

Management von Organisationen und Personal
im Gesundheitswesen

Nachhaltigkeit und Sicherung von Qualität

Qualitätssicherung

Max-Erik Niehoff
Prof. Dr. Jochen Breinlinger-O'Reilly

3 NUQ

Verfasser

Max-Erik Niehoff, MBA HCM

geschäftsführender Gesellschafter der SalusCon GmbH – HealthCare Management
geschäftsführender Vorstand des SalusCon Akademie e. V. – Aus- und Weiterbildung (in Gründung)

Prof. Dr. Jochen Breinlinger O'Reilly

Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin, Professur für Management im Gesundheits- und Sozialwesen, Akademischer Leiter des MBA Health Care Management Programms

Lektorat

Anke Erdmann

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hamburger Fern-Hochschule

Satz / Repro

Haussatz

Druck und buchbinderische Verarbeitung

Hausdruck

Redaktionsschluss

Mai 2014

1. Auflage 2015

© HFH · Hamburger Fern-Hochschule, Alter Teichweg 19–23a, 22081 Hamburg

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung und des Nachdrucks, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der Hamburger Fern-Hochschule reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Gedruckt auf 100 % chlorfrei gebleichtem Papier.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Einleitung	6
1 Begriffe, Aufgaben und Ziele der Qualitätssicherung	8
1.1 Qualität und Qualitätsdimensionen.....	9
1.2 Methoden der Qualitätssicherung	11
1.3 Messung der Versorgungsqualität mit Indikatoren.....	12
1.4 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	15
Übungsaufgaben.....	16
2 Rechtliche Grundlagen	17
3 Institutionen der Qualitätssicherung	21
3.1 Der Gemeinsame Bundesausschuss.....	21
3.2 IQWiG	21
3.3 AQUA.....	22
3.4 Kassenärztliche Vereinigungen	23
3.5 MDK.....	23
3.6 Cochrane Collaboration	24
4 Instrumente zur Abbildung der Versorgungsqualität	25
4.1 Routinedaten.....	25
4.2 Patientenbefragungen	27
4.3 Befragungen von Leistungserbringern.....	28
Übungsaufgaben.....	29
5 Auswahl und Bewertung von Qualitätsindikatoren	30
5.1 RAND Appropriateness Method (RAM).....	30
5.2 Bewertungskategorien und Gütekriterien	31
5.2.1 Relevanz	32
5.2.2 Klarheit/Verständlichkeit	33
5.2.3 Praktikabilität (Umsetzbarkeit)	33
5.2.4 Erhebungsaufwand	34
5.2.5 Messeigenschaften.....	34
5.2.6 Risikoadjustierung.....	35
5.2.7 Eignung für die öffentliche Berichterstattung	38
5.3 Fallstudie: Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege.....	39
Übungsaufgaben.....	42
6 Kritik bisheriger Konzepte zur Erfassung gesicherter Qualität.....	43
7 Öffentliche Berichterstattung.....	45
Übungsaufgaben.....	46
8 Zusammenfassung und Ausblick	47
Lösungen zu den Übungsaufgaben	49
Literaturverzeichnis	50

Abkürzungsverzeichnis

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AHCPR	The Agency for Health Care Policy and Research
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BMJ	British Medical Journal
CIHI	Canadian Institute for Health Information
DCZ	Deutsches Cochrane Zentrum
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programm
EPA	Europäisches Praxisassessment
FEISA	Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
HSMR	Hospital Standardized Mortality Ratio
i.e.S.	im engeren Sinne
IOM	Institute of Medicine
iVm	in Verbindung mit
i.w.S.	im weiteren Sinne
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KCQ	Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung
OECD	Organization für Economic Co-operation and Development
QOF	Quality and Outcomes Framework
QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten
RAND	Research and Development

RAM	RAND/UCLA Appropriateness Method
SVR	Sachverständigenrat
SVR-BEG	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens
SVR-E	Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
SVR-KAG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
UCLA	University of California, Los Angeles
WidO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Einleitung

Seit der Aufhebung des bis 1994 geltenden Wettbewerbsverbotes zwischen den gesetzlichen Krankenkassen gewinnen Konzepte und Zuständigkeiten für die Qualitätssicherung an Bedeutung. Dieses Verbot sollte bis dahin ein wirtschaftliches Interesse der als Körperschaften des Öffentlichen Rechtes konzipierten Solidarversicherung der Kassen und ihrer Mitglieder an einer Selektion der Versicherungsrisiken vermeiden. Der Gesetzgeber versuchte, über eine Reihe von Festlegungen, die Selektion „guter“ gegen „schlechter“ versicherungsökonomischer Risiken zu unterbinden und den solidarischen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erhalten. In der Rückschau der letzten 20 Jahre ist dies nur bedingt gelungen. Folgerichtig spielen heute sowohl auf der Versicherungsseite, als auch auf der Seite der Leistungserbringer Konzepte der Qualitätssicherung eine wichtige Rolle, sowohl bezüglich der Methoden, als auch der Zuständigkeiten innerhalb des Wettbewerbs der Finanzierungs- und der Versorgerseite.

Fragen der Qualität und ihrer Sicherung sind heute eines der zentralen Themenfelder der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik. Dies hängt nicht zuletzt mit der zunehmenden Orientierung auf den Wettbewerb der Kostenträger und Leistungserbringer um Mitglieder, bzw. Patienten¹ zusammen. Die Methoden der Qualitätsmessung rücken damit in das Interesse der Entscheidungsträger und der Akteure.

Unterschieden werden interne und externe Qualitätssicherung, wobei die interne Qualitätssicherung sämtliche Maßnahmen aller in der Einrichtung professionell Tätigen umfasst, die auf den Erhalt der Qualität der Leistungserbringung und der Leistungsergebnisse abzielen. Bei der externen Qualitätssicherung hingegen wird die Überprüfung der Qualitätsziele auf einen Dritten (Externen) übertragen, der die zu prüfenden Bereiche vorgibt und die Ergebnisse auswertet. Ein solcher Vergleich bietet auch eine Gewähr dafür, dass die Maßnahmen der internen Qualitätssicherung einen Bezugs- oder Orientierungspunkt finden.

Das vorliegende Skript widmet sich ausschließlich den zentralen Fragestellungen der externen Qualitätssicherung. Im Besonderen soll die Frage näher beleuchtet werden, wie sich Qualität messen lässt. Die Autoren greifen hierfür auf die zu diesem Themenfeld verfügbare Literatur zurück. Insbesondere die Methodenpapiere des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (kurz: AQUA-Institut) aus den Jahren 2010 und 2013 wurden dabei herangezogen, da das AQUA-Institut im Bereich der externen Qualitätssicherung im Gesundheitswesen seit 2010 im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) tätig ist.

¹ **Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes:** Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie z.B. Teilnehmer/innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Nach der Bearbeitung dieses Studienbriefes sollten die Studierenden

Studienziele

- ⇒ die Unterschiede zwischen den Ansätzen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung aufzeigen sowie die Problematik ihrer stärkeren Verzahnung erläutern,
- ⇒ die rechtlichen Grundlagen der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen kennen,
- ⇒ Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Zielsetzung und ihres Aufwandes unterscheiden und spezifizieren,
- ⇒ statistische Analysen und Berichte zur Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen lesen, verstehen und im Hinblick auf ihre Implikationen und Konsequenzen für die eigene Einrichtung beurteilen können.

1 Begriffe, Aufgaben und Ziele der Qualitätssicherung

Begriff der Qualität

Der Begriff Qualität steht für die Beschaffenheit, also die Summe der Eigenschaften eines Produktes und ist für sich zunächst wertfrei. Seine Bewertung bedarf daher eines Maßstabes. Dieser kann sein

- eine ethische Norm,
- eine vertragliche Vereinbarung,
- eine Erwartung (z. B. der Grad der Erreichung eines vorgegebenen Ziels),
- ein Mindeststandard,
- der Preis einer Leistung („value for money“).

Die Sicherung der Qualität medizinischer Versorgung gehört zu den zentralen Regulierungsproblemen im Gesundheitswesen. Sie setzt zunächst einen Konsens über die gewollte oder auch mögliche „Beschaffenheit“ voraus. Hierbei sind eine Reihe schwieriger Probleme zu beachten:

Probleme bei der Bewertung von Qualität

1. Die außerordentlich große Anzahl von Behandlungsanlässen und der medizinischen Prozeduren verlangt eine analog breite Vereinbarung von Zielen.
2. Mit Ausnahme der Diagnosis Related Groups gibt es derzeit kaum verbindliche Klassifikationen für medizinische Leistungsprodukte.
3. Aus sachlichen wie ethischen Gründen ist es schwierig, die Bewertung entsprechender Produkteigenschaften nach den klassischen und marktüblichen Kriterien eines Preis-Leistungs-Verhältnisses vorzunehmen, zumal dies einschließen würde, für unterschiedliche Preise ggf. unterschiedliche Produkteigenschaften zu vereinbaren.
4. Die Ergebnisse medizinischer Interventionen sind meist nur schwer einer Leistung respektive einem „Produzenten“ zurechenbar, da diese auch von der Gesamtstruktur des Versorgungssystems, den Versorgungsprozessen sowie der Mitwirkung der Versicherten (Compliance, Adherence) bzw. ihrer Leistungsfähigkeit abhängen. Zudem werden erreichbare Behandlungsergebnisse je nach Krankheit, Schweregrad und den Begleitumständen seitens der Patienten im Einzelfall stark variieren.
5. Eine umfassende Qualitätssicherung verlangt angesichts der großen Anzahl von Behandlungsanlässen, Versorgungseinrichtungen und professionellen Akteuren auch ein entsprechend umfassendes System von regelmäßigen Überprüfungen. Hierzu bedürfte es mindestens einer Institution, die unabhängig ist und über entsprechende Leistungsanbieter wacht.
6. Qualitätsversagen ist, sofern nicht Gegenstand des Zivil- oder Strafrechts (Sorgfaltspflicht, Fürsorgepflicht, Gewissenhaftigkeit, Schadensvermeidung, Schweigepflicht), nur sehr schwer über Verträge zu sanktionieren (vgl. Niehoff 2006: 241).

Qualität im Gesundheitswesen

Qualität als Steuerungsziel führt in ein grundsätzliches politisches Verständigungsproblem über die Inhalte. Aus sozialmedizinischer Sicht geht es dabei vorrangig um

- einen allgemeinen, freien, sozial, regional und ethnisch diskriminierungsfreien Zugang zu medizinischer Versorgung,
- eine sozialkompensatorische Ausrichtung des Versorgungssystems mit aktiven Versorgungsangeboten für „nachfrageschwache“ soziale Gruppen,
- das Sachleistungsprinzip als Basis der Beziehung zwischen Arzt und Patient,

- ein sektoren- und rechtsträgerübergreifendes Versorgungsmanagement in medizinischer, vorzugsweise hausärztlicher Verantwortung (Case Management, nicht zu verwechseln mit Managed Care!),
- den Schutz der Patienteninteressen, einschließlich der sie betreffenden Informationen,
- eine regional möglichst gleiche Verfügbarkeit medizinischer Leistungen, insbesondere der Notfallmedizin,
- die Respektierung der Mitspracherechte der Patienten bei der Entscheidung über medizinische Maßnahmen (informed consent) im Sinne der evidenzbasierten Medizin,
- die Dominanz fachlicher Entscheidungen gegenüber anderen, vor allem wirtschaftlichen Interessenlagen,
- die Patientenorientierung medizinischer Versorgung.

Vor diesem Hintergrund ist **Qualitätssicherung** sowohl ein **prinzipieller Anspruch an die Beschaffenheit eines Versorgungssystems und seine politische und ethische Orientierung** als auch **Anspruch an die Qualifikation und Leistungsbereitschaft der Versorgungsprofessionen**.

Die größten Defizite sind derzeit vor allem in folgenden Bereichen zu unterstellen:

Qualitätsdefizite

- bei der integrierten sektorübergreifenden Versorgung (ambulante, stationäre, rehabilitative und pflegerische Versorgung),
- bei der stärkeren Bindung der Normensetzungen für die gesetzliche Krankenversicherung und die individuelle medizinische Versorgung an den jeweils aktuellen medizinischen Erkenntnisstand (Evidence-based Medicine, Health Technology Assessment, Shared Decision Making),
- bei der Orientierung an prioritären Versorgungszielen,
- bei der Evaluation der Ergebnisse medizinischer Versorgung zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung,
- bei der Offenlegung von diagnostischen und therapeutischen Strategien sowie deren Bewertung durch Verfahren des Peer Review, des Utilization Review, des Auditing oder z. B. der Prozessanalyse sowie
- bei der systematischen öffentlichen Darstellung der Wettbewerbsstrategien der Krankenkassen.

1.1 Qualität und Qualitätsdimensionen

Die Forderung nach Qualität in der Gesundheitsversorgung ist allgegenwärtig. Es besteht Einigkeit darüber, dass eine hohe Versorgungsqualität geboten ist und stetig verbessert werden soll. Allerdings entbehrt der Qualitätsbegriff in der Gesundheitsversorgung bis heute einer einheitlichen Definition. Eine mehr oder weniger allgemein gültige Qualitätsdefinition ist lediglich auf einer abstrakten Ebene zu finden. Die DIN EN ISO 9000:2005 beispielsweise definiert den Begriff wie folgt:

Qualität ist der Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale (festgelegte) Anforderungen erfüllt. (DIN EN ISO 9000:2005: 18)

Definition

Diese abstrakte Definition verdeutlicht, dass der Qualitätsbegriff, nur vor dem Hintergrund konkret formulierter und konsentierter Anforderungen und Zielsetzungen bestimmbar ist. Das Institute of Medicine definiert

Definition

„[...] quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge“ (Lohr, Schroeder 1990: 707)

Auch diese Definition lässt offen, welche Ergebnisse „erwünscht“ sind und wer diese unter welchen Bedingungen festlegt. Klemperer (1996: 22) fordert, dass es sich hier um „vom Patienten erwünschte“ Ergebnisse handeln sollte.

Das eigentliche Problem bei der Bestimmung des Qualitätsbegriffs im Gesundheitswesen ist, dass unterschiedliche Akteure in unterschiedlichen Zusammenhängen häufig sehr unterschiedliche, wenn nicht gar diametrale Ansichten darüber haben, welche Ergebnisse wünschenswert sind, was also die *richtigen* Ziele der Gesundheitsversorgung und die *richtigen* Wege dahin sind. Die Vereinbarung konsentierter Ziele der Versorgung zwischen Leistungserbringern, Leistungsempfängern und Kostenträgern erscheint unter den Bedingungen begrenzter Ressourcen als eine nahezu unlösbare Herausforderung.

Die Qualitäts- bzw. Versorgungsforschung hat verschiedene mehrdimensionale Modelle hervorgebracht, die verdeutlichen, wie unterschiedlich die Vorstellungen über die Qualität der Versorgung sind.

Ausschlaggebend für den Qualitätsbegriff der OECD ist die Frage, welche Faktoren für die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems grundsätzlich von Bedeutung sind (vgl. Arah et al. 2006). Zentrale Begriffe der Qualität sind danach:

Faktoren der Leistungsfähigkeit

- Effektivität,
- Sicherheit,
- Patientenorientierung,
- der Zugang zu medizinischer Versorgung und
- die Vermeidung von Über-, Unter und Fehlversorgung.

Von übergeordneter Bedeutung sind dabei außerdem die Kategorien *Gerechtigkeit* (z. B. im Sinne gerechter Verteilung der Gesundheitsversorgung über eine Population) und *Effizienz* (sowohl mikroökonomische als auch makroökonomische).

Tabelle 1.1: OECD Qualitätsmodell (Arah et al. 2006, zit. nach AQUA 2013: 17)

Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems					
	Dimension der Leistungsfähigkeit				
Versorgungsbedarf	Qualität			Zugang	Kosten/ Abgaben
↓	Effektivität	Sicherheit	Patienten- orientierung	Zugang zur Versorgung	
Gesund bleiben					
Gesund werden					
Mit einer Krankheit oder Behinderung leben					
Das Lebensende bewältigen					
← Effizienz →					↑ Gerechtigkeit ↓

Als weitere Qualitätsdimensionen werden auch Angemessenheit, Rechtzeitigkeit (vgl. Commonwealth Fund 2004) und Mitarbeiterorientierung (vgl. Groene 2006) vorgeschlagen.

Die Relevanz verschiedener Qualitätsdimensionen ist darüber hinaus auch davon abhängig, ob man auf der Ebene der Versorgung individueller Patienten oder gesamter Populationen argumentiert (vgl. Campbell et al. 2000), denn:

„Care for whole populations may potentially conflict with care for individual patients, because of prioritisation of resources towards particular health needs“ (Campbell et al. 2000: 1617).

Auch persönliche und/oder professionelle Hintergründe der Betrachter spielen eine Rolle. Für Betriebswirte mag die ökonomische Effizienz im Vordergrund stehen, Patienten fokussieren möglicherweise auf Aspekte der Zufriedenheit, während für Ärzte die therapeutische Effektivität im Vordergrund stehen mag.

1.2 Methoden der Qualitätssicherung

Tabelle 1.2 gibt eine Übersicht über qualitätssichernde Methoden. Die einzelnen Methoden sind den einzelnen Phasen des Qualitätsverbesserungsprozesses zugeordnet, wobei die Zuordnung allerdings nicht immer eindeutig erfolgen kann.

