

- Diagnostik
- Therapie und Begleitung der Patienten
- Prävention und Beratung

- Schulung und Fortbildung
- Outcome

Diese systematische Auswahl der Indikatoren sichert eine valide Gesamtaussage und beugt Verzerrungen durch Ausreißer bei einzelnen Indikatoren vor. Für die nicht auf spezielle Erkrankungen gerichteten Module wurden die Indikatoren auf ähnlich systematische Weise ausgewählt. Um Verständnis und praktische Anwendung der Indikatoren zu erleichtern, haben die QISA-Module einen weitgehend identischen Aufbau:

- Begründung und Einordnung des Themas: Beschreibung des Krankheitsbildes, epidemiologische und gesundheitsökonomische Bedeutung, aktueller Stand bei Diagnostik und Therapie sowie Ziele und Ansatzpunkte für Qualitätsmanagement
- Übersicht über die ausgewählten Indikatoren und die damit beschriebenen Qualitätsaspekte
- Systematische Darstellung der einzelnen Indikatoren: Begründung und Ziele, Definition und Messung, Evidenz und zugrundeliegende Leitlinien, bisherige Anwendung in anderen Indikatorensystemen sowie mögliche Einbindung in das Qualitätsmanagement

- Literaturverzeichnis

Die Auswahl, Entwicklung und Darstellung der Indikatoren ist von Gütekriterien geleitet, beispielsweise

- Validität (der Indikator misst das, was er messen soll)
- Reliabilität (wiederholte Anwendung auf die gleiche Situation führt zu gleichen Ergebnissen)
- Sensitivität (reagiert auf Veränderungen im Versorgungsgeschehen) und Praktikabilität (leicht umsetzbar/einsatzbar, beispielsweise aus Routinedaten ableitbar)

und nicht zuletzt

- muss der Indikator von den Leistungserbringern zu beeinflussen sein.

## Methodik zur Erarbeitung der Indikatoren

Schon für den Vorläufer von QISA – auf den noch einzugehen ist – wurden in den Jahren 2001–2002 Indikatorensets von nationalen und internationalen Experten erarbeitet und mit Netzexperten in drei Fokusgruppen diskutiert. Bei der Recherche der verfügbaren Evidenz wurde bereits damals auf evidenzbasierte Leitlinienempfehlungen und existierende Indikatorensysteme zurückgegriffen. Im Jahr 2006 wurde dann auf der Grundlage dieser Erfahrungen mit einer Expertengruppe aus Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden und einer AOK-Projektbegleitgruppe über die Weiterentwicklung des Vorläufersystems zum jetzt vorgelegten QISA beraten. Für die bereits erarbeiteten Module bringt QISA eine Überarbeitung auf Basis der aktuell verfügbaren Evidenz einschließlich von Reviews durch externe Experten. Für die nun neu hinzu kommen-

den Themengebiete „Hausärztliche Palliativversorgung“, „Herzinsuffizienz“ und „Multimorbidität“ erfolgt der Entwicklungsprozess im Rahmen einer strukturierten Bewertung aller Indikatoren durch eine größere Expertengruppe nach der RAND/UCLA-Methode.

## Zur Vorgeschichte von QISA

Vorläufer von QISA im Sinne eines Prototyps ist das Indikatorensystem „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“, das das AQUA-Institut und der AOK-Bundesverband im Jahr 2002 im Rahmen einer Fachtagung vorgestellt haben<sup>5</sup>. Seinerzeit sah das AOK-Konzept für Arztnetze die Übernahme von Budgetverantwortung vor. Das Indikatorensystem sollte begleitend dazu die Beobachtung wichtiger Qualitätsparameter im Netz ermöglichen, um denkbare negative Auswirkungen der ökonomischen Anreize auf die Versorgungsqualität im Sinne einer Billigmedizin erkennen zu können.