Tabelle 1.2: Konzeptioneller Schwerpunkt von Qualitätssicherungsmethoden in verschiedenen Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus (SVR-BEG 2001)

Phase im Qualitätszyklus	Beispiele für Qualitätssicherungsmethoden
1. gesamter Qualitätszyklus	• Qualitätszirkel, kontinuierlicher Verbesserungsprozess • Qualitätsmanagement, Organisationslernen, Risikomanagement
2. Beschreibung der Versorgungsqualität und Analyse von Qualitätsproblemen	• Instrumente zur Selbst- und Fremdbeurteilung (z.B. Checklisten, Arztbriefe, Beschwerdewesen, Leistungsberichte i. e. S.) • Hygienekontrollen, Sicherheitskontrollen, Qualitätskontrollen, Ringversuche • Dokumentation von Primär- oder Sekundärdaten mit qualitätsfördernder Intention, z.B. problemorientierte Krankenakten, Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Register, Datenerhebung anhand von Qualitätsindikatoren (z.B. extern-vergleichende Verfahren), Krankheitspässe für Patienten und Patientenbücher • Versorgungsforschung mit qualitätsbezogenen Fragestellungen, z.B. Beobachtungsstudien, Patienteninterviews, Mitarbeiterbefragungen
3. Maßstäbe zur Beurteilung der Qualität	• Versorgungsziele, Qualitätsindikatoren, Tracer, Leitlinien, Pflegestandards, Gesetze, Richtlinien, Rahmenvereinbarungen • Vergleich mit anderen Einrichtungen oder Regionen (Benchmarking)
4. Feed-back Methoden	• Rückmeldung interner Datenerhebungen und Qualitätsbefunde, z.B. in Teambesprechungen • Rückmeldung extern-vergleichender Datenerhebungen, z.B. Verordnungsspiegel von Arzneimitteln • Methoden zur Kommunikation, Visualisierung und Veröffentlichung von Informationen über die bisherige Versorgungsqualität • Retrospektive peer-reviews, zumeist ohne Verbesserungsempfehlungen, z.B. Obduktionen, medizinische Audits i. e. S., • Angemessenheitsevaluation, utilization review; • Prospektive peer-reviews, z.B. Zweitmeinung, Präauthorisierung • technische bzw. computergestützte Warn- und Erfolgssignale

Phase im Qualitätszyklus	Beispiele für Qualitätssicherungsmethoden
5. Identifizieren von Lösungsansätzen	• Zumeist ohne Feed-back zur bisherigen Versorgungsqualität, z. B. Fortbildungen, Vorschlagswesen, Qualitätshandbücher, Vorschriften • Unterstützung von Entscheidungen und/oder der Koordination von Handlungsabläufen, z. B. evidenzbasierte klinische Praxis, Leitlinien, Pflegestandards, Health Technology Assessment • interner peer-review, zumeist mit spezifischen Empfehlungen, z. B. Chef- und Oberarztvisiten, Konsile, interdisziplinäre Visiten (klinisch-pharmakologische Visiten etc.), Fallkonferenzen • externer peer-review, zumeist mit spezifischen Empfehlungen, z. B. Praxisbesuche (outreach-visit), Konsultationen, Audit i. w. S. • Analyse von fördernden und hindernden Faktoren für den Erfolg von Qualitätssicherungsprojekten
6. Verbreitung von Lösungsansätzen	• interne und externe Fortbildungsveranstaltungen, lokale Meinungsführer • schriftliche Informationen (Fachzeitschriften, E-Mail, Internet etc.), visuelle Medien (Filme, Poster etc.) • Informationen für Patienten oder die Öffentlichkeit über Evidenz, Angebote und Qualität der Versorgung, z. B. Leistungsberichte und Qualitätsberichte
7. Umsetzung von Lösungsansätzen im Alltag	• Supervision bei Versorgungsleistungen, übende Verfahren, interaktive, multimediale und serielle Fortbildungen • <i>clinical pathways</i>, Flussdiagramme • computergestützte Entscheidungshilfen, Expertensysteme • Erinnerungstütschen (<i>reminder</i>); materielle und immaterielle Anreize, gesetzliche Verpflichtungen, Vertragsabschlüsse, Sanktionen • Patienteninformationen, Patientenversionen von Leitlinien, <i>shared decision-making</i>
8. Evaluation von Qualitätssicherungsprojekten	• Verfahren zur Selbstbewertung, zur Fremdbewertung; Teamgespräche • Evaluationsforschung zu Nutzen, Risiken, Kosten und Prozessen von qualitätssichernden Maßnahmen unter Ideal- und Alltagsbedingungen
9. Darstellung von Qualitätssicherungsverfahren und seinen Ergebnissen	• Selbst- und/oder Fremdbeurteilung des Qualitätsmanagementsystems, von Versorgungsstrukturen und -prozessen, ggf. von Patientenzufriedenheit und gesundheitlichen Ergebnissen, z. B. Zertifizierung nach DIN EN ISO etc. • Qualitätspreise (z. B. European Quality Award) • (zielgruppenorientierte) Veröffentlichung von Informationen über Ergebnisse von Qualitätssicherungsverfahren

1.3 Messung der Versorgungsqualität mit Indikatoren

Qualitätsindikatoren sind in der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahrzehnten, national wie international, zu den wichtigsten Mess- und Bewertungsinstrumenten aufgestiegen. Definiert werden können Qualitätsindikatoren in ihrer einfachsten Form als spezifische und messbare Größen der Versorgung, die zur Bewertung der Qualität herangezogen werden können (vertiefend hierzu Marshall et al. 2002). Ein Indikator zeigt die Qualität aber zunächst nur an. Er ist für sich jedoch kein direktes Maß für Qualität (vertiefend Sens et al. 2007). Indikatoren bedürfen der Interpretation und Bewertung. Perspektiven der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen fließen in diesen Prozess mit ein (vgl. AQUA 2013:18).

Indikatoren lassen sich bspw. auf Basis von Patientenakten oder Befragungen ermitteln. Sie messen den Erfüllungsgrad als relevant definierter Qualitätsanforderungen, z. B. in Bezug auf den Zugang zur Versorgung, die Versorgungseffektivität oder die Patientensicherheit und -orientierung (vgl. AQUA 2013:18).

„Die durch den Einsatz von Indikatoren in Aussicht gestellte Möglichkeit, auch sehr unterschiedliche Qualitätsaspekte wie Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse zu messen und damit Qualität objektivieren zu können, hat zu einer nahezu flächendeckenden Anwendung im Gesundheitswesen geführt“ (AQUA 2013: 18).

Dennoch sollte nicht vergessen werden, dass die Verwendung von Indikatoren eine recht neue Methode zur Messung von Qualität ist. Für die Erarbeitung und Anwendung von Indikatoren und Indikatorensystemen existieren keine allgemein gültigen Regeln. Die grundsätzliche Stärke von Indikatoren, nämlich die Möglichkeit zur Reduktion komplexer Sachverhalte auf einzelne und wiederholt messbare Größen, ist zugleich auch ihre Schwäche (vgl. AQUA 2013: 18).

Nutzen bzw. die Vorteile von Qualitätsindikatoren können nach Meinung des AQUA-Instituts die folgenden sein (vgl. AQUA 2013: 18):

- Qualitätsindikatoren können Grundlage oder Voraussetzung für Steuerungsprozesse und Entscheidungsfindungen sein;
- sie können Vergleiche zwischen Leistungsanbietern ermöglichen – im zeitlichen Verlauf oder gegenüber einem Goldstandard (Benchmarking);
- Schwächen und Verbesserungspotenzial der Versorgung aufzeigen;
- eine Diskussion über die Qualität der Versorgung und den effektiven Einsatz von Ressourcen anregen;
- über erhöhte Transparenz Vertrauen fördern und
- den Erfolg von Umstrukturierungen oder Ablaufänderungen messen und belegen.

Vorteile der Indikatoren

Probleme bzw. Nachteile von Qualitätsindikatoren können sein (vgl. AQUA-Institut 2013: 19):

- Die Begünstigung einer fragmentierten und/oder einseitigen Betrachtung der Medizin;
- die Einbeziehung nur leicht messbarer Versorgungsaspekte und Außerachtlassung eher subjektiver und schwer messbarer Aspekte;
- eine erschwerte Interpretierbarkeit, z.B. wenn scheinbare Versorgungsunterschiede mit zufälligen Schwankungen oder willkürlichen Fallverteilungen („case-mix“) zusammenhängen, sodass sie keine wirklichen Unterschiede in der Qualität der Versorgung aufzeigen (Interpretationsspielraum);
- eine möglicherweise kostspielige und zeitaufwendige Entwicklung und Erhebung (Frage nach der Effizienz und der ökonomischen Rechtfertigung);
- die Förderung von Schuldzuweisungen und dadurch Senkung der Motivation der medizinischen Professionen sowie
- die Konzentration auf gemessene Aspekte der Versorgung und deswegen Verfolgung eher kurzfristiger Ziele, anstelle der Entwicklung einer Langzeitstrategie.

Nachteile der Indikatoren

Vor dem Hintergrund der Mehrdimensionalität von Qualitätszielen bedarf es letztlich einer realistischen Beurteilung der Chancen, aber auch der Grenzen und Risiken des Einsatzes von Indikatoren, um abschätzen zu können, inwieweit sich Qualitätsindikatoren zur Feststellung und Lösung von Problemen eignen. Auch ‚gute‘ Qualitätsindikatoren können in der praktischen Konsequenz Effekte bewirken, die den ursprünglichen Zielen zuwiderlaufen (vgl. AQUA 2013: 19). Die Literatur enthält hierauf zahlreiche Hinweise (vertiefend Lester et al. 2011; Bratzler et al. 2007;

Rodriguez et al. 2007; MacLean et al. 2006). Ein anschauliches Beispiel findet sich bei Schiavo-Campo (1999: 26):

„If hospital subsidies are based on the length of patient waiting lists, hospital managers and doctors will keep non-critical cases waiting as long as possible and will spend inordinate amounts of time on other cases (higher quality for some, none for others); if performance instead is assessed by a number of patients treated, the quality of care may suffer.“

Qualitätskriterien für Indikatoren

Qualitätsindikatoren unterliegen aber auch selbst Qualitätskriterien. Indikatoren sollten nach der sog. RUMBA-Regel (Wilson 1987: 75) folgende Bedingungen erfüllen:

- „Relevant for the selected problem
- Understandable for providers and patients
- Measurable with high reliability and validity
- Behaviourable i.e. changeable by behavior
- Achievable and feasible“ (AQUA 2013:19)

So einfach und verständlich diese Regel ist, so schwierig ist es konkrete Methoden der Bewertung und Prüfung von Indikatoren auf Relevanz, Verstehbarkeit, Messbarkeit, Beeinflussbarkeit und Erreichbarkeit zu entwickeln.

Die Wissenschaft hält mehrere Methoden mit zum Teil sehr divergierenden Schwerpunkten und Zielsetzungen bereit. Im Rahmen evidenzbasierter Gesundheitsversorgung hat sich hinsichtlich der Bewertung neuer Indikatoren respektive der Entwicklung von Indikatorensystemen jedoch die RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM) international durchgesetzt.

Indikatoren kommen unter sich ständig ändernden Bedingungen zum Einsatz (medizinischer-technischer Fortschritt, rechtliche Rahmenbedingungen, sozialer und demografischer Wandel etc.). Sie stehen daher prinzipiell unter dem Vorbehalt empirisch-statistischer (Über-)Prüfungen (vgl. AQUA 2013: 20).

Es ist grundsätzlich sinnvoll, unterschiedliche Perspektiven und Dimensionen für eine Konkretisierung der Qualitätsanforderungen einzubeziehen (vgl. AQUA 2013: 20; vertiefend Ose et al. 2008; Rubin et al. 2001). Auch wird eine möglichst flächendeckende Messung der Qualität als eine der Voraussetzungen zur Erschließung von Verbesserungspotenzialen angesehen (vgl. AQUA 2013: 20; vertiefend SVR-BEG 2007; SVR-E 2005; McGlynn 2003; SVR-KAG 2003). Jedoch gibt es kein System, das alle Qualitätsdimensionen misst. Das in Großbritannien landesweit zum Einsatz kommende „Quality and Outcomes Framework“ (QOF) (vgl. AQUA 2013: 20; vertiefend Campbell et al. 2009; Campbell et al. 2007; McDonald et al. 2007) bspw. fokussiert überwiegend auf medizinische Indikatoren. Sie machen ca. 70% aller Indikatoren aus. Strukturindikatoren finden zu etwa 20% und Indikatoren zur Patientenperspektive zu etwa 10% Eingang. Vor allem in der jüngeren internationalen Diskussion wird die stärkere Berücksichtigung der Patientenperspektive gefordert (vgl. AQUA 2013: 20; vertiefend Grol et al. 2008).

Qualität braucht klar formulierte Ziele, um bestimmbar zu werden und um Maßnahmen für ihre Sicherung ergreifen zu können. Allein die Berücksichtigung von Qualitätsdimensionen ist nicht ausreichend, um den komplexen und abstrakten Qualitätsbegriff greifbar zu machen. Die Berücksichtigung vieler verschiedener Qualitätsanforderungen birgt gar die Gefahr, wesentliche Ziele der Gesundheitsversorgung zu vernachlässigen oder widersprüchliche Qualitätsforderungen gleichrangig nebeneinander zu stellen. Die Definition der Ziele für die Gesundheitsver-

sorgung ist aber letztlich Aufgabe von Gesundheitspolitik. An ihr hat sich die Wissenschaft zu orientieren. Sie wirkt allenfalls impulsgebend auf die Gesundheitspolitik ein.

1.4 **Sektorenübergreifende Qualitätssicherung**

Der aus dem sozi  Wandel resultierende Umbruch des Bedarfs an Gesundheitsdienstleistungen sowie der medizinisch-technische Fortschritt verändern das Gesundheitswesen nachhaltig. Kooperativen und integrativen Versorgungs- und Angebotsstrukturen gehört nach dem Willen vieler Akteure die Zukunft.

Mit § 137a SGB V hat der Gesetzgeber diesen Entwicklungen Rechnung getragen. Die zu entwickelnden Verfahren der Qualitätssicherung sind nach dieser Vorschrift „möglichst sektorenübergreifend anzulegen“ (§ 137a Abs. 1 Satz 1). Dies hat Auswirkungen auf die Qualitätssicherung, deren Fokus bis dahin eher auf dem stationären Sektor lag. Mit der Neuausrichtung auf sektorenübergreifende Versorgungsketten und der damit entstehenden Möglichkeit von Längsschnittbetrachtungen wird die Qualitätssicherung vor zahlreiche neue Herausforderungen gestellt.

Die Forderung nach sektorenübergreifender Qualitätssicherung trifft auf ein System, das sektoral zergliedert ist. Allein auf technisch-formaler Ebene bestehen große Herausforderungen bei der Zusammenführung patientenbezogener Daten unter Berücksichtigung der rechtlichen Anforderungen an den Datenschutz (§ 299 SGB V) sowie die Veränderung von Datenflüssen. Darüber hinaus erschwert das gegliederte System der Sozialversicherung die Vergleichbarkeit von Leistungen und erhöht den Aufwand der Datenvalidierung. Längsschnittbetrachtungen stellen auch inhaltlich häufig ganz andere Anforderungen an Indikatoren, Erhebungsinstrumente und Auswertungen (vgl. AQUA 2013: 21).

Es bedarf der Entwicklung und Erprobung neuer Konzepte, um diesen Herausforderungen zu begegnen, denn die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die bloße Erweiterung der Methoden externer stationärer Qualitätssicherung in Richtung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nicht funktioniert (vgl. AQUA 2013: 21).

Zur Erfüllung dieser Aufgaben hat der G-BA gem. § 137a SGB V im Jahr 2004 das AQUA-Institut als fachlich unabhängige Institution beauftragt. Das AQUA-Institut hat gem. § 137a Abs. 2 Satz 1 SGB V vor allem folgende Aufgaben:

- Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität,
- Dokumentation und datentechnische Umsetzung,
- Unterstützung bei der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung,
- Veröffentlichung von Ergebnissen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form.

„Qualitätssicherung ist im Lichte des § 137a SGB V die Summe aller Maßnahmen, die geplant und systematisch eingesetzt werden, um definierte Qualitätsanforderungen zu überprüfen, sicherzustellen bzw. sie zu erreichen“ (AQUA 2013: 21). Dies erfordert, bezogen auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eines Landes, größtmögliche Zusammenarbeit aller Beteiligten. Der Gesetzgeber hat die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung zu schaffen und durch-

Aufgabe des AQUA-Instituts

führende Institutionen zu benennen, Leistungserbringer müssen die Qualität ihrer Leistungen transparent machen, Kostenträger müssen Prioritäten setzen, Patienten müssen ihre Perspektiven einbringen und zuletzt müssen auch das Wissen und die Erfahrung der zahlreichen anderen Akteure des Gesundheitswesens (Qualitätsinitiativen, medizinische Forschung, Versorgungsforschung usw.) eingebunden werden (vgl. AQUA 2013: 21 f.).

„Da in diesem komplexen Geflecht verständlicherweise nicht immer alle Akteure an einem Strang bzw. zumindest nicht immer exakt in dieselbe Richtung ziehen, entspricht die oben genannte ‚Summe aller Maßnahmen‘ zwangsläufig nicht immer dem Optimum. Gleichwohl ist das Bemühen um eine möglichst große Summe alternativlos und damit eine zentrale Herausforderung der Entwicklung und Weiterentwicklung der bundesweiten Qualitätssicherung“ (AQUA 2013: 21).

Übungsaufgaben

- 1.1) Begründen Sie, warum die Messung der Qualität im Gesundheitswesen eher schwierig ist und nennen Sie fünf Dimensionen, die die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems bestimmen.
- 1.2) Nennen Sie fünf Methoden der Qualitätssicherung und ordnen Sie sie den Phasen des Qualitätszyklus zu.
- 1.3) Nennen Sie fünf Qualitätskriterien, die Qualitätsindikatoren gemäß der RUMBA-Regel erfüllen sollten.

2 Rechtliche Grundlagen

Die Qualitätssicherung ist an verschiedenen Stellen im Bundes-, Landes- und Kammerrecht geregelt. Folgende **Tabelle 2. 1** stellt die wichtigsten Regelungen zur Qualitätssicherung auf Bundesebene übersichtlich dar.

Tabelle 2.1: Gesetzliche Regelungen zur Qualitätssicherung

SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung	
§ 70 SGB V Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit	Diese Regelung gilt als Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung.
§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus	Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die DKG und die KBV sind verpflichtet, einheitliche Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit für Vertragsärzte und Krankenhäuser festzulegen.
§ 135 SGB V Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Dieser Paragraph ist für die Qualitätssicherung die zentrale Bestimmung im SGB V. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung nur abgerechnet werden, wenn der G-BA hierzu Richtlinien erlassen hat. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Einhaltung dieser Richtlinien (vgl. § 106 Abs. 2a Nr. 3 SGB V). Sollte die in den einzelnen Richtlinien geforderten Kriterien nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden.
§ 135a SGB V Verpflichtung zur Qualitätssicherung	„Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“ (§ 135a SGB V Abs. 1 Satz 1 und 2). Ferner werden die Leistungserbringer zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verpflichtet.
§ 136 SGB V Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung	Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern und durch Qualitätsprüfungen das Ergebnis dieser Bemühung zu bewerten. Die Resultate sind zu dokumentieren und in allgemein verständlicher Form jährlich zu veröffentlichen.
§ 137 SGB V Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung	„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser (...) durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere 1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und 2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizinisch-technischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen“ (§ 137 Abs. 1 Satz 1). Neu ist auch, dass der G-BA, soweit erforderlich, die notwendigen Durchführungsbestimmungen und Grundsätze für Konsequenzen, insbesondere für Vergütungsabschläge für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten, erlassen soll. Richtlinien sollen nur noch sektorübergreifend erlassen werden, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden.

SGB V

§ 137a SGB V Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität	Durch das vom Bundeskabinett im Juni 2014 beschlossene Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) wurde der § 137 a SGB V neugefasst und regelt nunmehr: Der G-BA gründet ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Hierzu errichtet er eine Stiftung des privaten Rechts, die Trägerin des Instituts ist (Abs. 1). Der Vorstand der Stiftung bestellt die Institutsleitung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in den Vorstand der Stiftung (Abs. 2). Gem. Abs. 3 arbeitet das Institut im Auftrag des G-BA an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden, 1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln, 2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln, 3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen, 4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen, 5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden, 6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt werden sowie 7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren (Abs. 3). Das Institut hat zu gewährleisten, dass die Aufgaben nach Absatz 3 auf Basis der maßgeblichen, international anerkannten Standards der Wissenschaften erfüllt werden (Abs. 5). Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind 1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, 2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft, 3. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 4. der Verband der privaten Krankenversicherung, 5. die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer, 6. die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, 7. die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, 8. das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung, 9. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, 10. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, 11. zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreter sowie 12. die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind, zu beteiligen
---	---

§ 137b SGB V Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin	Der G-BA stellt den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen fest und benennt den Weiterentwicklungsbedarf. Ferner bewertet der GBA eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit.
§ 137c SGB V Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus	Gegenstand der Norm ist die Überprüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Die Prüfung erfolgt durch den G-BA, der sich zur Erfüllung dieser Aufgabe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bedient.
§ 137d SGB V Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Versorgung und Rehabilitation	§ 137d SGB V hat die Vereinbarung von Maßnahmen für die Qualitätssicherung für stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen zum Gegenstand. Die Vereinbarungen werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblicher Spitzenorganisationen vereinbart. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und die Verpflichtung zur Zertifizierung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen richten sich nach § 20 SGB IX.
§ 137 f SGB V Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten	Der G-BA empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit, für welche chronische Erkrankungen strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, um den Behandlungsablauf und die Qualität zu verbessern.
§ 139a SGB V Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	In diesem Paragraphen ist der Handlungsinhalt des vom GBA als fachlich unabhängig, rechtsfähig und wissenschaftlich gegründeten Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen festgelegt.
SGB XI – Pflegeversicherung	
§ 97a SGB XI	Die Norm regelt die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten nach §§ 112ff. SGB XI durch Sachverständige für Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung im Auftrag der Pflegekassen.
§ 112 SGB XI Qualitätsverantwortung	Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5). Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Die Pflegeeinrichtungen werden in Fragen der Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit dem Ziel beraten, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.
§ 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität	Die Norm hat die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist, zum Gegenstand. Die Vereinbarungen werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geschlossen. Die Vereinbarungen regeln insbesondere die Anforderungen

SGB XI

SGB IX

	1. an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen, 2. an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Abs. 4 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation, 3. an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 4, die den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen sowie 4. an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht.
§ 113a SGB XI Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	§ 113a SGB XI stellt die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen.
§ 114 SGB XI Qualitätsprüfungen	§ 114 SGB XI regelt die Prüfung von Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung. Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind ab dem 1. Januar 2014 verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind.
§ 115 SGB XI Ergebnisse von Qualitätsprüfungen	Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind im Rahmen ihres Prüfauftrags nach § 114 jeweils berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllen. Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen beraten im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung.
SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe	
§ 20 SGB IX Qualitätssicherung	Die Rehabilitationsträger vereinbaren gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer. Die Erbringer von Leistungen stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben sich an einem Zertifizierungsverfahren zu beteiligen.

3 Institutionen der Qualitätssicherung

Mit der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sind viele Akteure betraut und gesetzlich verpflichtet, G-BA, Kassenärztliche Vereinigungen, die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer, die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) sowie der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS). Qualitätsprüfungen erfolgen durch die Medizinischen Dienste in Altenpflegeheimen oder ambulanten Pflegediensten, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die ärztlichen Berufsverbände und die wissenschaftlichen Gesellschaften, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) etc. Die wichtigsten Institutionen werden nachfolgend kurz vorgestellt.

3.1 Der Gemeinsame Bundesausschuss

„Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland“ (G-BA 2014). Näheres regelt § 91 SGB V.

Der G-BA wurde am 1. Januar 2004 in der Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) errichtet und übernimmt und vereinheitlicht seitdem die Aufgaben der bis dahin tätigen unterschiedlichen Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Der G-BA **legt den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fest** und bestimmt somit, welche Leistungen der medizinischen Versorgung zu Lasten der GKV erbracht werden dürfen (vgl. G-BA 2014). Die durch den G-BA beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für den Bereich der GKV rechtlich bindend.

Der G-BA hat darüber hinaus wichtige Aufgaben im Bereich der **Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Versorgung** (vgl. G-BA 2014). Hierzu wurden die Unterausschüsse „Qualitätssicherung“ und „sektorübergreifende Versorgung“ gebildet. Unterstützt wird der G-BA dabei vom IQWiG (vgl. §§ 139a–c SGB V) und vom AQUA-Institut (vgl. § 137a SGB V).

Für eine weiterführende Beschreibung der Aufgaben des G-BA sei auf § 91 SGB V verwiesen.

3.2 IQWiG

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG; §§ 139a–c SGB V) ist dem G-BA als wissenschaftlich arbeitende, fachlich unabhängige und rechtsfähige Institution zur Seite gestellt.

Die Aufgaben des Instituts sind:

- „Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,

Aufgaben

Aufgaben

- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
- Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln,
- Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger allgemein verständlichen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung“ (§ 139a Abs. 3).

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 wurde § 35b SGB V neu ins Gesetz aufgenommen. Er regelt die Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von neuen Arzneimitteln und für Arzneimittel von besonderer Bedeutung durch das IQWiG. Hierfür wurde Ende 2009 eine Methodik vorgestellt und erste Prüfaufträge erteilt (vgl. IQWiG 2014).

3.3 AQUA

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde der G-BA durch § 137a SGB V verpflichtet, eine fachlich unabhängige Institution zur Messung und Darstellung der Qualität der medizinischen Versorgung zu beauftragen. Bei der 2009 durchgeführten europaweiten Ausschreibung unterlag die bis dahin im Auftrag des G-BA nach § 137a SGB V tätige Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS). Ab 1. Januar 2010 übernahm das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) die Aufgaben der bisherigen bundesweiten stationären Qualitätssicherung.

Das AQUA-Institut ist ein im Jahr 1995 in Göttingen gegründetes Dienstleistungsunternehmen, das im wissenschaftlichen Umfeld angesiedelt ist und sich auf Qualitätsförderungsprojekte im Gesundheitswesen spezialisiert hat.

Aufgaben

Eine der Hauptaufgaben des AQUA-Institutes ist es, „den G-BA bei der Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben, insbesondere bei der Fortführung und Fortentwicklung der bisher sektoralen Qualitätssicherung hin zur Durchführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch folgende Leistungen zu unterstützen:

- Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität
- Entwicklung der notwendigen Dokumentation und deren datentechnische Umsetzung
- Unterstützung bei der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
- Veröffentlichung von Ergebnissen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form“ (AQUA 2012: 8).

Das AQUA-Institut ist gem. § 137a SGB V insbesondere damit beauftragt:

- „für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und, soweit erforderlich, weitere Einrichtungen (...) einzubeziehen sowie
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Institution in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen“ (§ 137a Abs. 2 Satz 1 SGB V).

3.4 Kassenärztliche Vereinigungen

Nach § 136 Abs. 2 Satz 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen **die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung** erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben **zu prüfen**. Der G-BA regelt in Richtlinien nach § 92 SGB V die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Abs. 1 und 2 SGB V Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsüberprüfungen. Die Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sind dabei zu berücksichtigen.

In vielen Kassenärztlichen Vereinigungen sind Qualitätsberichte über die Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung bereits Standard. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wirkt auf die Vereinheitlichung dieser Berichte hin, um daraus Qualitätsziele ableiten zu können.

3.5 MDK

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der medizinische, zahnmedizinische und pflegerische Beratungs- und Begutachtungsdienst für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland.

Er berät darüber hinaus die GKV in System- und Versorgungsfragen. Hierzu arbeitet der MDK dem GKV-Spitzenverband zu. Der MDK hat verschiedene Kompetenzzentren, u.a. für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (KCQ), eingerichtet, um Grundsätze der Begutachtung und Beratung zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste sowie zur Systemberatung der GKV auf Bundesebene zu erarbeiten.

Aufgabe des MDK ist es, **die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen sowie deren Landesorganisationen in medizinischen und pflegerischen Fragen sozialmedizinisch zu beraten**, damit diese leistungsrechtliche Entscheidungen treffen können.

Aufgaben der Qualitätssicherung übernimmt der MDK vor allem im Rahmen des SGB XI (Pflegeversicherung). Gem. §§ 114 ff. SGB XI führt der MDK **Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen** durch.

Aufgaben

Der MDK überprüft im Auftrag der Landesverbände der sozialen Pflegekassen, ob die vereinbarten Qualitätsstandards von den Pflegeeinrichtungen eingehalten werden. Seit dem 1. Juli 2009 bilden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen die Grundlage für die Ermittlung und Veröffentlichung von Pflegenoten. Die Bewertungskriterien sind vom GKV-Spitzenverband, den überörtlichen Sozialhilfeträgern und den kommunalen Spitzenverbänden in gemeinsamen Verhandlungen mit den Verbänden der Leistungserbringer zuvor festgelegt worden. Die Pflegenoten bzw. Transparenzberichte werden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Internet veröffentlicht. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) haben seit dem 1. Juli 2008 ca. 30.000 Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI in den ca. 23.000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland durchgeführt.

3.6 Cochrane Collaboration

„Das Deutsche Cochrane Zentrum (DCZ) repräsentiert die Cochrane Collaboration, ein internationales Netzwerk von Wissenschaftlern und Ärzten, das sich an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin orientiert. Das zentrale Ziel ist die Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für Entscheidungen im Gesundheitssystem. Dieses Ziel wird vor allem durch die **Erstellung, Aktualisierung und Verbreitung systematischer Übersichtsarbeiten (systematic reviews) zur Bewertung von Therapien** erreicht. Die Arbeiten werden in der Cochrane Library online veröffentlicht“ (DCZ 2014).

Die Cochrane Collaboration stellt damit Daten zur Verfügung, die auch im Rahmen der Qualitätssicherung von zentraler Bedeutung sind und Verwendung finden.

4 Instrumente zur Abbildung der Versorgungsqualität

Die für die Abbildung der Versorgungsqualität zu entwickelnden Indikatoren können sich auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, auf die Indikationsqualität (Subgruppe von Prozessqualität) sowie die Erfahrungen der Patienten beziehen. Für die Abbildung dieses breiten Spektrums an Fragestellungen lassen sich drei Arten von Instrumenten unterscheiden (vgl. AQUA 2010: 26):

- Instrumente zur Abbildung der Einrichtungen (Strukturen, Verfahren)
- Instrumente zur fallbezogenen Abbildung der medizinisch-pflegerischen Prozesse und Ergebnisse
- Instrumente zur Abbildung von Patientenerfahrungen und patientenbezogener Ergebnisse

Drei Arten von Instrumenten

Neben den verfahrensspezifischen expliziten Datenerhebungen können folgende Datenquellen hinzugezogen:

- Routinedaten (Sekundärdaten)
- Patientenbefragungen
- Befragungen von Leistungserbringern (Ärzte, Pflegende, Einrichtungen)
- zusätzliche über EDV-Systeme erfasste Dokumentationen der Einrichtungen

Datenquellen

Neben der Frage nach der grundsätzlichen Eignung dieser Datenquellen für die o. g. Instrumentenarten ist von entscheidender Bedeutung auch, mit welchem Aufwand ihre Nutzung verbunden ist und welche gesetzlichen Rahmenbedingungen bei ihrem Einsatz für die Qualitätssicherung zu berücksichtigen sind (vgl. AQUA 2010: 26).

4.1 Routinedaten

Im vorliegenden Kontext sind Routinedaten Sekundärdaten, also Daten, die zu anderen als rein medizinischen Zwecken erhoben wurden. Sekundärdaten werden international seit Langem für Zwecke der Qualitätssicherung und der Versorgungsforschung eingesetzt. Zumeist werden diagnose- bzw. prozedurenbezogene Indikatoren analysiert (vgl. AQUA 2010: 27; vertiefend Aylin et al. 2007; Black et al. 1998; Bottle et al. 2009; DesHarnais et al. 2000; Dr Foster 2009; Ghali et al. 2000; Jha et al. 2005; Pine et al. 2007; Romano et al. 1995; Williams et al. 2005). Darüber hinaus werden in einigen Ländern mortalitätsbasierte Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser auf der Basis von Routinedaten berechnet und ausgewiesen (vgl. AQUA 2010: 27; vertiefend CIHI 2010; Dr Foster 2009; Jarman et al. 2010). Verbreitet sind auch diverse Qualitätsindikatorensätze der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ 2010). Insbesondere deren Indikatoren zur Patientensicherheit finden breite Anwendung (vgl. AQUA 2010: 27; vertiefend AHRQ 2010; Bottle et al. 2009; Drösler et al. 2007; Mitrshahi et al. 2010; Romano et al. 2009).

In der Bundesrepublik werden meist Daten verwendet, die zu Abrechnungszwecken erhoben werden. Für den stationären Bereich sind dies die Datensätze, die gem. § 301 SGB V an die Kostenträger übermittelt werden bzw. die sog. § 21 Daten (KHEntgG). Im ambulanten Bereich handelt es sich vor allem um die Abrechnungsdaten, die auf der Grundlage des § 295 SGB V bzw. § 300 SGB V erhoben werden. Es existieren eine Reihe weiterer Daten, die in Praxis und Krankenhaus

sowie anderen Leistungserbringern erfasst und im Rahmen der Rechnungsstellung weitergeleitet werden (vgl. AQUA 2010: 27; vertiefend Heller 2009).

Die Nutzung von Routinedaten für Zwecke der Qualitätssicherung begegnet teilweise grundlegenden Bedenken. Neben dem Fehlen qualitätsrelevanter Details wird vor allem die fehlende Validität dieser Daten bemängelt:

„Data as such do not exist in nature; data are man-made artefacts. Real-world entities are observed and described by humans. When usage of the medical record changes, the recorded data change accordingly. Data are collected with a purpose in mind; that purpose has a direct influence on what data are recorded.“ (van der Lei 1991: 70)

Auch die sinnvolle Verwendung von stationären Routinedaten wird in der internationalen Literatur kontrovers diskutiert (vgl. AQUA 2010: 27; vertiefend Black et al. 1998; Iezzoni 1997; Shahian et al. 2007).

Einige in der Bundesrepublik durchgeführten Untersuchungen bestätigen diese Kritik. Ambulante Abrechnungsdiagnosen bspw. sind Untersuchungen zufolge bislang nur eingeschränkt für andere Zwecke verwendbar (vgl. AQUA 2010: 27; vertiefend Erler 2007; Gerste et al. 2006; Giersiepen et al. 2007). Es gibt allerdings auch eine Vielzahl von Projekten, in denen auf Routinedaten basierende Qualitätsindikatoren erfolgreich verwendet werden. Beispielhaft zu nennen ist hier das Projekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) der AOK (WIdO 2007). Es belegt, dass vor allem Indikatoren zur Ergebnisqualität (z. B. Sterblichkeit, langfristige Revisionsraten) gut auf der Basis von Routinedaten abbildbar sind. Dies insbesondere deswegen, weil Betrachtungen über einen längeren Zeitraum und über verschiedene Leistungserbringer hinweg möglich sind. Dieser Umstand macht Routinedaten für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung interessant, weil sie, anders als in der externen stationären Qualitätssicherung, eine Nachbeobachtung ermöglichen (vgl. AQUA 2010: 27).

Den Grund hierfür bildet vor allem der Umstand, dass die Kostenträger die Möglichkeit besitzen, unterschiedliche Leistungen einer individuellen Person zuzuordnen und so Krankheitsverläufe abzubilden. Dies geschieht über eine Verknüpfung der Routinedaten mit Versichertenbestandsdaten.

Trotz berechtigter Kritiken die Nutzung von Routinedaten für Zwecke der Qualitätssicherung betreffend sprechen einige Argumente für ihre Nutzung. Zu nennen sind (vgl. AQUA 2010: 28):

- der geringe Dokumentationsaufwand,
- die Vollständigkeit der Datenbasis,
- der extern überprüfte Datenbestand und
- die vielfach erprobte Anwendung von Routinedaten in großen Indikatorenregistern (z. B. AHRQ).

Als alleinige Grundlage für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung eignen sich Routinedaten wohl aber nicht.

4.2 Patientenbefragungen

Im Rahmen der Qualitätssicherung dienen Patientenbefragungen dazu, Erfahrungen, Sichtweisen und Präferenzen der Patienten zu erfassen. Ihr Ziel ist es, Qualitätsdefizite aufzudecken, die aus der Erfassung von Routinedaten und Dokumentationen nicht sichtbar werden und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zu ergreifen. Die Patientenzufriedenheit ist dabei einerseits ein (Teil-)Ziel der medizinischen Versorgung, andererseits mit Blick auf den Behandlungsprozess sowie das Behandlungsergebnis aber auch ein Maß für die Qualität der Versorgung (vgl. Blum et al. 2001). Patienten sind eine wertvolle Informationsquelle vor allem deshalb, weil sie die einzigen sind, die den gesamten Versorgungsprozess, auch über Sektorengrenzen hinweg, erleben.

Patientenbefragungen sollen sich dabei vor allem auf die aus Sicht der Patienten relevanten Aspekte der Versorgung beziehen und diese abbilden. Sie können grundsätzlich mündlich im Einzelinterview (persönlich oder telefonisch), im Rahmen von Fokusgruppen (vgl. AQUA 2010: 31; vertiefend Allgeier et al. 2005; Dierks et al. 1994; Kilian et al. 2009; Moen et al. 2009) oder auch schriftlich erfolgen.

Man unterscheidet zwischen qualitativen und quantitativen Befragungen. Bei ersteren werden die Befragten dazu angeregt, ihre Erfahrungen in eigenen Worten wiederzugeben (vgl. AQUA 2010: 31; vertiefend Flick et al. 2009; Laatz 1993; Mayring 2002; Olbort et al. 2009). Die systematische Auswertung qualitativer Erhebungen ist aufwendig. Daher ist die Zahl der Befragten ggf. zu begrenzen. Auch können die Ergebnisse unterschiedlicher Befragungen nicht direkt miteinander verglichen werden. Dennoch können qualitative Befragungen sinnvoll sein. Dies z. B. dann, wenn zu einem Themengebiet erst wenige Erfahrungen vorliegen. Sie können aber auch bei der Interpretation von Ergebnissen aus quantitativen Befragungen hilfreich sein.

Quantitative Befragungen erfolgen schriftlich mithilfe von Fragebögen. Sie werden eingesetzt, um statistisch signifikante Aussagen zu treffen und Vergleiche anzustellen. Dies erfordert die Einbeziehung einer möglichst großen Anzahl an Befragten.