Bei der testweisen Implementation des Systems in Arztnetz-Pilotprojekten der AOK zeigte sich rasch, dass der Nutzen von Qualitätsindikatoren weit über diese ursprüngliche, eher defensive Zielsetzung hinausgeht<sup>6</sup>. Vielmehr erlangten die Indikatoren eine Art von Katalysator-Funktion für das medizinische Qualitätsmanagement der Netze: Netzspezifische Aktivitäten wie etwa die Qualitätszirkel und Leitlinienarbeit konnten einerseits mit den Indikatoren transparent gemacht werden, andererseits wurden durch die Auswahl von Indikatoren etwa zur Prävention oder zur Pharmakotherapie entsprechende Netzaktivitäten in den Bereichen angestoßen, auf die sich die Indikatoren richten. Das gilt etwa für die Einrichtung eines systematischen Präventionsangebots mit Beratung, Kursangeboten u.a. oder für die Festlegung des Netzes auf Wirkstoffe der ersten Wahl für bestimmte Wirkstoffgruppen. Diese interne Arbeit mit Indikatoren wird nach außen wenig sichtbar. Ein Ergebnis der Pilotprojekte ist jedoch, dass diese Netze eigene Qualitätsberichte veröffentlichen, die auch Angaben über die Arbeit mit Qualitätsindikatoren enthalten<sup>7</sup> - in der ambulanten Versorgung eine Besonderheit.

Weiter zeigt sich damit, dass es geht, sich sowohl innerhalb eines Netzes als auch in der Kooperation zwischen Netz und Krankenkasse auf Indikatoren zu verständigen, anhand derer die Qualität der Versorgung gemessen und weiterentwickelt wird. Möglich bedeutet in diesem Fall sowohl, dass ein inhaltlicher Konsens gefunden werden kann (dem zwangsläufig auch intensive Diskussionen vorausgehen) als auch dass die Dokumentation, Erhebung und Aufbereitung der Daten machbar sind, ohne die Beteiligten zu überfordern. Unter diesen Voraussetzungen wird die Arbeit mit Qualitätsindikatoren von allen Beteiligten als nutzbringend erlebt, sei es, weil sie Transparenz schafft, weil sie Aktivitäten zugunsten der Qualität unterstützt oder weil sie Ziele und Impulse für die Weiterentwicklung der Qualität im Netz gibt. Wer also mit Indikatoren arbeitet und praktische Erfahrungen sammelt, beeinflusst damit nicht nur das interne Qualitätsmanagement, sondern erreicht

auch eine zunehmende Bereitschaft, Qualitätsparameter etwa in einem Qualitätsbericht nach außen darzustellen.

Aufgrund dieser Erfahrungen lag die Entscheidung nahe, den zunächst unveröffentlichten Prototyp für Arztnetze zu einem Indikatorensystem für die ambulante Versorgung über Netze hinaus weiterzuentwickeln und zu veröffentlichen. QISA ist also das Ergebnis längerer Vorarbeiten und positiver Erfahrungen, die die AOK und AQUA in der Zusammenarbeit mit Arztnetzen gesammelt haben.

## Ziele von QISA

QISA richtet sich daher über Arztnetze hinaus an Ärzte in ganz verschiedenen Versorgungsformen und will sie bei der Schaffung von Qualitätstransparenz unterstützen, wie sie der Sachverständigenrat gefordert hat<sup>8</sup>. Mit dem Indikatorensystem sind insbesondere folgende Ziele verbunden:

- Qualitätsindikatoren zur Verfügung stellen: QISA ist ein Angebot für alle, die mit Indikatoren in der ambulanten Versorgung arbeiten wollen, aber den Entwicklungsaufwand dafür nicht selbst erbringen können.
- Orientierung geben für die Arbeit an der Qualität: Als Indikatorensystem gibt QISA im Sinne eines Koordinatensystems Orientierung, an welchen Themen gearbeitet werden soll und welche Indikatoren sinnvoll sind.
- Verschiedenartige Nutzungen von Qualitätsindikatoren unterstützen: Mit QISA soll nicht eine bestimmte Form des Einsatzes von Indikatoren forciert werden, sondern die Arbeit an der Qualität in ganz verschiedener, nützlicher Weise.
- Innovatoren dezentral unterstützen: Es gibt in Deutschland viele Ärztinnen und Ärzte, die sich mit der Qualität der Versorgung in eigener Initiative beschäftigen wollen, ohne dass dies externen Vorgaben oder Verpflichtungen folgt. QISA will speziell auch solche Initiativen unterstützen.

Diese Ziele von QISA spiegeln die Anfangsphase, in der der Einsatz von Qualitätsindikatoren im ambulanten Sektor hierzulande noch steht. Für die Beteiligten kommt es primär auf einen guten Einstieg und das Sammeln konkreter Erfahrungen an.