Bei Befragungen ist der Einsatz zweier Fragearten möglich. Erfragt werden können (vgl. AQUA 2010: 31):

- a) subjektive Bewertungen von Versorgungsstrukturen und -ergebnissen („rating“: z. B. Zufriedenheit mit den Wartezeiten; Bewertung auf einer mehrstufigen Antwortskala)
- b) Bewertungen von auch objektiv feststellbaren Tatsachen („reporting“, z. B.: Wie lange musste ein Patient im Wartezimmer warten (Minuten); Antworten ja/nein oder numerische Angaben).

Beide Fragearten haben Vor- und Nachteile. Das „Rating“ gibt keine Auskünfte über das „objektive“ Geschehen. Rückschlüsse darauf lassen sich nur mittelbar ziehen. Beim „reporting“ bleibt die Bewertung der Befragungsergebnisse dem Auswerter überlassen. Subjektive Wahrnehmungen bleiben hier unberücksichtigt. Bei der Wahl der Befragungsart kommt es also entscheidend auf die Zielstellung an. Beide Befragungsarten lassen sich auch miteinander kombinieren (vgl. AQUA 2010: 31).

Erfahrungsgemäß weisen Patientenbefragungen eine Tendenz zu sehr positivem Antwortverhalten auf. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf allgemein formulierte Fragen. Allerdings verbirgt sich hinter allgemeinen Zufriedenheitsaussagen teil-

Qualitative Befragungen

Quantitative Befragungen

weise erhebliche Detailkritik (vertiefend Aust 1994). Konkrete Fragen nach bestimmten Aspekten der Versorgung liefern durchaus auch kritische Rückmeldungen (vertiefend Klingenberg et al. 2008). Sowohl in Bezug auf die Formulierung der Fragen als auch auf die Methodik der Befragungsdurchführung (Anonymität, zeitliche und räumliche Distanz zur Einrichtung) ist also besondere Sorgfalt geboten (vgl. AQUA 2010: 31). Ideal ist daher die Durchführung von Patientenbefragungen mit validierten Instrumenten (vertiefend Jacobs 2009; Speight et al. 2009). Liegen für eine spezielle Fragestellung entsprechende Instrumente nicht vor, so kann ein bereits existierendes Instrument unter bestimmten Voraussetzungen durch weitere Fragen ergänzt, oder es muss im Ausnahmefall ein Instrument neu entwickelt werden (vgl. AQUA 2010: 33).

Mit Blick auf das Behandlungsergebnis werden die subjektiven Bewertungen der Patienten als „patientenberichtet“ oder als Patient Reported Outcomes (PRO) bezeichnet. In der Versorgungsforschung und der Nutzenbewertung werden PRO mit Fragebögen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder zur Lebensqualität allgemein (krankheitsunabhängig, generisch) erhoben. Neben der Mortalität und der Morbidität gehört die Lebensqualität zu den für die Messung der Versorgungsqualität bedeutsamsten „patientenrelevanten Endpunkten“ (vgl. IQWiG 2008: 41).

Einige Aspekte der Gesundheitsversorgung können ohne die Einbeziehung der Patienten gar nicht erfasst werden. Dies betrifft z.B. die Arzt-Patienten-Beziehung aus der sich wichtige Anforderungen an die Prozess- und Strukturqualität ableiten lassen (vgl. AQUA 2010: 32; vertiefend Dierks et al. 1998; Klingenberg et al. 2008; Wensing et al. 1998).

Die Frage nach einer angemessenen Einbeziehung der Patienten in Entscheidungen über ihre gesundheitliche Versorgung („Shared-Decision-Making“; vertiefend Barratt 2008; Elwyn et al. 2005; Krones et al. 2008; Scheibler et al. 2003a, 2003b) gewinnt mit der Entwicklung von der paternalistisch geprägten Arzt-Patienten-Beziehung hin zu einem partnerschaftlichen Modell zunehmend an Bedeutung. Dies schließt die Respektierung individueller Präferenzen der Patienten mit ein (vgl. AQUA 2010: 32; vertiefend Keirns et al. 2009).

4.3 Befragungen von Leistungserbringern

Für bestimmte Fragestellungen kann es sinnvoll sein, Einrichtungen zu ihren Strukturen und Prozessen zu befragen. Diese Auskünfte können ggf. auch mit weiteren Informationen (z.B. aus Visitationen) verknüpft und dadurch validiert werden. Aktuelle Studien belegen, dass bestimmte Organisationsmerkmale mit guten patientenbezogenen Ergebnissen korrelieren (vertiefend Kahn et al. 2007; Nutting et al. 2007; Solberg et al. 2008). Insbesondere im Zusammenhang mit seltenen Problemen und Erkrankungen oder in Bereichen, in denen Erhebungen klinischer Daten mit erheblichem Aufwand verbunden sind (z.B. in Arzt- und Zahnarztpraxen) oder neue Dokumentationsroutinen nur schwer in elektronische Patientenakten integrierbar sind, kann diese Herangehensweise vorteilhaft sein (vgl. AQUA 2010: 34). Ergänzend dazu kann die Erhebung z.B. folgender Merkmale sinnvoll sein (vgl. AQUA 2010: 34):

- Angaben zu Strukturen und Verfahren in Einrichtungen, z.B. Selbstauskünfte zu Ausstattung, Organisation, Notfall- und Beschwerdemanagement (vgl. auch AQUA 2008; Grol et al. 2005).

- Verwendung von Behandlungspfaden und Checklisten; Bsp.: In 8 Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen konnte mittels Verwendung einer einfachen Checkliste für chirurgische Eingriffe (WHO-Checkliste Safe Surgery) eine Senkung der Komplikationsrate von 11 % auf 7 % und der Intra-Hospital-Mortalität von 1,5 % auf 0,8 % erreicht werden (vgl. Haynes et al. 2009).
- Anwendung von Methoden und Instrumenten zur Risikoprävention, Fehlerberichte und Fehleranalyse (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit 2014).
- Aussagen zum Bedarf und zur Akzeptanz, Bewertung und Umsetzung von Qualitätsmanagement und Qualitätsförderung. Beispielsweise: nach Qualitätsmanagement in der Einrichtung, Qualitätsförderung allgemein, Patientenbefragungen, Teilnahme an Qualitätszirkeln (vgl. Klingenberg et al. 2006; Schorsch et al. 2006; Wensing et al. 2004), Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen verschiedener Versorgungsebenen, Überweisungsmanagement etc. (vgl. Rosemann 2006).

Übungsaufgaben

- 4.1) Nennen Sie vier Informationsquellen, die für die Messung der Versorgungsqualität in Betracht kommen.
- 4.2) Begründen Sie die Kritik an der Verwendung von Routinedaten zur Abbildung der Versorgungsqualität und nennen Sie vier Pro-Argumente.

5 Auswahl und Bewertung von Qualitätsindikatoren

„Ein ‚guter‘ Indikator soll (medizinisch) relevant, klar formuliert und praktisch, d. h. unter Alltagsbedingungen und im gegebenen versorgungspolitischen Rahmen umsetzbar sein. Zudem soll er aussagekräftig sein, d. h. er ist (ggf.) risikoadjustiert, verfügt über gute Messeigenschaften und eignet sich deswegen zur öffentlichen Berichterstattung. Angesichts dieser zahlreichen Anforderungen fällt den Auswahl- und Bewertungsprozessen von Indikatoren eines Qualitätssicherungsverfahrens eine große versorgungspolitische Bedeutung zu.“ (AQUA 2013: 73)

Zwar besteht Einigkeit darin, dass die Qualität der Indikatoren sicherzustellen ist (vertiefend Sens et al. 2007), allerdings fehlt bisher eine verbindliche und alle Erfordernisse **abdeckenden** Methode zur Bewertung von Indikatoren. Dies gilt umso mehr für noch zu entwickelnde Indikatoren, da es für sie keine wissenschaftliche Begründung im engeren Sinne gibt. Einzig verbindlicher Maßstab ist die transparente Darlegung der Kriterien, nach denen Indikatoren zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Entwicklungsstadien ausgewählt und bewertet werden (vgl. AQUA 2013: 73).

Im vorliegenden Kapitel wird zunächst eine von Experten anerkannte Methode zur Bewertung von Qualitätsindikatoren, die RAND Appropriateness Method (RAM), beschrieben. Hiernach erfolgt eine genauere Erläuterung der bei dieser Methode verwendeten Gütekriterien, bzw. Bewertungskategorien: Relevanz, Verständlichkeit, Praktikabilität, Erhebungsaufwand, Messeigenschaften, Risikoadjustierung und die jeweilige Eignung des Indikators für die öffentliche Berichterstattung.

5.1 *RAND Appropriateness Method (RAM)*

Methodisches Kernelement zur Auswahl und Bewertung von Indikatoren ist, die „RAND Appropriateness Method“ (RAM). Sie wurde von der Arbeitsgruppe „Research and Development“ (RAND) an der Universität von Los Angeles (UCLA) entwickelt (vertiefend Fitch et al. 2001).

Grundlage der Indikatorbewertung ist ein Indikatorenregister (vgl. AQUA 2013: 65 ff.). Für viele der dort erfassten Indikatoren fehlt es an der durch randomisierte kontrollierte Studien zu belegenden Evidenz (vertiefend Hearnshaw et al. 2001; McColl et al. 1998). Für das Auswahl- und Bewertungsverfahren wird deshalb eine externe Sachverständigengruppe (RAM-Panel) gebildet, die diese Aufgabe übernimmt (vgl. AQUA 2013: 79).

Im Rahmen der Entwicklung von Indikatoren können Experten in verschiedener Weise einbezogen werden (vertiefend Campbell et al. 2003). Üblich sind Konsensus-Konferenzen, Delphi-Befragungen (vertiefend Fink et al. 1984) und der RAM-Prozess (vertiefend Fitch et al. 2001). Die nachfolgende Tabelle unterscheidet diese Verfahren hinsichtlich der Art der Entscheidungsfindung und der Frage, ob persönliche Treffen der Experten stattfinden (vgl. AQUA 2013: 79).

Tabelle 5.1: Methoden der Einbeziehung von Experten bei der Indikatorenbewertung
(AQUA 2013: 79)

	Konsensus-Konferenzen	Delphi-Befragungen	RAM-Prozess
Explizites Verfahren zur Entscheidungsfindung?	Nein	Ja	Ja
Persönliche Treffen der Experten?	Ja	Nein	Ja

Explizite Verfahren sind dadurch gekennzeichnet, dass Expertenmeinungen über schriftliche Befragungen erhoben werden und die Auswertung der Befragung an die Experten zurückgemeldet wird. Dabei wird in einem vorab festgelegten Verfahren entschieden, welche Indikatoren einbezogen werden.

Im Gegensatz dazu erfolgt diese Entscheidung bei impliziten Verfahren in der Gruppe, z. B. durch Abstimmung (Mehrheitsentscheidungen). Grol (1993) indes fordert die Anwendung expliziter Verfahren, da implizite Verfahren die Gefahr bergen, dass die Entscheidungsfindung durch dominante Persönlichkeiten beeinflusst wird (vgl. AQUA 2013: 79).

Zweites Unterscheidungsmerkmal der o. g. Verfahren ist die Frage, ob persönliche Treffen der Experten stattfinden. Persönliche Treffen bieten den Vorteil, dass unterschiedliche Standpunkte differenzierter ausgetauscht und die Diskussionsergebnisse direkt in eine veränderte Fassung der Indikatoren einfließen können. Allerdings sind persönliche Treffen auch mit einem höheren finanziellen Aufwand verbunden und die Gruppengröße ist zumeist beschränkt (vgl. AQUA 2013: 79; vertiefend Campbell et al. 2003).

Der RAM-Prozess wird in zahlreichen Abwandlungen weltweit zur Entwicklung von Indikatoren eingesetzt (vertiefend Mourad et al. 2007; Campbell et al. 2003; Marshall et al. 2003). In einer sehr strukturierten Arbeitsweise kombiniert er einen expliziten Ansatz mit Expertentreffen. Der **RAM-Prozess** gilt heute international als „Goldstandard“ für Entwicklung, Auswahl und Bewertung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen und wird auch vom AQUA-Institut angewandt (vgl. AQUA 2013: 80).

Der RAM-Prozess weist in Bezug auf die Bewertungskategorien, respektive die diesen unterlegten Gütekriterien sowie die Methode der Auswertung der Ergebnisse Variationen auf. Die oben genannten Basiselemente (explizites Verfahren und Expertentreffen) bleiben jedoch immer erhalten (vgl. AQUA 2013: 80).

5.2 Bewertungskategorien und Gütekriterien

Innerhalb des RAM-Prozesses kommen verschiedene Bewertungskategorien zur Anwendung. Das Panel bewertet die Indikatoren nach den vier Kategorien Relevanz (Bewertungsrunde 1), Klarheit/Verständlichkeit (Bewertungsrunde 1), Praktikabilität (Bewertungsrunde 2) und Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung (Bewertungsrunde 2).

Die folgende Übersicht (**Tabelle 5.2**) stellt die verschiedenen Bewertungskategorien und ihre Verwendung im RAM-Prozess dar:

Tabelle 5.2: Kategorien und Phasen der Auswahl und Bewertung von Indikatoren (AQUA 2013: 73f.)

Bewertung von Indikatoren

Bewertungskategorie	Zeitpunkt der Beurteilung
Relevanz (medizinische Effektivität und Patientennutzen)	RAM-Prozess (Bewertungsrunde 1)
Klarheit/Verständlichkeit	RAM-Prozess (Bewertungsrunde 1)
Praktikabilität (Umsetzbarkeit)	Im RAM-Prozess (Bewertungsrunde 2) erfolgt eine verbindliche Einschätzung. Die tatsächliche Praktikabilität kann nur in der Anwendung bzw. mit den Anwendern und den Softwareherstellern überprüft werden. D.h. die Praktikabilität wird in der Machbarkeitsprüfung, dem Probebetrieb und dem Regelbetrieb beurteilt.
(Erhebungs-)Aufwand	Würdigung des Indikatorensets.
Risikoadjustierung	Die Risikoadjustierung ist eine Frage des Bedarfs. Dieser Bedarf oder auch Nicht-Bedarf kann schon während des RAM-Prozesses, aber auch während der Machbarkeitsprüfung und/oder im Probe- und Regelbetrieb festgestellt werden. Die empirische Prüfung erfolgt im Regelbetrieb.
Messeigenschaften (insb. Diskriminationsfähigkeit)	Die konkreten Messeigenschaften können erst im Regelbetrieb abschließend beurteilt werden.
Eignung der Indikatoren für die öffentliche Berichterstattung	Eine erste Einschätzung erfolgt im RAM-Prozess (Bewertungsrunde 2). Die Überprüfung findet im Regelbetrieb statt. Beurteilungsgrundlage sind Ergebnisse der Datenvalidierung, der Prüfung von Messeigenschaften und ggf. der Risikoadjustierung.

Die Indikatoren werden also in den verschiedenen Entwicklungsphasen eines QS-Verfahrens (bis hin zum Regelbetrieb) unter Anlegung verschiedener Bewertungskriterien immer wieder überprüft.

5.2.1 Relevanz

Die Bewertungskategorie Relevanz (international gebräuchlich ist auch die Bezeichnung „content validity“ – Inhaltsvalidität) umfasst Gütekriterien zur Beurteilung der Bedeutung des Indikators für Patienten in den Versorgungsprozessen.

Die Bewertung erfolgt auf der Grundlage der recherchierten Quellen, die dem Indikator zugrunde liegen, der Evidenz, wie sie von Fachexperten eingeschätzt wird, und der praktischen Erfahrung der Fachexperten. Dabei werden von den Experten folgende Beurteilungskriterien herangezogen:

Kriterien zur Beurteilung der Relevanz

- Ausreichende Evidenz oder fachlicher Konsens für einen Zusammenhang zwischen der Zielstellung des Indikators und dem Versorgungsaspekt, z.B. zum klinischen Outcome,
- Fähigkeit des Indikators zwischen schlechter und guter Leistung zu differenzieren,
- Bedeutung des Indikators für die Patienten,
- Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken bei Erfüllung des Indikators,
- Bedeutung des Indikators und des gemessenen Sachverhalts für die Behandlung (Widerspiegelung im Versorgungspfad),
- Bedeutung des Indikators im Kontext des deutschen Gesundheitssystems.

Das RAM-Panel bewertet die Relevanz in der ersten Bewertungsrunde mithilfe einer 9-stufigen Skala (1 = überhaupt nicht relevant bis 9 = sehr relevant) und bezüglich der genannten Kriterien summarisch (vgl. AQUA 2013: 75).

5.2.2 Klarheit/Verständlichkeit

„Die Bewertungskategorie Klarheit/Verständlichkeit umfasst Gütekriterien zum sprachlichen und logischen Aufbau des Indikators. Die Bewertung erfolgt hier subjektiv aus Sicht der Experten des RAM-Panels. Die Experten sollen an dieser Stelle keine „stellvertretende“ Perspektive (etwa die eines Patienten) einnehmen“ (AQUA 2013: 75).

Die Bewertung der Verständlichkeit erfolgt auf Grundlage der in den Indikatordatenblättern enthaltenen Angaben.

Der Beurteilung liegen folgende Kriterien zugrunde (vgl. AQUA 2013 75):

- Klare Definition von Zähler und Nenner,
- keine Interpretationsspielräume (Indikator ist eindeutig, unmissverständlich und reproduzierbar),
- überregionale Gültigkeit der Formulierung,
- Institutionsunabhängigkeit der Formulierung.

Die Bewertung der Klarheit/Verständlichkeit durch das Expertenpanel erfolgt in einer ersten Bewertungsrunde auf einer zweistufigen Skala (1 = ja, 2 = nein) summarisch. Sind Angaben oder Formulierungen zu einem Indikator nicht verständlich, können für die unverständlichen Abschnitte alternative Formulierungen vorgeschlagen werden. Nach Überarbeitung der Formulierungen werden die Indikatoren ein zweites Mal bewertet (vgl. AQUA 2013: 75).

Kriterien zur Beurteilung der Verständlichkeit

5.2.3 Praktikabilität (Umsetzbarkeit)

Die Gütekriterien der Bewertungskategorie Praktikabilität dienen der Überprüfung der praktischen Anwendbarkeit und Umsetzbarkeit.

Die Beurteilung der Umsetzbarkeit der Indikatoren unter Real- bzw. Alltagsbedingungen durch das RAM-Panel erfolgt im Anschluss an die Relevanz-Bewertung. Die Experten sollen einschätzen, ob die zu erhebenden Daten im medizinischen Routinebetrieb schon dokumentiert werden bzw. wie groß der zusätzliche Erhebungsaufwand ist. Außerdem soll beurteilt werden, ob sich die vorgeschlagenen Prüfmechanismen eignen, Dokumentationsfehler zu vermeiden (vgl. AQUA 2013: 75 f.).

Der Beurteilung der Praktikabilität liegen folgende Gütekriterien zugrunde (vgl. AQUA 2013: 76):

- Angemessenheit des Erhebungsinstruments (gleichwertige Ergebnisse sind nicht mit geringerem Aufwand zu erzielen),
- Angemessenheit des Zeitaufwands zur Datenerhebung,
- Berücksichtigung von Implementierungsbarrieren (z.B. personell-fachlicher Aufwand für die Umsetzung der Instrumente),

Kriterien zur Beurteilung der Praktikabilität

- Eignung der Plausibilitätskontrollen zur Vermeidung von Dokumentationsfehlern.

Die Bewertung durch das RAM-Panel erfolgt summarisch auf einer 9-stufigen Skala (1 = überhaupt nicht praktikabel bis 9 = sehr praktikabel). Impraktikable Indikatoren sind von der weiteren Umsetzung ausgeschlossen.

5.2.4 Erhebungsaufwand

„Die Bewertungskategorie Erhebungsaufwand bezieht sich auf den prinzipiellen, d.h. ggf. zusätzlich erforderlichen Dokumentationsaufwand der Leistungserbringer“ (AQUA 2013: 76).

Grundlage der Bewertung ist die Analyse verfügbarer Datenquellen und Erhebungsinstrumente. Folgende Datenquellen können zur Prüfung des Erhebungsaufwands herangezogen werden (vgl. AQUA 2013: 76):

Prüfung des Erhebungsaufwands

- Leistungserbringer (zusätzliche QS-Dokumentation, Einrichtungsbefragung),
- Patienten (Patientenbefragung),
- alternative/freiwillige Qualitätsprojekte (Spezifikation des Instruments),
- Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntgG (Antrag auf Nutzung ausgewählter Datenfelder),
- Sozialdaten bei den Krankenkassen (Spezifikation),
- Daten aus etablierten Verfahren der bundesweiten, externen Qualitätssicherung (Spezifikation).

Im Rahmen der abschließenden Würdigung des vom RAM-Panel als relevant und praktikabel konsentierten Indikatorensets stuft in der Bundesrepublik das AQUA-Institut den Erhebungsaufwand der einzelnen Indikatoren in die Klassen „hoch“, „mittel“ und „niedrig“ ein.

5.2.5 Messeigenschaften

Die Bewertungskategorie Messeigenschaften nutzt die empirisch-statistischen Gütekriterien Vollzähligkeit (der Dokumentation), statistische Unterscheidungsfähigkeit (Diskriminationsfähigkeit) und Reliabilität der Messmethode. Grundlage sind die Daten der QS-Dokumentationen und Ergebnisse zur Vollzähligkeit der Daten (vgl. AQUA 2013: 77).

- „Die **Vollzähligkeit** der Dokumentation beschreibt das Verhältnis von erwarteten Dokumentationsfällen zu vorhandenen Dokumentationsfällen. Für die Daten der QS-Dokumentation wird stets die Vollzähligkeit der Dokumentationen einzelner Einrichtungen angestrebt.
- Die statistische **Unterscheidungsfähigkeit** (Diskriminationsfähigkeit) spezifiziert die notwendige Mindestfallzahl, um gute von schlechter Qualität zu unterscheiden. Anschließend wird die Anzahl der Einrichtungen berechnet, die diese notwendige Fallzahl erreichen (AQUA 2011; Heller 2010).
- **Decken- und Bodeneffekte** beschreiben, ob mehr als 15% der Einrichtungen den bestmöglichen bzw. schlechtesten Wert des Indikators erreichen. Wenn

dem so ist, können ein schlechtes Design des Indikators oder ein ausgeschöpftes Qualitätspotenzial die Ursachen dafür sein.

- **Reliabilität** beschreibt die Zuverlässigkeit der Messmethode. Sie wird üblicherweise ermittelt durch Prüfung der Übereinstimmung von Messwerten nach Wiederholung des gleichen Messverfahrens am selben Objekt (Test-Retest-Verfahren) oder durch den Vergleich von Messungen unterschiedlicher Bewerter (Inter-Rater-Verfahren). So wurde im Rahmen der „*QI-Schnellprüfung*“ (AQUA 2011) die Reliabilität über vier Quartale eines Jahres analysiert. Eine Alternative bzw. eine mögliche Weiterentwicklung hierzu könnte die im Rahmen des britischen Quality and Outcomes Framework (QOF) verwendete Methode sein. Dort wird die Reliabilität überprüft, indem dieselben Dokumentationsdaten zu zwei verschiedenen Zeitpunkten extrahiert und dann verglichen werden. Die Umsetzbarkeit und Aussagefähigkeit dieser Methode in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung muss jedoch noch überprüft werden“ (AQUA 2013: 77 f.).

Die Ergebnisse der empirisch-statistischen Analysen werden mit Wissenschaftlern und Praktikern besprochen. Der Diskussion folgt eine Empfehlung an den G-BA hinsichtlich der weiteren Ausarbeitung bzw. Umsetzung des betreffenden Qualitätsindikators.

5.2.6 *Risikoadjustierung*

Die für einen Qualitätsindikator erhobenen Werte hängen nicht nur von der Qualität der behandelnden Einrichtung ab. Auch individuelle patientenbezogene Risikofaktoren wie z. B. dem Schweregrad der Erkrankung, die Ko-Morbidität und das Alter haben Einfluss auf das Messergebnis. Erfolgte die Zuweisung der Patienten zu den zu vergleichenden Leistungserbringern zufällig, so wären diese hinsichtlich der Patientencharakteristika strukturgleich. Ein Vergleich auf der Basis einfacher deskriptiver Maßzahlen der empirischen Verteilung des jeweiligen Qualitätsindikators wäre dann unproblematisch. Allerdings erfolgt die Zuteilung realiter nicht zufällig. Eine Vielzahl von Faktoren trägt dazu bei, dass patientenbezogenen Risikofaktoren ungleich über die einzelnen Leistungserbringer verteilt sind (vgl. AQUA 2010: 73 f.).

Ziel der Risikoadjustierung und zugleich zentrale Herausforderung der statistischen Analyse von Qualitätsindikatoren ist es, einen fairen Vergleich verschiedener Einrichtungen zu ermöglichen. Durch die Anwendung adäquater statistischer Verfahren werden im Rahmen der Risikoadjustierung Unterschiede in den Ausgangsbedingungen hinsichtlich patientenbezogener Einflussfaktoren ausgeglichen. (vgl. AQUA 2013: 74).

Bei der Auswahl der Adjustierungsvariablen sollten alle für den jeweiligen Qualitätsindikator relevanten Einflussfaktoren berücksichtigen, die von der Einrichtung selbst beeinflusst werden können. Die Verfügbarkeit der für eine sachgemäße Risikoadjustierung notwendigen Daten ist dabei eine Grundvoraussetzung. Eine Schlüsselrolle spielt in diesem Zusammenhang der Zugang zu GKV-Routinedaten, da so ein Mehraufwand für die zusätzliche Erhebung potenzieller Risikofaktoren vermieden werden kann und die Durchführbarkeit eines verlässlichen Einrichtungvergleichs erheblich begünstigt wird (vgl. AQUA 2010: 74).

Auswahl eines geeigneten statistischen Adjustierungsverfahren

Stratifizierte Analyse

Einfachster Ansatz für eine Risikoadjustierung ist die sogenannte stratifizierte Analyse, bei der die Ergebnisse für einen Qualitätsindikator innerhalb definierter „Strata“ (Schichten) betrachtet werden. Bei Berücksichtigung aller relevanten patientenbezogenen Einflussfaktoren wird durch die Bildung von Schichten mit vergleichbarem Risikoprofil eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren erreicht. Dieses Verfahren ist allerdings nur beherrschbar, wenn nicht zu viele Adjustierungsvariablen betrachtet werden. Dies begrenzt die Anwendbarkeit der Methode erheblich. Außerdem unterliegt die für die Bildung von Strata notwendige Einteilung stetiger Einflussgrößen in Kategorien einer gewissen Willkür (vgl. AQUA 2010: 74).

Regressionsanalytische Risikoadjustierung

Regressionsanalytische Risikoadjustierungsverfahren können diese Einschränkungen überwinden. Im Rahmen dieser Verfahren werden Qualitätsindikatoren in Abhängigkeit von der Einrichtung und den patientenspezifischen Einflussfaktoren in einem multiplen Regressionsansatz modelliert: Stetige Qualitätsindikatoren mittels multipler linearer Regression (vertiefend Seber et al. 2003; Weisberg 2005), dichotome Qualitätsindikatoren mittels multipler logistischer Regression (vertiefend Hosmer et al. 2000). „Durch Gegenüberstellung der Ergebnisse, die für eine Einrichtung aufgrund des dort spezifisch vorliegenden Risikoprofils der Patienten zu erwarten ist, und der tatsächlich beobachteten Ergebnisse sowie der Berechnung geeigneter Maßzahlen aus diesen Größen, lassen sich die Einrichtungen risikoadjustiert vergleichen“ (AQUA 2010: 74; vertiefend Iezzoni 2003).

Da im Rahmen der herkömmlichen Regressionsansätze die Mehr-Ebenen-Struktur der Daten (z.B. Patienten innerhalb von Einrichtungen) keine Berücksichtigung finden, werden diese „klassischen“ Verfahren zunehmend kritisiert. Schätzungen für Einrichtungen mit kleinen Fallzahlen können darüber hinaus ungenau und instabil sein, was zu falschen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Qualität dieser Einrichtungen führen kann (vgl. AQUA 2010: 74).

Hierarchisch lineare Modelle (vertiefend Greenland 2000; Raudenbush et al. 2002; Snijders 1999; Sullivan et al. 1999) hingegen berücksichtigen nicht nur die Mehr-Ebenen-Struktur der Daten, sondern auch die damit verbundene mögliche Korrelation der Beobachtungen sowie die verschiedenen Quellen der Variation (z.B. innerhalb und zwischen den Einrichtungen). Dies ermöglicht eine sachgerechte Modellierung der Einflussfaktoren auf verschiedenen hierarchisch geordneten Ebenen (z.B. Zwei-Ebenen-Modell: Einrichtung – Patient; oder Drei-Ebenen-Modell: Einrichtung – Abteilung – Patient) mit der Spezifizierung von festen und zufälligen Effekten. Gegenüber anderen Risikoadjustierungsverfahren bietet diese Methode viele Vorteile und ist damit die Methode der Wahl zur Risikoadjustierung bei Einrichtungsvergleichen (vgl. AQUA 2010: 74f.; vertiefend Christiansen et al. 1997; Goldstein et al. 1996; Shahian et al. 2001).

Die rechentechnische Umsetzung dieser Methoden wird schnell außerordentlich komplex. Bei der statistischen Auswertung kommen deshalb häufig Simulationsverfahren wie das sog. Markov-Chain-Monte-Carlo- bzw. MCMC-Verfahren (WinBUGS) zum Einsatz. In den einschlägigen Statistikprogrammen sind entsprechende Algorithmen inzwischen implementiert (vgl. AQUA 2010: 75; Singer 1998; Spiegelhalter et al. 2003).

Die Ergebnisdarstellung beinhaltet die Fallzahl, aussagekräftige Maßzahlen der Lage und Streuung der empirischen Verteilung sowie 95 %-Konfidenzintervalle für die Lagemaße. Die Angaben werden bildlich durch geeignete Grafiken ergänzt (vgl. AQUA 2010: 75).

Weiterentwicklung der Risikoadjustierung

Die Auswahl der richtigen Adjustierungsvariablen ist für einen aussagekräftigen Einrichtungsvergleich eine Grundvoraussetzung. Dabei ist es wenig zielführend, ein Einheitsset an Einflussgrößen für die Adjustierung von Qualitätsindikatoren zu verwenden. Die Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsverfahren setzt die Identifizierung von speziellen Adjustierungsvariablen für die einzelnen Indikatoren sowie die Eignungsprüfung bereits zum Einsatz kommender Einflussgrößen voraus. Dabei sollte die Auswahl der Variablen primär auf inhaltlichen, nicht statistischen Kriterien beruhen (vgl. AQUA 2010: 80).

Die Identifizierung und Auswahl der relevanten Adjustierungsvariablen wird durch die vorherige Beantwortung der folgenden vier Fragen erleichtert (vgl. AQUA 2010: 80; vertiefend Iezzoni 2003):

1. In Bezug auf welchen Indikator ...
2. In welchem Zeitraum ...
3. In welcher Population ...
4. Zu welchem Zweck ...

... sollen potenzielle Risikofaktoren adjustiert werden?

Dabei ist wichtig, dass nur solche Adjustierungsvariablen ausgewählt werden, die vom Leistungserbringer nicht selbst beeinflussbar sind (z.B. alle Patienteneigenschaften zum Aufnahmezeitpunkt). Vielmehr dürfen die von den Erbringern medizinischer Leistungen veränderbaren Variablen gar nicht adjustiert werden, da vor allem sie die Qualitätsunterschiede abbilden. Folgende Kategorien potenzieller Einflussfaktoren sind denkbar (vgl. AQUA 2010: 80; vertiefend Iezzoni 2003):

1. Demografische Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht),
2. klinische Faktoren (z. B. Komorbidität),
3. sozioökonomische Faktoren (z. B. Bildung),
4. gesundheitsbezogenes Verhalten (z. B. Rauchen),
5. Einstellungen und Präferenzen (z. B. hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitsstatus oder der präferierten Lebensqualität).

Die Erfassung der der Risikoadjustierung zugrundeliegenden Datenbasis muss mit vertretbarem Aufwand erfolgen können. Der Zugriff auf GKV-Routinedaten spielt dabei eine Schlüsselrolle. Die Eignung der verfügbaren Daten für die Risikoadjustierung muss aber im Einzelfall näher untersucht werden. Sicherzustellen ist dabei auch, dass die verwendeten Variablen einheitlich verstanden, zuverlässig erfasst und übermittelt werden und valide sind (vgl. AQUA 2010: 80 f.) 

Für die angemessene Berücksichtigung relevanter Einflussgrößen kommen im Wesentlichen die beiden Adjustierungsmethoden „Stratifizierung“ und „logistische Regression“ zum Einsatz. Jedoch weisen diese Einschränkungen auf. So berücksichtigen sie bspw. nicht, dass Patienten aus derselben Einrichtung untereinander meist ähnlicher sind als Patienten verschiedener Krankenhäuser. Der Abhängigkeit der Daten von äußeren Faktoren soll zukünftig durch den Einsatz von Mehrebenen-Modellen Rechnung getragen werden. Diese bilden sowohl die Patienten- als auch die Einrichtungsebene adäquat s die Berücksichtigung der Ähnlichkeitsstruktur der Daten ermöglicht (vgl. AQUA 2010: 81).

Der Modellierung von Regressionsmodellen gehen Untersuchungen der zugrundeliegenden Daten voraus. „Dazu gehören die Beschreibung der einzelnen Risikofak-

Adjustierungsvariablen

Regressionsmodelle

toren bzw. Adjustierungsvariablen (deskriptive Analysen) und deren Beziehungen untereinander (Multikollinearität), die Untersuchung des Einflusses einzelner Beobachtungen sowie die Untersuchung von Datensätzen mit fehlenden Werten. Insbesondere Letzteres ist wichtig, denn Einrichtungsvergleiche führen nur dann zu gültigen Aussagen, wenn die Daten, auf denen sie basieren, die Versorgungswirklichkeit innerhalb der verglichenen Einrichtungen zuverlässig abbilden“ (AQUA 2010: 81). Ist dies nicht der Fall, kann auch die Risikoadjustierung keine faire Bewertung gewährleisten. Bisher fanden bei der Analyse von Qualitätsindikatoren nur Fälle mit vollständigen Daten Berücksichtigung. Fälle mit fehlenden Daten wurden aus den Analysen ausgeschlossen, da sie nur unter bestimmten Annahmen gültig sind. Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsverfahren gilt es, Mechanismen für den Umgang mit fehlenden Daten zu erforschen (vgl. AQUA 2010: 81).

Kleine Fallzahlen

Für Einrichtungsvergleiche werden häufig Qualitätsindikatoren herangezogen, die auf der Erfassung negativer und vor allem seltener Ereignisse (z. B. dem Tod eines Patienten) beruhen. Dies birgt Probleme, da kleine Fallzahlen nicht geeignet sind, um statistisch signifikante Unterschiede aufzudecken. Bei der Weiterentwicklung der Risikoadjustierung ist daher auch darauf zu achten, dass möglichst nur solche Qualitätsindikatoren eingesetzt werden, die häufig genug auftreten und durch Versorgungsqualität beeinflussbar sind (vgl. AQUA 2010: 81).

5.2.7 Eignung für die öffentliche Berichterstattung

In einem letzten Schritt wird die Eignung der Indikatoren für die öffentliche Berichterstattung untersucht. Es gilt die Frage zu beantworten, ob ein Qualitätsindikator dazu geeignet ist, für Qualitätsvergleiche zwischen einzelnen Leistungserbringern zu ermöglichen, um sie der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Die Bewertung folgt einem mehrstufigen Prozess. Dafür werden folgende Informationsquellen verwendet (vgl. AQUA 2013: 78):

- RAM-Prozess: Informationen aus der Recherche, Beschreibung der Indikatoren und das Expertenpanel,
- Risikoadjustierung: Ergebnisse der Modellierung und Diskussion der Risikoadjustierung (sofern für den jeweiligen Indikator relevant),
- Überprüfung der Messeigenschaften: Ergebnisse der Analyse und Diskussion der Messeigenschaften,
- Datenvalidierung: Ergebnisse der Analyse und der Diskussion aus dem Datenvalidierungsverfahren.

Kriterien zur Beurteilung der Eignung

Für die Bewertung werden folgende Kriterien zugrunde gelegt (vgl. AQUA 2013: 78 f.):

- Verständlichkeit des Indikators sowie Interpretierbarkeit seiner Ergebnisse für die interessierte Öffentlichkeit,
- Beeinflussbarkeit des Indikatorergebnisses durch den einzelnen Leistungserbringer,
- angemessene Berücksichtigung der Einflussgrößen für eine Risikoadjustierung,
- Risiko für Fehlsteuerungen der Versorgung bei einrichtungsbezogener öffentlicher Berichterstattung.

Eine erste Einschätzung zur Eignung für die öffentliche Berichterstattung erfolgt im RAM-Panel in der zweiten Bewertungsrunde. Die Bewertung erfolgt summarisch auf einer 9-stufigen Skala (1 = überhaupt nicht geeignet bis 9 = sehr geeignet).