## 2. Nutzungsmöglichkeiten

Qualitätsindikatoren sind kein Selbstzweck, sondern ein Instrument, das sehr verschieden genutzt werden kann. Die Fachdiskussion neigt bislang dazu, sich auf wenige, eher spektakuläre Anwendungen wie Benchmarking oder pay for performance zu konzentrieren. Deshalb soll hier das Spektrum der Nutzungsmöglichkeiten etwas breiter skizziert werden.

Übersicht 2 zeigt eine Reihe von Nutzungsmöglichkeiten auf und stellt dar, welche Beteiligten dabei in der Regel

## Übersicht 2: Spektrum möglicher Nutzungen von Qualitätsindikatoren

Beteiligte		Versorgungsmodell			Kranken- kasse	Ext. Insti- tution	Öffent- lichkeit
Einsatzfelder	Nutzungsmöglichkeiten	Arzt/ Praxis	Qualit.- Zirkel	Mana- gement			
Allgemeine Qualitäts- darlegung	• Qualitätsbericht			X			X
	• Zielvereinbarung		X	X	X		
Internes Qualitäts- management	• Qualitätsnachweis bei Budget- verantwortung	X		X	X		X
	• Feedback-Berichte	X	X	X			
	• Monitoring von Kenngrößen		X	X	X		
Externe Qualitäts- bewertung	• Qualitätsorientierte Vergütung (pay for performance)	X		X	X		
	• Evaluation			X	X	X	
	• Zertifizierung/ Qualitätssiegel			X		X	
	• Öffentliches Benchmarking			X		X	X
	• Kriterium für die Auswahl von Arzt oder Versorgungsmodell				X		X

einbezogen sind. Eine nähere Beschreibung der Nutzungsmöglichkeiten ist hier nicht möglich<sup>9</sup>. Das aufgezeigte Spektrum lässt aber die Vielfalt aufleuchten, wie mit Indikatoren gearbeitet werden kann. Auf der Seite der Beteiligten wird deutlich, welche Rolle hier Versorgungsmodelle wie Netze oder MVZs spielen können, wenn dort das Management Funktionen bei der Erhebung und Aufbereitung von Indikatorenwerten übernimmt.

Das Spektrum an Nutzungsmöglichkeiten lässt sich zu drei wesentlichen Einsatzfeldern zusammenfassen:

- 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 intern zu steuern
- Externe Qualitätsbewertung: Offenlegung von Qualitätsindikatoren gegenüber Dritten oder der Öffentlichkeit zum Zwecke der Bewertung oder des Vergleichs

Man kann dieses Spektrum auch in anderer Hinsicht beschreiben: Mit Blick auf die Beteiligten gibt es rein interne Indikatorennutzungen in Praxen oder Versorgungsmodellen, aber auch kooperative (mit Krankenkassen) oder nach extern gerichtete. Sie können freiwillig oder verpflichtend sein und können rein beschreibenden, aber auch motivierenden, steuernden oder von außen kategorisierenden Charakter haben. Ärzte sind daran bei der Dokumentation, aber auch beim Informationsrückfluss (Feedbackberichte) beteiligt und sind natürlich die Adressaten von Motivation

oder Handlungsanreizen, die von Indikatorenwerten oder Bewertungen ausgehen. Wer vom Einsatz von Indikatoren spricht sollte daher möglichst konkretisieren, welchen Anwendungskontext und welches Setting er dabei vor Augen hat.

Aus den Erfahrungen mit QISA und seinem Vorgängersystem lassen sich zur Anwendung von Indikatoren folgende Erkenntnisse festhalten:

- Eine einzelne Praxis kann in jedem Fall auch für sich in eigener Regie mit Qualitätsindikatoren arbeiten. Beispiele belegen, dass dies gewinnbringend möglich ist<sup>10</sup>. Ein gemeinsames Vorgehen mit anderen Praxen etwa innerhalb eines Netzes hat dagegen Vorteile beim Vergleich der gemessenen Indikatoren und der gemeinsamen Diskussion über deren Bewertung und sinnvolle Konsequenzen. Die Kooperation mit einer Krankenkasse hat meist den Vorteil, dass erforderliche Daten einfacher und in größerem Umfang verfügbar werden. Durch Vereinbarung von Berichten oder von Zielwerten erhält die Arbeit mit Indikatoren zudem eine höhere Verbindlichkeit.
- Von allgemeiner Qualitätsdarlegung bis zur externen Qualitätsbewertung stellen sich zunehmende Anforderungen an die Belastbarkeit der Daten und des Verfahrens. Insofern kann es sinnvoll sein, mit eher einfachen Nutzungen zu beginnen und sich auf Basis der gewonnenen Erfahrungen stufenweise anspruchsvolleren Einsatzformen zu nähern.
- Bei Nutzungen, die mit finanziellen Anreizen oder mit öffentlichen Vergleichen verbunden sind, stellen sich

besonders hohe Anforderungen an die Auswahl und Konsensfähigkeit der Indikatoren sowie an die Risikoadjustierung der Messungen, um Benachteiligungen aufgrund einer schlechten Risikostruktur zu vermeiden. Hier kommt es deshalb sehr auf transparente und überzeugende Verfahren an. Feedbackprozesse und Reflexion über Indikatorenwerte sind hier kaum in gleicher Weise möglich wie bei der internen Nutzung von Indikatoren für die Arbeit an der Qualität.

- Auffällig ist, wie viele Aufgaben das Management eines Versorgungsmodells, also z.B. eines Netzes oder eines MVZ übernehmen kann. Sie liegen insbesondere in der Kommunikation und Abstimmung der Indikatorennutzung im Rahmen der Kooperation zwischen Praxen oder mit einer Krankenkasse. Zudem fallen organisatorische Aufgaben bei der Erhebung, Auswertung und Aufbereitung der Indikatorenwerte an, womit das Management die Praxen entlastet. In dieser Hinsicht haben größere und kooperative Versorgungsstrukturen Vorteile gegenüber einzelnen Praxen. Intensivierte Steuerung und Weiterentwicklung der Qualität wird mithin von solchen Voraussetzungen und Infrastrukturen erleichtert. Sie können helfen, die organisatorischen Grenzen kleinteiliger Praxisstrukturen zu überwinden und sind daher in der Lage, eine Schlüsselfunktion für Weiterentwicklungen in der Versorgung zu übernehmen.
- Immer wieder diskutiert wird der Aufwand für die Dokumentation bzw. Erhebung der Daten, die für die Indikatorenmessung erforderlich sind. Routinedaten der Krankenkassen, die im Rahmen der Abrechnung anfallen, sind hier eine bislang bei Weitem nicht ausgeschöpfte Quelle. Es wird jedoch nicht generell 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. In den Pilotprojekten der AOK haben die Netze dafür je eigene, hilfreiche Lösungen gefunden.

Wenn Qualitätsindikatoren heute vor allem unter dem Thema Benchmarking und pay for performance diskutiert werden, so sind damit sicherlich anspruchsvolle und interessante Nutzungen angesprochen. Geht man das obige Spektrum einmal durch, so wird rasch deutlich, dass zu den genannten Nutzungsmöglichkeiten hierzulande bislang nur äußerst wenig Erfahrung vorliegt, speziell im ambulanten Sektor. Es stellt sich daher die Frage, ob nicht ein Einstieg mit eher niederschweligen Nutzungen für alle Beteiligten der geeignetere Weg ist, um Erfahrungen zu sammeln und sich mit den Möglichkeiten und Grenzen des Instruments Qualitätsindikator vertraut zu machen. Auch weil Erfahrungen aus anderen Ländern wegen anderer Systemstrukturen und Kulturen im Gesundheitswesen nicht ohne weiteres übertragbar sind, kann ein Sprung in den „erfahrungsfreien“ Raum zu Fehlsteuerungen führen und die Akzeptanz der gesamten Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen gefährden. Es wächst die Gefahr einer reinen Konzentration auf möglichst gute, wie auch immer herbeigeführte Werte, während die Effekte einer fachli-

chen Arbeit mit Qualitätsindikatoren verschenkt werden. Sie sind sehr viel nachhaltiger, wenn die Beteiligten Indikatoren als Chance für ihre Praxis sehen und mit Interesse und intrinsischer Motivation dabei sind. Anders gesagt: Eine offene Diskussion im Qualitätszirkel über konkrete Indikatoren bringt den Beteiligten sicherlich mehr als die Erfüllung von „Qualitätspunkten“ bei der Abrechnung. QISA setzt hier aber keine Präferenzen, sondern soll ausdrücklich Unterstützung für ganz unterschiedliche Formen der Indikatorennutzung anbieten.