5.3 Fallstudie: Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege

Im Zeitraum Dezember 2008 bis Januar 2011 haben das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) gemeinsam das Projekt **„Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“** im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführt.

Ziel des Projektes war die Entwicklung eines „wissenschaftlich fundierten, methodisch belastbaren und praxistauglichen Instrumentariums zur Beurteilung von Ergebnisqualität“ (Wingenfeld et al. 2011: 11). Das Instrumentarium beinhaltet

- ein Qualitätsindikatorensatz, das bestimmte inhaltliche und methodische Anforderungen erfüllt,
- Methoden und Instrumente zur Erfassung der für die Darstellung der Indikatoren erforderlichen Informationen und
- Bewertungsregeln für die Ableitung von Qualitätsurteilen aus den zugrundeliegenden Daten.

Zu bearbeiten waren die folgenden sieben Aufgabenpakete:

1. Entwicklung einer Organisationsstruktur zur Durchführung des Projektes,
2. Identifizierung von Indikatoren für die Ergebnisqualität in stationären Einrichtungen,
3. Entwicklung von Instrumenten und Verfahren zur Messung der Ergebnisqualität,
4. Durchführung eines Pretests,
5. Erprobung in insgesamt 46 stationären Pflegeeinrichtungen,
6. Durchführung von zwei Fachtagungen,
7. laufende Berichterstattung (in den projektbegleitenden Gremien).



Für Indikatorenentwicklung waren die folgenden Anforderungen zu erfüllen:

- Die Indikatoren beruhen auf einem wissenschaftlich anerkannten Verständnis von Ergebnisqualität.
- Die Eignung der Qualitätsindikatoren ist empirisch belegbar.
- Die Indikatoren und Erfassungsmethoden müssen im heutigen Versorgungsalltag ohne Überforderung der Einrichtungen oder ohne unnötigen Bürokratiewachstums verwendbar sein.
- Die Indikatoren müssen einen fairen Qualitätsvergleich ermöglichen.
- Die Indikatoren sollen subjektive Beurteilungen der Bewohner und Aspekte der Lebensqualität einbeziehen, soweit diese als Ergebnisse der von der Einrichtung geleisteten Unterstützung gelten können.

Anforderungen an die Indikatorenentwicklung

- Das Instrumentarium muss im internen Qualitätsmanagement verwendbar, d. h. praktikabel und nutzbringend sein.
- Die Sachverhalte, die mit den Indikatoren erfasst werden, müssen im Rahmen externer Prüfungen prinzipiell erhoben werden können.

Der erste Arbeitsschritt beinhaltete die Entwicklung von Qualitätsindikatoren sowie von Instrumenten zu ihrer Erhebung. Anschließend erfolgte die Erprobung in 46 vollstationären Pflegeeinrichtungen während einer zehnmonatigen Praxisphase. Das Indikatorenset wurde anschließend auf der Grundlage der Erprobungsergebnisse überarbeitet. Bei den Indikatoren wird unterschieden zwischen

1. „gesundheitsbezogenen Indikatoren, wobei der Begriff ‚Gesundheit‘ körperliche, mentale und soziale Aspekte anspricht (Qualitätsbereiche 1 bis 3, Bearbeitung durch das IPW),
2. Indikatoren zur Erfassung von weiteren Aspekten der Lebensqualität, die überwiegend über Befragungen von Bewohnern und Angehörigen erhoben werden (Qualitätsbereiche 4 und 5, Bearbeitung durch das ISG) und
3. einem Indikator zur Bewertung von Ergebnissen der Zusammenarbeit mit Angehörigen, deren Beurteilung ebenfalls über eine schriftliche Befragung ermittelt wurde (gesonderter Qualitätsbereich, IPW)“ (Wingenfeld et al. 2011: 287).

Qualitätsbereiche 1 bis 3 (gesundheitsbezogene Indikatoren)

Dem Projekt lag das international gemeinsame Grundverständnis von Versorgungsergebnissen („outcomes“) zugrunde, in dessen Mittelpunkt die Veränderung des Gesundheitszustands (bei einem weiten Gesundheitsbegriff) und dessen Beeinflussbarkeit durch professionelle Unterstützung steht. *„Ergebnisse der vollstationären pflegerischen Versorgung umfassen danach messbare Veränderungen des Gesundheitszustands, der Wahrnehmung und des Erlebens der Bewohner, die durch die Unterstützung der Einrichtung bzw. durch das Handeln ihrer Mitarbeiter bewirkt werden. Ergebnisqualität ist dementsprechend eine Eigenschaft von Versorgungsergebnissen, die mit einer bewertenden Aussage beschrieben wird“* (Wingenfeld et al. 2011: 288).

Auf der Grundlage dieses Verständnisses wurden 15 Indikatoren, untergliedert in drei Bereiche, entwickelt, die sich für vergleichende Qualitätsbeurteilungen als geeignet erweisen (vgl. Wingenfeld et al. 2011: 288 f.):

Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit

- Erhalt oder Verbesserung der Mobilität (zwei Indikatoren)
 - von Bewohnern ohne oder nur geringen kognitiven Einbußen,
 - von Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen.
- Selbstständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (zwei Indikatoren)
 - bei Bewohnern ohne oder nur geringen kognitiven Einbußen,
 - bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen.
- Selbstständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Bereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

- Dekubitusentstehung (zwei Indikatoren)
 - bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko,
 - bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko.
- Stürze mit gravierenden Folgen (zwei Indikatoren)
 - bei Bewohnern ohne oder nur geringen kognitiven Einbußen,
 - bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen.
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (zwei Indikatoren)
 - bei Bewohnern ohne oder nur geringen kognitiven Einbußen,
 - bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen.

Bereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

- Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug,
- Einsatz von Gurtfixierungen,
- Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen,
- Schmerzmanagement (Schmerzeinschätzung/Information über Schmerz).

Begrenzt einsetzbare und nicht empfohlene Indikatoren

Nicht empfohlene oder nur im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sinnvoll nutzbare Kriterien sind:

- Häufigkeit von Sondenernährung,
- Sturzhäufigkeit,
- Entstehung von Kontrakturen bei Bewohnern mit erheblichen Mobilitätseinbußen,
- intensiver Medikamenteneinsatz ohne Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Management von Harninkontinenz,
- Häufigkeit von Medikationsfehlern.

Qualitätsbereiche 4 und 5 (Indikatoren zur Erfassung der Lebensqualität)

In Bezug auf die Messung der Lebensqualität wurden folgende sechs Indikatoren als geeignet für eine Integration in den Regelbetrieb angesehen:

- Grad der Möglichkeit zur Möblierung,
- Qualität der Wäscheversorgung,
- Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation,
- Aktionsradius von Bewohnern mit deutlichen Mobilitätseinschränkungen,
- Risiko sozialer Isolation (mit Bedarf an Weiterentwicklung),
- Mitarbeiterzeit pro Bewohner (mit Bedarf an Weiterentwicklung).

Übungsaufgaben

- 5.1) Beschreiben Sie kurz die RAND Appropriateness Method und geben Sie die in den Bewertungsrunden verwendeten Bewertungskategorien an.
- 5.2) Nennen Sie sieben Kriterien, die grundsätzlich bei der Bewertung von Qualitätsindikatoren zugrunde gelegt werden können.
- 5.3) Erklären Sie den Begriff Risikoadjustierung und nennen Sie eine Methode zur Adjustierung von Indikatoren.
- 5.4) Recherchieren Sie in der Studie von Wingenfeld et al. (2011) zur Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege unter http://www.bagfw.de/uploads/media/Abschlussbericht_Ergebnis_qualitaet_Internet_31.5.11.pdf und geben Sie die in dieser Studie berücksichtigten Gütekriterien der entwickelten Indikatoren an.

6 Kritik bisheriger Konzepte zur Erfassung gesicherter Qualität

Die Ergebnisse medizinischer Interventionen sind oft nur schwer einer spezifischen Leistung respektive einem einzelnen „Produzenten“ zurechenbar, da diese auch von der Gesamtstruktur des Versorgungssystems, den Versorgungsprozessen sowie der Mitwirkung des Versicherten (Compliance, Adherence) bzw. seiner Mitwirkungsfähigkeit abhängen. Zudem werden die möglichen Behandlungsergebnisse je nach Krankheit, Schweregrad und den Begleitumständen seitens des Patienten im Einzelfall stark variieren. Neben der Art der Krankheit und ihres subjektiven Erlebens und Verstehens spielen auch Begleit- und zusätzliche Krankheiten, die Erreichbarkeit ambulanter und stationärer Versorgungseinrichtungen, Unterstützungen durch Familie, Freunde, Nachbarn, Motivation, und ggf. auch konkurrierende Präferenzen eine wichtige Rolle für die subjektive wie die objektive Ergebnisqualität.

Diese Komplexität und Mehrdimensionalität im Rahmen der Qualitätssicherung und -messung abzubilden ist eine Herausforderung, die bislang nicht immer zufriedenstellend und konfliktarm bewältigt wird. Die Qualitätssicherung bezog und bezieht sich deshalb oft nur auf einzelne Sektoren oder Fachgebiete und vernachlässigt zentrale Aspekte der Kooperation aller Beteiligten und der Koordination ihrer Maßnahmen und Aktivitäten.

Auch die Patientenperspektive wurde im Rahmen der Messung der Ergebnisqualität bisher nur unzureichend berücksichtigt. Das in Großbritannien eingesetzte „Quality and Outcomes Framework“ (QOF) (z.B.) berücksichtigt Indikatoren zur Patientenperspektive nur zu etwa 10%, während rein medizinische Indikatoren ca. 70% aller Indikatoren ausmachen. Vor allem in der jüngeren Diskussion wird daher die stärkere Berücksichtigung der Patientenperspektive gefordert (vgl. Grol et al. 2008).

Ein weiterer Aspekt tritt hinzu. Wie an mehreren Stellen erwähnt, setzt die Sicherung von Qualität immer auch die verbindliche Vereinbarung von Qualitätszielen voraus. Dabei können die Vorstellungen der beteiligten Normgeber, Kostenträger, Leistungserbringer und Leistungsnehmer weit auseinandergehen oder sich gar diametral gegenüberstehen. Damit bedarf es eines „Entsiders“, dessen Entscheidungen nie alle Interessen werden befriedigen können (social choice theory, Kenneth Arrow). Dabei gilt: Eine Entscheidung im Bedarfsfall ist stets leichter zu treffen als der Versuch, sämtliche potentielle Interessen vorausschauend als für alle verbindlich orm festzusetzen. Im Mittelpunkt eines vorausschauend formulierten Erwartungsstandards werden deshalb zumeist allgemeine Prinzipien und Anspruchsrechte stehen, die dann im ~~Einzelfall der Betroffenen~~  wiederum nur den Rahmen für konkrete Sachverhaltsermittlungen und Beweiswürdigungen darstellen können.

Drei besondere Rahmenbedingungen existieren hier bezüglich der Leistungen nach SGB IX, SGB XI und SGB XII.

Für Leistungen zur Rehabilitation nach SGB IX hat der Gesetzgeber alle Kompetenzen der Qualitätssicherung alleinig in die Hände der Kostenträger gelegt. Das schließt deren freies Ermessen ein, ob und inwieweit die Kostenträger die Sichten der Leistungserbringer in entsprechende Konzepte der Qualitätssicherung einbeziehen.

Im Bereich der Pflegeversicherung, wo gem. § 113 SGB XI die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zu vereinbaren

sind, wirft dies andere Probleme auf. Hier ist der erwartbare und dann im Auftrag der Pflegekassen auch überprüfbare Qualitätsstandard immer das Ergebnis einer Aushandlung zwischen den (wenigen) Kassen und der sehr großen Zahl der Leistungserbringer und deren Lobby.

Im Falle von steuerfinanzierten Leistungen der Sozialhilfe nach SGB XII liegen hingegen alle normativen Rechte der Qualitätssicherung in der Verantwortung der Länder und Kommunen, was besonders auch dann Probleme bereiten kann, wenn Leistungsempfänger gleiche Ansprüche nach unterschiedlichen Anspruchsgrundlagen geltend machen können.

Der Abgleich von Anspruch und Wirklichkeit in der Qualitätssicherung ist vor dem Hintergrund unterschiedlicher und kaum zu vereinheitlichender Erwartungen aller Beteiligten und der Trennungen innerhalb der Rechtssystematik offenbar kaum zu bewältigen.

7 Öffentliche Berichterstattung

Der Öffentlichen Berichterstattung zur Qualität der Gesundheitsversorgung wird im Rahmen der Qualitätssicherung große Bedeutung beigemessen. Dem liegt die Vermutung zugrunde, allein die Veröffentlichung einrichtungsbezogener und qualitätsrelevanter Informationen könne Leistungserbringer dazu veranlassen, Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zu ergreifen (vertiefend Fung et al. 2008). Voraussetzung dafür ist allerdings, dass insbesondere Patienten a) überhaupt eine Auswahlentscheidung treffen können (Stichwort „*uno-actu-principle*“ oder Unterversorgung in ländlichen Gebieten) und b) die verfügbaren Informationen dann auch tatsächlich berücksichtigen (vgl. AQUA 2010: 36).

Wie durch zahlreiche internationale Studien belegt wird, hat die Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Informationen zu einzelnen Anbietern allein kaum Einfluss auf Auswahlentscheidungen der Patienten (vertiefend Hibbard 2008). Die Nutzung öffentlicher Berichterstattungen für die individuelle Auswahlentscheidung ist darüber hinaus stark davon abhängig, inwieweit Berichte patientenrelevante Informationen enthalten. Daten zu Mortalitäts- und Komplikationsraten etwa haben wenig Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten (vertiefend Robinson et al. 1997; Simonsiki et al. 2006). Desweiteren ist für die Nutzung qualitätsrelevanter Informationen von Bedeutung, ob diese im Zusammenhang mit weiteren Informationen vermittelt werden (vgl. AQUA 2010: 37; vertiefend Colmers 2007).

Besonders die klinischen, sozialen und kommunikativen Kompetenzen des behandelnden Arztes spielen aus Patientensicht eine wichtige Rolle bei der Gewährleistung der Versorgungsqualität (vertiefend Epstein et al. 2005; Romano et al. 2009). Andere wichtige Prozessvariablen sind die Koordination des Behandlungsverlaufes oder die Kooperation des Arztes mit anderen Berufsgruppen (vertiefend Hapkemeyer et al. 2007). Besonders Patienten in der Rehabilitation haben häufig subjektive Qualitätsanforderungen, die von medizinischen Qualitätskriterien deutlich abweichen (vertiefend Grande, Romppel 2005). Qualitätskriterien von Patienten beziehen sich also oft mehr auf die somatische Ergebnisqualität. Die „Verbesserung des Wissens über die Krankheit“ oder der „Abbau von Ängsten“ sind weitere Anforderungen, die im Zusammenhang mit der psychosozialen Ergebnisqualität eine Rolle spielen. Als wichtig erachtet werden darüber hinaus Kriterien wie Kompetenzen des Personals, Durchführung der Behandlung, Servicequalität, Alltags- und insbesondere Wohnortnähe bzw. bei stationären Aufenthalten die Nähe zu Angehörigen (vgl. AQUA 2010: 37).

Bisher ist weitgehend unbekannt, wie subjektive Qualitätsvorstellungen entstehen und welche Maßstäbe ihnen zugrunde gelegt werden. Es wird vermutet, dass Patienten ausgehend vom individuellen Bedarf die Qualität von Angeboten danach beurteilen, ob diese geeignet sind, ihre Situation zu verbessern (vertiefend Ose et al. 2008). Selbst- bzw. krankheitsbezogene kognitive Überzeugungen und Konzepte haben Einfluss auf die subjektiven Qualitätsvorstellungen der Patienten (vertiefend Grande, Romppel 2005). Das Patientenalter sowie vorangegangene Krankenhausaufenthalte haben ebenfalls Einfluss auf Qualitätsvorstellungen (vgl. AQUA 2010: 37; vertiefend Hapkemeyer et al. 2007; Ose et al. 2009).

Unsicher ist auch, inwieweit Qualitätsanforderungen von Patienten Einfluss auf deren Auswahlentscheidung haben. Die Relevanz einzelner Indikatoren zur Qualitätsbeurteilung bedeutet nicht zwangsläufig, dass diese auch bei Auswahlentscheidungen berücksichtigt werden (vgl. AQUA 2010: 37). Gut belegt ist aber, dass insbesondere Empfehlungen von Ärzten und Urteile anderer Patienten großen Ein-

fluss auf die individuelle Auswahlentscheidung ausüben (vertiefend Grande, Rompell 2005).

Die individuelle Nutzung von Angeboten zur öffentlichen Berichterstattung stellt sich für Patienten aufgrund der großen Fülle und teilweise hohen Komplexität (z. B. Qualitätsberichte der Krankenhäuser) der unterschiedlichen Informationen oft als problematisch dar und erzeugt eher ein Gefühl der Verunsicherung (vertiefend Kelly et al. 2008). Darüber hinaus bestehen auch sprachliche, technische und kulturelle Barrieren (z. B. bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, bei älteren Personen, bei Migranten), die die Nutzung von Qualitätsdaten erschweren (vgl. AQUA 2010: 38; vertiefend Hibbard 2001; Werner et al. 2005).

In der Mehrzahl internationaler Studien werden die Auswirkungen öffentlicher Qualitätsberichterstattung auf die Versorgungsqualität positiv gesehen (vertiefend Fung et al. 2008). Krankenhäuser bspw. setzten nach Veröffentlichung hoher Mortalitätsraten bei koronarer Bypass-Chirurgie verstärkt Qualitätsverbesserungsmaßnahmen um (vertiefend Chassin 2002). Es existieren auch Hinweise darauf, dass schon die Veröffentlichung von Ergebnisdaten für sich die Bereitschaft zur Qualitätsverbesserung zu erhöhen vermag (vgl. AQUA 2010: 38; vertiefend Hibbard et al. 2003).

Der Einfluss öffentlicher Qualitätsberichterstattung auf klinische Ergebnisse wird allerdings insgesamt uneinheitlich bewertet. Einige Studien zeigen zwar einen Zusammenhang zwischen öffentlicher Berichterstattung und Senkung von Mortalitätsraten (vertiefend Hannan et al. 1994; Rosenthal et al. 1997), andere Studien konnten einen solchen Zusammenhang aber nicht belegen (vertiefend Baker et al. 2003; Clough et al. 2002). Ebenfalls ungeklärt ist bisher der Effekt öffentlicher Qualitätsberichterstattung auf Patientenzentrierung und Effektivität der Versorgung (vgl. AQUA 2010: 38; vertiefend Fung et al. 2008).