### 3. Schlussfolgerungen und Perspektiven

In den zurückliegenden Jahren ist die Versorgungsqualität als Thema und als Handlungsfeld erschlossen worden. Es wurden Verfahren zur Qualitätssicherung eingeführt, viele haben in der Auseinandersetzung damit Erfahrungen gesammelt und die Akzeptanz für das Managen von Qualität ist im Ganzen gewachsen. Im Zuge dessen sind auch Qualitätsindikatoren als das zentrale Instrument zur Messung und Steuerung von Qualität ein Begriff geworden. Allerdings fehlt es für eine breitere Nutzung von Indikatoren noch an frei verfügbaren, verlässlichen und systematisch zusammengestellten Indikatoren. Deshalb kommt es nun darauf an, für die verschiedenen Zwecke und Einsatzfelder gute Indikatoren zur Verfügung zu stellen, um die Beteiligten vom Entwicklungsaufwand zu entlasten und zugleich eine allgemein zugängliche und konsentierbare Ausgangsbasis im Sinne eines Koordinatensystems zu schaffen. QISA bietet eine solche Ausgangsbasis für die Arbeit mit Qualitätsindikatoren über die Breite der ambulanten Versorgung an.

Wer sich als Leistungserbringer oder Kostenträger näher mit der Versorgungsqualität beschäftigen und konkret daran arbeiten will, braucht mehr als einige wenige, möglicherweise sogar beliebig zusammengestellte Indikatoren. Für eine aussagekräftige Qualitätsdarlegung müssen die Indikatoren so ausgewählt sein, dass sie wichtige Aspekte der Versorgung umfassend und systematisch beleuchten. Deshalb ist QISA als Indikatorensystem aufgebaut, das für seine einzelnen Module als auch für die Grundversorgung einer Versichertenpopulation eine breit abgestützte Gesamtaussage über die Versorgungsqualität ermöglicht.

Für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen wird Qualitätsmanagement oft nur durch gesetzlich oder vertraglich vorgegebene Verpflichtungen erfahrbar, insbesondere durch Dokumentationsvorgaben oder die Pflicht zur Einführung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement. Dass Qualitätsindikatoren neben der Erfüllung externer Verpflichtungen auch gewinnbringend für interne Zwecke genutzt werden, erscheint bisher eher als Ausnahme und dürfte für viele noch nicht selbstverständlich sein. Erschwert wird dies sicherlich nicht nur durch den Aufwand für die Entwicklung guter Indikatoren und für die Erhebung der Daten, sondern auch durch das vielfach fehlende Setting zur Auswertung und Reflexion der Ergebnisse. Hier soll QISA die Schwelle herabsetzen

und Aufmerksamkeit schaffen für das breite Spektrum von Nutzungsmöglichkeiten, wie mit Qualitätsindikatoren gearbeitet werden kann. QISA präferiert hier keine bestimmte Form, sondern unterstützt die verschiedensten Anwendungen und Einsatzfelder.

Dahinter steckt die Überzeugung, dass nachhaltige Verbesserungen der Versorgungsqualität nicht allein durch extern vorgegebene Instrumente der Qualitätssicherung erreicht werden. Der stärkere Effekt ist vielmehr zu erwarten, wenn Leistungserbringer intern aus echtem eigenem Interesse mit Hilfe von Indikatoren an der Qualität ihrer Versorgung arbeiten. QISA will zu solchen Nutzungen ermutigen und stellt dafür in den einzelnen Bänden ausführliche Informationen zur Verfügung. Eine stärkere Förderung interner Indikatorennutzungen wäre natürlich auch in der Gesundheitspolitik oder im Vertragswesen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wünschenswert.

Die Arbeit mit Qualitätsindikatoren erfordert einige Voraussetzungen, vor allem eine Infrastruktur für die Erfassung und Aufbereitung der Indikatoren sowie Gremien und Zirkel für die Festlegung von Indikatoren und Verfahrensweisen sowie für die Diskussion der Ergebnisse und die Ableitung geeigneter Handlungskonsequenzen. Für einzelne Praxen ist dies im Prinzip möglich, aber doch relativ aufwendig. In den Strukturen der traditionellen Regelversorgung ist die Arbeit mit Qualitätsindikatoren nicht leicht zu installieren. Kooperative Versorgungsstrukturen wie Arztnetze und Hausarztverträge oder neue Versorgungsformen wie MVZs sind hier im Vorteil. Sie verfügen oberhalb der Ebene der Einzelpraxen über Managementstrukturen, die wichtige Aufgaben bei der Arbeit mit Indikatoren übernehmen und die einzelnen Ärzte damit entlasten und unterstützen. Daran wird deutlich, dass das Potenzial zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, das Qualitätsindikatoren als Instrument bieten, in solchen neuen Versorgungsformen sehr viel besser gehoben werden kann. Wer also im Bereich der Versorgungsqualität Fortschritte induzieren will, sollte auch die geeignete Förderung entsprechender Versorgungsstrukturen im Auge haben. Ihnen kommt eine Schlüsselrolle für die Weiterentwicklung der Qualität zu.

Wie erwähnt plädiert der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2007 intensiv für die Entwicklung von Qualitätstransparenz<sup>11</sup>. Sie rechtfertigt sich für ihn durch positive Effekte auf die Qualität der Versorgung, also durch Einfluss auf das Handeln der Akteure. Auch wenn dieser Einfluss nicht einfach zu belegen ist, sprechen doch viele gute Gründe dafür, dass Messen nicht nur abbildet, sondern auch Wirkung ausübt. Ganz neu erscheint dieser Gedanke nicht:

*„Manchmal war ihm, als hätte er den Landstrich nicht bloß vermessen, sondern erfunden, als wäre er erst durch ihn Wirklichkeit geworden. ....*

*Nichts, was einmal jemand vermessen hatte, war noch oder konnte je sein wie zuvor. Gauß fragte sich, ob Humboldt das begreifen würde.“*

Daniel Kehlmann, Die Vermessung der Welt

## Fussnoten:

- 1 z.B. Roski 2007; Martin u.a. 2007
- 2 Berwick u.a. 2003
- 3 Beispiele dafür in Stock/ Szecsenyi 2007
- 4 Szecsenyi/ Broge/ Stock 2009, siehe auch [www.qisa.de](http://www.qisa.de)
- 5 Stock/ Broge 2007
- 6 Stock 2007
- 7 <http://www.que-nuernberg.de/>; <http://www.qualinet.org/>; <http://www.hqm-suedbaden.de/wissenswertes.php>
- 8 SVR 2007, S. 576
- 9 Näheres dazu in QISA-Band A, Kap. 4
- 10 Vgl. Rohde-Kampmann 2007
- 11 SVR 2007, S. 576

## Literatur:

- Berwick, D.M., James, B., Coye, M.J. (2003): Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care* 2003; 41 (1 Suppl): 130-38
- Martin, R.; Campbell, S., Bailey, N., Whalley, D., Sibbald, B. (2007): Qualitätsabhängige Vergütung: Ein groß angelegtes Experiment in Großbritannien. In: Stock/ Szecsenyi 2007, 43 - 69
- Rohde-Kampmann, R., Auschra, R., Schmiemann, G. (2007): Welche Rolle spielen Qualitätsindikatoren beim Qualitätsmanagement einer Hausarztpraxis? In: Stock/ Szecsenyi 2007, 243 - 262
- Roski, J. (2007): Qualitätsmessung in den USA: Erfahrungen und Konzepte in der ambulanten Versorgung. In: Stock/ Szecsenyi 2007, 17-42
- Stock, J. (2007): Erste Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren in Arztnetzen. In: Stock/ Szecsenyi 2007, 277 - 299
- Stock, J., Broge, B. (2007): "Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze" – erstes deutsches Indikatorensystem für die hausärztliche Versorgung. In: Stock/ Szecsenyi 2007, 97-118
- Stock, J., Szecsenyi, J. (Hrsg.) (2007): Stichwort: Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft 2007
- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Gutachten 2007 - Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. 2 Bde. Baden-Baden: Nomos 2008.
- Szecsenyi, J., Broge, B., Stock, J. (Hrsg.) (2009): QISA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft 2009. Link [www.qisa.de](http://www.qisa.de)