Auch unerwünschte Effekte werden im Kontext öffentlicher Berichterstattung diskutiert. Es besteht bspw. die Gefahr, dass Einrichtungen nicht bewertete Aspekte der Versorgung vernachlässigen und sich zur Qualitätsentwicklung eher kurzfristige als langfristige Ziele stecken. Nicht auszuschließen ist auch, dass sich Einrichtungen mehr auf die Optimierung der Messgrößenausprägung konzentrieren als darauf, die dahinterliegenden Probleme zu lösen. Erwartbar sind auch Strategien zur Risikoselektion (vertiefend Geraedts et al. 2009; Smith 2009).

Im nachstationären Bereich zeigt die öffentliche Berichterstattung sehr unterschiedliche Effekte auf die Entwicklung der Versorgungsqualität. Während gut bewertete Einrichtungen die Qualität oft deutlich steigern, zeigten sich bei schlechter bewerteten Einrichtungen teilweise sogar Verschlechterungen (vgl. AQUA 2010: 38; vertiefend Werner et al. 2009).

Übungsaufgaben

- 7.1) Erläutern Sie die Probleme, die im Zusammenhang mit der öffentlichen Berichterstattung von Qualitätsdaten im Gesundheitswesen bestehen.
- 7.2) Nennen Sie drei Faktoren, die für Patienten entscheidend sind, ob sie die öffentliche Berichterstattung bei der Auswahl von Leistungsanbietern nutzen.

8 Zusammenfassung und Ausblick

Für die Beseitigung oder Verminderung eines Qualitätsmangels steht eine Vielzahl von Methoden der Qualitätssicherung zur Verfügung. Dabei sind die meisten Methoden der Qualitätssicherung grundsätzlich für den Umgang mit sehr verschiedenen Qualitätsdefiziten einsetzbar.

Für die Bundesrepublik existieren zwar bisher vergleichsweise wenig gesicherte Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmethoden. Jedoch lassen sich der internationalen Literatur Hinweise entnehmen, dass einzelne Qualitätssicherungsmethoden, wie gezielte Feedback-Maßnahmen, Qualitätszirkel, Peer-review-Verfahren und in gewissem Maße Audits und Leitlinien, unter bestimmten Bedingungen die Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung verbessern können (vgl. SVR-BEG 2001 – Dieses Gutachten hat mit seiner Unterscheidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung auch den Horizont der Qualitätsdebatte grundsätzlich erweitert).

Hinsichtlich ihres Nutzens für die Gesundheit von Patienten einerseits und ihrer Kosten andererseits sollten Qualitätssicherungsverfahren einer gründlichen Prä- und Re-Evaluation unterzogen werden. Ebenso sollte die Qualitätssicherung selbst, stärker als bisher, zum Gegenstand von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemacht werden. Ein weiterer Aspekt kommt hinzu: Die Qualitätssicherung als Steuerungs- und Regulationsinstrument der Gesundheitspolitik muss sich im Wettbewerb gegenüber anderen gesundheitspolitischen Steuerungs- und Regulationsinstrumenten behaupten, also auch Gegenstand von Politikfolgenforschung sein.

Nach Ansicht des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) sollten folgende Grundsätze für das Gelingen qualitätssichernder Verfahren beachtet werden (SVR-BEG 2001):

- „Die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung von qualitätssichernden Verfahren sollte sich adäquat auf das jeweilige Qualitätsproblem, den Versorgungskontext und auf die vereinbarten Ziele beziehen.
- Die Erfahrungen und Studienergebnisse bei der Realisierung von Qualitätssicherungsprojekten zeigen, dass eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität nur dann erzielt werden kann, wenn alle Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus berücksichtigt werden.
- Da die meisten Qualitätssicherungsmethoden sich von ihrer konzeptionellen Ausrichtung her auf einzelne Phasen des Qualitätszyklus beschränken, ist es zumeist notwendig, mehrere Methoden miteinander zu verbinden, um zu gewährleisten, dass der bewährte Qualitätsverbesserungszyklus erfüllt wird.
- Die Erfahrungen und Studienergebnisse bei der Realisierung von Qualitätssicherungsprojekten zeigen auch, dass die Phasen der Zielsetzung, des Feedback und der Implementierung von Lösungsansätzen häufig vernachlässigt werden, obwohl es entscheidend von ihnen abhängt, ob Qualitätssicherungsverfahren sich tatsächlich positiv auf den Gesundheitszustand von Patienten auswirken können. Es ist daher wichtig, diesen Phasen bei Qualitätssicherungsprojekten besondere Aufmerksamkeit zu schenken.“

Dabei sollten diejenigen Faktoren, die sich förderlich oder hinderlich auf die Wirksamkeit von qualitätssichernden Verfahren auswirken können, bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Qualitätssicherungsprojekten Berücksichtigung

finden. Folgende Vorgehensweisen bei der Durchführung von Qualitätssicherungsprojekten haben sich als förderlich erwiesen (SVR-BEG 2001):

- „Einbeziehung aller Beteiligten bereits in der Ausgestaltungsphase des Qualitätssicherungsprojektes,
- persönliches Engagement von Beteiligten und Entscheidungsträgern,
- verständliche und eindeutige Informationen sowie effektive Kommunikationswege,
- materielle und immaterielle Anreize,
- geeignete Foren und Methoden zur kontinuierlichen Überprüfung des Prozesses sowie
- geeignete Foren und Methoden für die kontinuierliche Rückmeldung der Ergebnisse und Erfahrungen.“

Den Erfolg von Qualitätssicherungsprojekten hindern können folgende Faktoren (SVR-BEG 2001):

- „inadäquater Zugang zu Informationen,
- geringe Grundkenntnisse und Basisfähigkeiten bzw. geringes Zutrauen in die Fähigkeit, das eigene professionelle Verhalten zu verändern,
- mangelnde Zeit, Ressourcen und Motivation für den Erwerb neuer Fähigkeiten,
- hohe Arbeitsbelastung,
- erhöhte finanzielle Belastungen,
- Zweifel an der Wirksamkeit und Notwendigkeit der jeweiligen Qualitätssicherungsmaßnahme,
- Kommunikationsschwierigkeiten und Kompetenzkonflikte zwischen verschiedenen Hierarchieebenen und Professionen sowie
- Widerstand gegen eine vermutete Bedrohung der professionellen Autonomie.“

Das Thema Qualitätssicherung wird in der Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen. Die weiteren Entwicklungen werden dabei vor allem von der Entscheidung abhängen, wie das Gesundheitssystem künftig ausgestaltet, insbesondere welchen Regulationsmechanismen es unterworfen sein soll. Eine stärkere Fokussierung auf Wettbewerbsmechanismen wird die Diskussion um Qualität und ihre Sicherung dabei zukünftig noch stärker befeuern. Dabei kann an dieser Stelle die kontrovers diskutierte Frage, ob Wettbewerb im Gesundheitswesen zu einer Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen führt, unbeantwortet bleiben. Beide denkbaren Ergebnisse wecken das Bedürfnis nach Qualitätssicherung und Messung, sei es auf Seiten der Leistungserbringer und Kostenträger oder auf Seiten des Normgebers.

Die stärkere Einbeziehung der Patientenperspektive insbesondere bei der Messung der Ergebnisqualität sowie die Orientierung an sektorübergreifenden Versorgungsketten werden die Qualitätssicherungslandschaft dabei zukünftig nachhaltig beeinflussen und verändern.

Lösungen zu den Übungsaufgaben

- 1.1) Qualität ist ein komplexes, mehrdimensionales Konstrukt, das nicht zuletzt wegen den unterschiedlichen Interessenslagen der Akteure nur schwer messbar ist. Die fünf Dimensionen der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems und damit auch seiner Qualität sind:
 - Zugänglichkeit
 - Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung
 - Sicherheit
 - Patientenorientierung
 - Gerechtigkeit
- 1.2) Fünf Methoden der Qualitätssicherung innerhalb der Phasen des Qualitätszyklus sind z. B.:
 - Qualitätszirkel (im gesamten Zyklus)
 - Befragungen (Analyse von Qualitätsproblemen)
 - Benchmarking (Maßstäbe zur Beurteilung der Qualität)
 - utilization review (Feed-back)
 - peer-review (Identifikation von Lösungsansätzen)
- 1.3) Nach der sog. RUMBA-Regel müssen Qualitätsindikatoren für das ausgewählte Problem
 - von Relevanz sein,
 - für Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten verständlich sein,
 - sie müssen messbar,
 - beeinflussbar durch aktives Tun und
 - erreichbar sein.
- 4.1) Daten die zu medizinischen Zwecken erhoben werden, Routinedaten, Patientenbefragungen, Befragungen von Leistungserbringern.
- 4.2) Kritik: Neben dem Fehlen qualitätsrelevanter Details wird vor allem die fehlende Validität dieser Daten bemängelt.
Pro-Argumente:
 - der geringe Dokumentationsaufwand,
 - die Vollständigkeit der Datenbasis,
 - der extern überprüfte Datenbestand und
 - die vielfach erprobte Anwendung von Routinedaten in großen Indikatorenregistern
- 5.1) Die RAND Appropriateness Method ist ein Instrument zur Auswahl und Bewertung von Indikatoren, das von der Arbeitsgruppe „Research and Development“ (RAND) an der Universität von Los Angeles (UCLA) entwickelt wurde. Bei dieser Methode kommen verschiedene Bewertungskriterien zur Anwendung: Relevanz, Klarheit/Verständlichkeit, Praktikabilität und Eignung für die öffentliche Berichterstattung.
- 5.2) Bewertungskategorien: Relevanz, Klarheit/Verständlichkeit, Praktikabilität, Erhebungsaufwand, Risikoadjustierung, Messeigenschaften, Eignung für öffentliche Berichterstattung
- 5.3) Die Risikoadjustierung ist ein Instrument zur Herstellung der Vergleichbarkeit verschiedener Einrichtungen mit unterschiedlicher Struktur der Patientenrisiken. Bei der Adjustierung kommen Verfahren der Stratifizierung und logistischen Regression zum Einsatz.
- 5.4) Als Gütekriterien kommen in dieser Studie 1. die Interater-Reliabilität, 2. die Test-Retest-Reliabilität zur Anwendung (vgl. Wingenfeld et al. 2011: 29, 32), zwei Gütekriterien, welche zur Gruppe der Messeigenschaften gehören und 3. das Kriterium Praktikabilität (vgl. Wingenfeld et al. 2011: 276 ff.).
- 7.1) Berichte sind oft komplex und für Laien schwer verständlich. Auch unerwünschte Effekte sind denkbar. Es besteht die Gefahr, dass Einrichtungen nicht bewertete Aspekte der Versorgung vernachlässigen und sich zur Qualitätsentwicklung eher kurzfristige als langfristige Ziele stecken. Einrichtungen konzentrieren sich möglicherweise mehr auf die Optimierung der Messgrößenausprägung als auf die Lösung der dahinterliegenden Probleme. Erwartbar sind auch Strategien zur Risikoselektion.
- 7.2) Die Nutzung öffentlicher Berichterstattungen für individuelle Auswahlentscheidungen, ist stark davon abhängig, inwieweit Berichte patientenrelevante Informationen enthalten. Für die Nutzung qualitätsrelevanter Informationen ist auch von Bedeutung, ob diese im Zusammenhang mit weiteren Informationen vermittelt werden. Öffentliche Berichte sollten zudem auch für Laien leicht verständlich sein.

Literaturverzeichnis

- AHRQ (2010): AHRQ Quality Indicators. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2014): Handlungsempfehlungen. URL: <http://www.aps-ev.de/angebote/handlungsempfehlungen/> [Stand: 30.04.2014].
- Allgeier, C.; Kämmerle-Hofrichter, I.; Braun, S.; Heimann, K.; Lauffer-Spindler, B.; Leinweber, R.; Scherzer, A.; Schulz, K.; Thiele, K.; Wulfgramm, H. (2005): Studie zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfes von Patientinnen und Patienten, die nach einem Schlaganfall zu Hause leben. In: *Pflege* 18/6: 373–380.
- AQUA (2008): Potenziale erkennen, Effizienz steigern. Informationen zum Europäischen Praxisassessment (EPA). Göttingen: AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.
- AQUA (2010): Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 2.0. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.
- AQUA (2011): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung [Überarbeitete, ergänzte und korrigierte Version vom 15.05.2011]. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.
- AQUA (2012): Tätigkeitsbericht 2011 im Rahmen der Aufgaben des § 137a SGB V. URL: http://www.sqg.de/downloads/Taetigkeitsbericht/Taetigkeitsbericht_2011.pdf [Stand: 02.04.2014].
- AQUA (2013): Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 3.0. URL: https://www.aqua-institut.de/aqua/upload/CONTENT/Projekte/137a/Methodenpapier/Methodenpapier_3_0_2013-02-15.pdf [Stand: 06.05.2014].
- Arah, O. A.; Westert, G. P.; Hurst, J.; Klazinga, N. S. (2006): A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. In: *International Journal of Quality in Health Care* 18/Suppl 1: 5–13.
- Aust, B. (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Aylin, P.; Bottle, A.; Majeed, A. (2007): Use of administrative data or clinical databases as predictors of risk of death in hospital: comparison of models. In: *BMJ (Clinical Research Ed.)* 334/7602: 1044.
- Baker, D.W.; Einstadter, D.; Thomas, C.; Husak, S.; Gordon, N.H.; Cebul, R.D. (2003): The effect of publicly reporting hospital performance on market share and risk-adjusted mortality at high-mortality hospitals. In: *Medical Care* 41/6: 729–740.
- Barratt, A. (2008): Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care. In: *Patient Education and Counseling* 73/3: 407–412.

- Black, C.; Roos, N.P. (1998): Administrative Data. Baby or Bathwater? In: *Medical Care* 36/1: 3–5.
- Blum, K.; Satzinger, W.; Buck, R. (2001): Patientenbefragungen und Qualitätsmanagement. Eine Einführung in die Thematik. In: Satzinger, W.; Kellermann-Mühlhoff, P.; Buck, R.; Dutin, G.; Raspe, H. (Hrsg.): *Patientenbefragungen in Krankenhäusern*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag: 25–40.
- Bottle, A.; Aylin, P. (2009): Application of AHRQ patient safety indicators to English hospital data. In: *Quality and Safety in Health Care* 18/4: 303–308.
- Bratzler, D. W.; Nsa, W.; Houck, P. M. (2007): Performance measures for pneumonia: are they valuable, and are process measures adequate? In: *Current Opinion in Infectious Diseases* 20/2: 182–189.
- Campbell, S. M.; Roland, M. O.; Buetow, S. A. (2000): Defining quality of care. In: *Social Science and Medicine* 51/11: 1611–1625.
- Campbell, S. M.; Braspenning, J.; Hutchinson, A.; Marshall, M. N. (2003): Improving the quality of health care. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. In: *British Medical Journal (BMJ, Clinical Research Ed.)* 326/7393: 816–819.
- Campbell, S.; Reeves, D.; Kontopantelis, E.; Middleton, E.; Sibbald, B.; Roland, M. (2007): Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. In: *New England Journal of Medicine* 357/2: 181–190.
- Campbell, S. M.; Reeves, D.; Kontopantelis, E.; Sibbald, B.; Roland, M. (2009): Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. In: *New England Journal of Medicine* 361/4: 368–378.
- Chassin, M.R. (2002): Achieving And Sustaining Improved Quality: Lessons From New York State And Cardiac Surgery. In: *Health Affairs* 21/4: 40–51.
- Christiansen, C. L.; Morris, C. N. (1997): Improving the Statistical Approach to Health Care Provider Profiling. In: *Annals of Internal Medicine* 127/8.2: 764–768.
- CIHI – Canadian Institute for Health Information (2010): Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR). Canadian Institute for Health Information. URL: <http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/tabbedcontent/health+system+performance/quality+of+care+and+outcomes/hsmr/cihi022025> [Stand: 13.03.2014].
- Clough, J. D.; Engler, D.; Snow, R.; Canuto, P. E. (2002): Lack of relationship between the Cleveland Health Quality Choice project and decreased inpatient mortality in Cleveland. In: *American Journal of Medical Quality* 17/2/: 47–55.
- Colmers, J. M. (2007): *Public Reporting and Transparency*. New York: The Commonwealth Fund.
- Commonwealth Fund, The (2004): *First Report and Recommendations of the Commonwealth Fund's International Working Group on Quality Indicators. A Report to Health Ministers of Australia, Canada, New Zealand, the United Kingdom, and the United States*. New York: The Commonwealth Fund.
- DCZ – Deutsches Cochrane Zentrum (2014): *Willkommen auf unseren Webseiten*. URL: <http://www.cochrane.de/de/willkommen-auf-unseren-webseiten> [Stand: 06.05.2014].

- DesHarnais, S. I.; Forthman, M. T.; Homa-Lowry, J. M.; Wooster, L. D. (2000): Risk-adjusted clinical quality indicators: indices for measuring and monitoring rates of mortality, complications, and readmissions. In: *Quality Management in Health Care* 9/1: 14–22.
- Dierks, M.; Bitzer, E.; Schwarz, F.; Haase, I. (1994): Focus-group-discussions – eine Methode zur Erhebung von Qualitätskriterien in der hausärztlichen Versorgung aus der Perspektive der Patienten. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 70: 921–924.
- Dierks, M.; Bitzer, E. (1998): Die Patientenperspektive im Qualitätsmanagement – Focus-group-discussions als qualitatives Erhebungsinstrument. In: Ruprecht, T. (Hrsg.): *Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele*. St Augustin: Asgard, 69–77.
- Dr Foster (2009): *The Dr Foster Hospital guide 2009: How Safe is Your Hospital?* London: Dr Foster Limited.
- Drösler, S. E.; Cools, A.; Köpfer, T.; Stausberg, J. (2007): Eignen sich Qualitätsindikatoren aus Routinedaten zur Qualitätsmessung im Krankenhaus? Erste Ergebnisse mit den amerikanischen Indikatoren zur Patientensicherheit in Deutschland? In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 101/1: 35–42.
- Elwyn, G.; Hutchings, H.; Edwards, A.; Rapport, F.; Wensing, M.; Cheung, W. Y.; Grol, R. (2005): The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. In: *Health Expect* 8/1: 34–42.
- Epstein, R. M.; Franks, P.; Fiscella, K.; Shields, C. G.; Meldrum, S. C.; Kravitz, R. L.; Duberstein, P. R. (2005): Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. In: *Social Science and Medicine* 61/7: 1516–1528.
- Erlar, A. (2007): *Garbage in – Garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen als Voraussetzung für die Einführung eines diagnosebasierten risikoadjustierten Vergütungssystems (Diss.)*. Berlin: Medizinische Fakultät der Charité Universitätsmedizin.
- Fink, A.; Kosecoff, J.; Chassin, M.; Brook, R. H. (1984): Consensus methods: characteristics and guidelines for use. In: *American Journal of Public Health* 74/9: 979–983.
- Fitch, K.; Bernstein, S. J.; Aguilar, M. D.; Burnand, B.; LaCalle, J. R.; Lázaro, P.; Loo, M. van het; McDonnell, J.; Vader, J. P.; Kahan, J. P. (2001): *The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual*. Santa Monica: RAND.
- Flick, U.; von Kardorff E.; Steinke, I. (2009): *Qualitative Forschung*. Berlin: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fung, C. H.; Lim, Y. W.; Mattke, S.; Damberg, C.; Shekelle, P. G. (2008): Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. In: *Annals of Internal Medicine* 148/2: 111–123.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2014): *Gemeinsamer Bundesausschuss*. URL: <https://www.g-ba.de/> [Stand: 02.04.2014].

- Geraedts, M.; Auras, S.; Hermeling, P.; de Cruppé, W. (2009): Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Berichterstattung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 134: 232–233.
- Gerste, B.; Gutschmidt, S. (2006): Datenqualität von Diagnosen aus dem ambulanten Bereich. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 60/3-4: 29–43.
- Ghali, W. A.; Rothwell, D. M.; Quan, H.; Brant, R.; Tu, J. V. (2000): A Canadian comparison of data sources for coronary artery bypass surgery outcome „report cards“. In: American Heart Journal 140/3: 402–408.
- Giersiepen, K.; Pohlabein, H.; Egidi, G.; Pigeot, I. (2007): Die ICD-Kodierqualität für Diagnosen in der ambulanten Versorgung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50/8: 1028–1038.
- Goldstein, H.; Spiegelhalter, D. J. (1996): League tables and their limitations: Statistical issues in comparisons of institutional performance. In: Journal of the Royal Statistical Society. Series A. In: Statistics in Society 159/3: 385–443.
- Grande, G.; Romppel, M. (2005): Subjektive Qualitätskonzepte von Patienten in der Rehabilitation. In: Badura, B.; Iseringhausen, O. (Hrsg.): Auf dem Weg zur integrierten Versorgung. Göttingen: Huber: 215–230.
- Greenland, S. (2000): Principles of multilevel modelling. In: International Journal of Epidemiology 29/1: 158–167.
- Groene, O. (2006): Vorschläge der WHO zur umfassenden Leistungsbewertung von Krankenhäusern. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 11/4: 226–233.
- Grol, R. (1993): Development of guidelines for general practice care. In: British Journal of General Practice 43/369: 146–151.
- Grol, R.; Wensing, M.; Eccles, M. (2005): Improving patient care. The implementation of change in clinical practice. London: Elsevier.
- Grol, R.; Berwick, D.M.; Wensing, M. (2008): On the trail of quality and safety in health care. In: BMJ (Clinical Research Ed.) 336/7635: 74–76.
- Hannan, E. L.; Kilburn, H.; Racz, M.; Shields, E.; Chassin, M. R. (1994): Improving the outcomes of coronary artery bypass surgery in New York State. In: Journal of the American Medical Association 271/10: 761–766.
- Hapkemeyer J.; Dresenkamp, A.; Soellner, R. (2007): Patientensicht zur Qualität in der Psychotherapie. In: Psychotherapeut 53:206–212.
- Haynes, A. B.; Weiser, T. G.; Berry, W. R.; Lipsitz, S. R.; Breizat, A. H.; Dellinger, E. P.; Herbosa, T.; Joseph, S.; Kibatala, P. L.; Lapitan, M. C.; Merry, A. F.; Moorthy, K. et al. (2009): A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. In: New England Journal of Medicine 360/5: 491–499.
- Heller, G. (2009): Administrative Data from Germanys Statutory Health Insurances for Social, Economic and Medical Research. Working Paper No. 122 of the Council for Social and Economic Data. German Council for Social and Economic Data.
- Hearnshaw, H. M.; Harker, R. M.; Cheater, F. M.; Baker, R. H.; Grimshaw, G. M. (2001): Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for

- improvement of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care* 10/3: 173–178.
- Hibbard, J. H. (2001): Being strategic with public reports. In: *International Journal for Quality in Health Care* 13/5: 353–355.
- Hibbard, J. H.; Stockard, J.; Tusler, M. (2003): Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? In: *Health Affairs* 22/2: 84–94.
- Hibbard, J. H. (2008): What can we say about the impact of public reporting? Inconsistent execution yields variable results. In: *Annals of Internal Medicine* 148/2: 160–161.
- Hosmer, D. W.; Lemeshow, S. (2000): *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.
- Iezzoni, L. I. (1997): Assessing quality using administrative data. In: *Annals of Internal Medicine* 127/8.2: 666–674.
- Iezzoni, L. I. (2003): *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*. Chicago: Health Administration Press.
- IQWiG (2008): *Allgemeine Methoden, Version 3.0 vom 27.05.2008*. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
- IQWiG (2014): *Methoden zur Kosten-Nutzen-Bewertung*.
URL: https://www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapiere/kosten_nutzen_bewertung.3022.html [Stand: 02.04.2014].
- Jacobs, J. (2009): Quality of life: what does it mean for general practice? Editorial. In: *British Journal of General Practice* 59/568: 807–808.
- Jarman, B.; Pieter, D.; van der Veen, A. A.; Kool, R. B.; Aylin, P.; Bottle, A.; Westert, G. P.; Jones, S. (2010). The hospital standardised mortality ratio: a powerful tool for Dutch hospitals to assess their quality of care? In: *Quality and Safety in Health Care* 19/1: 9–13.
- Jha, A. K.; Li, Z.; Orav, E. J.; Epstein, A. M. (2005): Care in U.S. hospitals – the Hospital Quality Alliance program. *New England Journal of Medicine* 353/3: 265–274.
- Kahn, K. L.; Tisnado, D. M.; Adams, J. L.; Liu, H.; Chen, W. P.; Hu, F. A.; Mangione, C. M.; Hays, R. D.; Damberg, C. L. (2007): Does ambulatory process of care predict health-related quality of life outcomes for patients with chronic disease? *Health Services Research Journal* 42/1 Pt 1: 63–83.
- Keirns, C. C.; Goold, S. D. (2009): Patient-centered care and preference-sensitive decision making. In: *The Journal of the American Medical Association* 302/16: 1805–1806.
- Kelly, A.; Thompson, J. P.; Tuttle, D.; Benesch, C.; Holloway, R. G. (2008): Public reporting of quality data for stroke: is it measuring quality? In: *Stroke* 39/12: 3367–3371.
- Kilian, R.; Gonnerman, C.; Seiler, R.; Voss, P.; Neumann, T.; Zunhammer, A.; Porzolt, F. (2009): Die Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung integrierter Gesundheitsversorgungsprogramme durch Patienten (BiGPAT). In: *Gesundheitswesen* 71/8-9: 460–468.

- Klemperer, D. (1996): Qualität in der Medizin. Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen. In: Dr. med. Mabuse (Heft Januar/Februar): 22–27.
- Klingenberg, A.; Klemperer, D.; Betzler, M.; Rothmund, M.; Szecsenyi, J. (2006): Bewertung des Chirurgischen Qualitätssiegels (CQS), eines neuen Verfahrens zur Kontinuierlichen Professionellen Entwicklung von Chirurgen, durch die Teilnehmer. In: Der Chirurg (BDC) Suppl: 181–186.
- Klingenberg, A.; Walther, W.; Dorfer, C.E.; Szecsenyi J. (2008): Wie bewerten Patienten ihre zahnärztliche Versorgung? Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Patienten bei niedergelassenen Zahnärzten. Gesundheitswesen 70/8-9: 525–531.
- Krones, T.; Keller, H.; Sonnichsen, A.; Sadowski, E. M.; Baum, E.; Wegscheider, K.; Rochon, J.; Donner-Banzhoff, N. (2008): Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. In: The Annals of Family Medicine 6/3: 218–227.
- Laatz, W. (1993): Empirische Methoden. Ein Lehrbuch für Sozialwissenschaftler. Thun: Harri-Deutsch.
- Lester, H. E.; Hannon, K. L.; Campbell, S. M. (2011): Identifying unintended consequences of quality indicators: a qualitative study. In: BMJ Quality and Safety in Health Care 20/12: 1057–1061.
- Lohr, K. N.; Schroeder, S. A. (1990): A Strategy for Quality Assurance in Medicare. In: New England Journal of Medicine 322:707–712.
- MacLean, C. H.; Louie, R.; Shekelle, P. G.; Roth, C. P.; Saliba, D.; Higashi, T.; Adams, J.; Chang, J. T.; Kamberg, C. J.; Solomon, D. H.; Young, R. T.; Wenger, N. S. (2006): Comparison of administrative data and medical records to measure the quality of medical care provided to vulnerable older patients. In: Medical Care 44/2: 141–148.
- Marshall, M. N.; Campbell, S.; Hacker, J.; Roland, M. (2002): Quality indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. London: Royal Society of Medicine Press.
- Marshall, M. N.; Roland, M. O.; Campbell, S.; Kirk, S.; Reeves, D.; Brook, R. H.; McGlynn, E. A.; Shekelle, P. G. (2003): Measuring general practice. A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators. London: The Nuffield Trust.
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.
- McColl, A.; Roderick, P.; Gabbay, J.; Smith, H.; Moore, M. (1998): Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. In: BMJ (Clinical Research Ed.) 317/7169: 1354–1360.
- McDonald, R.; Harrison, S.; Checkland, K.; Campbell, S. M.; Roland, M. (2007): Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. In: BMJ (Clinical Research Ed.) 334/7608: 1357.
- McGlynn, E. A. (2003): An evidence-based national quality measurement and reporting system. In: Medical Care 41/1, Suppl: 18–15.

- Mihrshahi, S.; Brand, C.; Ibrahim, J. E.; Evans, S.; Jolley, D.; Cameron, P. (2010): Validity of the indicator 'death in low-mortality diagnosis-related groups' for measuring patient safety and healthcare quality in hospitals. In: *Internal Medicine Journal* 40/4: 250–257.
- Moen, J.; Bohm, A.; Tillenius, T.; Antonov, K.; Nilsson, J. L.; Ring, L. (2009): "I don't know how many of these [medicines] are necessary.." – a focus group study among elderly users of multiple medicines. *Patient Education and Counseling* 74/2: 135–141.
- Mourad, S. M.; Hermens, R. P.; Nelen, W. L.; Braat, D. D.; Grol, R. P.; Kremer, J. A. (2007): Guideline-based development of quality indicators for subfertility care. In: *Human Reproduction* 22/10: 2665–2672.
- Niehoff, J. U. (2006): *Sozialmedizin Systematisch*. 2. Aufl. Bremen: UNI-MED.
- Nutting, P. A.; Dickinson, W. P.; Dickinson, L. M.; Nelson, C. C.; King, D. K.; Crabtree, B. F.; Glasgow, R. E. (2007): Use of chronic care model elements is associated with higher-quality care for diabetes. In: *Annals of Family Medicine* 5/1:14–20.
- Olbort, R.; Mahler, C.; Campbell, S.; Reuschenbach, B.; Muller-Tasch, T.; Szecsenyi, J.; Peters-Klimm, F. (2009): Doctors' assistants' views of case management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. In: *Journal of Advanced Nursing* 65/4: 799–808.
- Ose, D.; Grande, G.; Badura, B.; Greiner, W. (2008): Patienteninformation zur Bewertung von Gesundheitseinrichtungen. Möglichkeiten und Perspektiven zur Entwicklung eines patientenorientierten Informationsportals vor dem Hintergrund aktueller Initiativen zur Qualitätssicherung im Gesundheitssystem. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 3/3: 152–162.
- Ose, D.; Grande, G.; Greiner, W. (2009): Patientenorientierte Qualitätsberichterstattung. Ansätze und Perspektiven. In: Kirch, W.; Middeke, M.; Rychlik, R. (Hrsg.): *Aspekte der Prävention*. Stuttgart: Thieme: 148–157.
- Pine, M.; Jordan, H. S.; Elixhauser, A.; Fry, D. E.; Hoaglin, D. C.; Jones, B.; Meimban, R.; Warner, D.; Gonzales, J. (2007): Enhancement of claims data to improve risk adjustment of hospital mortality. In: *The Journal of the American Medical Association* 297/1: 71–76.
- Raudenbush, S. W.; Bryk, A. S. (2002): *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Robinson, S.; Brodie, M. (1997): Understanding the quality challenge for health consumers: the Kaiser/AHCPR Survey. In: *Joint Commission Journal for Quality Improvement* 23/5: 239–244.
- Rodriguez, H. P.; von Glahn, T.; Chang, H.; Rogers, W. H.; Safran, D. G. (2007): Patient samples for measuring primary care physician performance: who should be included? In: *Medical Care* 45/10: 989–996.
- Romano, P. S.; Zach, A.; Luft, H. S.; Rainwater, J.; Remy, L. L.; Campa, D. (1995): The California Hospital Outcomes Project: using administrative data to compare hospital performance. In: *Joint Commission Journal for Quality Improvement* 21/12: 668–682.

- Romano, P. S.; Mull, H. J.; Rivard, P. E.; Zhao, S.; Henderson, W. G.; Loveland, S.; Tsilimingras, D.; Christiansen, C.; Rosen, A. (2009): Validity of selected AHRQ patient safety indicators based on VA National Surgical Quality Improvement Program data. In: *Health Services and Research* 44/1: 182–204.
- Rosemann, T. (2006): Überweisungen vom Hausarzt zum Facharzt: Naht- oder Bruchstelle? In: *Deutsches Ärzteblatt* 103/37: A-2387.
- Rosenthal, G. E.; Quinn, L.; Harper, D. L. (1997): Declines in hospital mortality associated with a regional initiative to measure hospital performance. In: *American Journal of Quality Medicine* 12/2: 102–112.
- Rubin, H. R.; Pronovost, P.; Diette, G. B. (2001): The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. In: *International Journal for Quality in Health Care* 13/6: 469–474.
- Scheibler, F.; Janssen, C.; Pfaff, H. (2003a): Shared Decision Making: Ein Überblick über die internationale Forschungsliteratur. In: *Sozial- und Präventivmedizin* 48/1: 11–23.
- Scheibler, F.; Pfaff, H. (2003b): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim und München: Juventa.
- Schiavo-Campo, S. (1999): Strengthening „Performance“ in Public Expenditure Management. In: *Asian Review of Public Administration* 11/2: 23–44.
- Schorsch, B.; Beyer, M. (2006): 10 Jahre Basisdokumentation in Bremen und Bremerhaven. In: *Bremer Ärztejournal* 59/6: 12–13.
- Seber, G. A. F.; Lee, A. J. (2003): *Linear Regression Analysis*. 2. Auflage. Hoboken: Wiley-Interscience.
- Sens, B.; Fischer, B.; Bastek, A.; Eckardt, J.; Kaczmarek, D.; Paschen, U.; Pietsch, B.; Rath, S.; Ruprecht, T.; Thomeczek, C.; Veit, C.; Wenzlaff, P. (2007): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. 3. Aufl. In: *GMS Medizinische Informatik Biometrie und Epidemiologie* 3/1: Doc05.
- Shahian, D. M.; Normand, S. L.; Torchiana, D. F.; Lewis, S. M.; Pastore, J. O.; Kuntz, R. E.; Dreyer, P. I. (2001): Cardiac surgery report cards: comprehensive review and statistical critique. In: *Annals of Thoracic Surgery* 72/6: 2155–2168.
- Shahian, D. M.; Silverstein, T.; Lovett, A. F.; Wolf, R. E.; Normand, S. L. (2007): Comparison of clinical and administrative data sources for hospital coronary artery bypass graft surgery report cards. *Circulation* 115/12: 1518–1527.
- Simanski, C.; Lefering, R.; Paffrath, T.; Riess, P.; Yücel, N.; Maegele, M. (2006): Die Qualität der postoperativen Schmerztherapie beeinflusst die Krankenhauswahl. In: *Schmerz* 20/4: 327–333.
- Singer, J. D. (1998): Using SAS PROC MIXED to fit multilevel models, hierarchical models, and individual growth models. In: *Journal of Educational and Behavioral Statistics* 24/4: 323–355.
- Smith, P. (2009): On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. In: *International Journal of Public Administration* 18/2&3: 277–310.
- Snijders, T. (1999): *Multilevel Analysis. An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling*. London: Sage Publications.

- Solberg, L. I.; Asche, S. E.; Pawlson, L. G.; Scholle, S. H.; Shih, S. C. (2008): Practice systems are associated with high-quality care for diabetes. In: *American Journal of Managed Care* 14/2: 85–92.
- Speight, J.; Reaney, M. D.; Barnard, K. D. (2009): Not all roads lead to Rome – a review of quality of life measurement in adults with diabetes. In: *Diabetic Medicine* 26/4: 315–327.
- Spiegelhalter, D. J.; Thomas, A.; Best, N. G.; Lund, D. (2003): WinBUGS Version 1.4 Users Manual. URL: <http://www.mrc-bsu.cam.ac.uk/bugs/winbugs/manual14.pdf> [Stand:13.3.2014].
- Sullivan, L. M.; Dukes, K. A.; Losina, E. (1999): Tutorial in biostatistics. An introduction to hierarchical linear modelling. In: *Statistics in Medicine* 18/7: 855–888.
- SVR-BEG (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band II – 2. Konzepte und Management von Qualität. URL: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_national/bedarfs_u_wirt_SVR_GW.pdf [Stand: 06.05.2014].
- SVR-BEG (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- SVR-E (2005): Die Chancen nutzen – Reformen mutig voranbringen. Jahresgutachten 2005/06. Wiesbaden: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.
- SVR-KAG (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Bonn: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.
- van der Lei, J. (1991): Use and abuse of computer-stored medical records. In: *Methods of Information in Medicine* 30/2: 79–80.
- Weisberg, S. (2005): *Applied Linear Regression*. Hoboken, NJ: Wiley Interscience.
- Wensing, M.; Jung, H. P.; Mainz, J.; Olesen, F.; Grol, R. (1998): A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. In: *Social Science and Medicine* 47/10: 1573–1588.
- Wensing, M.; Broge, B.; Kaufmann-Kolle, P.; Andres, E.; Szecsenyi, J. (2004): Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? In: *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 10/3: 457–466.
- Werner, R. M.; Asch, D. A. (2005): The unintended consequences of publicly reporting quality information. In: *Journal of the American Medical Association* 293/10: 1239–1244.
- Werner, R. M.; Konetzka, R. T.; Kruse, G. B. (2009): Impact of public reporting on unreported quality of care. In: *Health Services Research* 44/2: 379–398.
- WIdO (2007): Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR). Abschlussbericht. Bonn: AOK-Bundesverband.

- Wingenfeld, K.; Kleina, T.; Franz, S.; Engels, D.; Mehlan, S.; Engel, H. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Bielefeld, Köln: Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Williams, S. C.; Schmaltz, S. P.; Morton, D. J.; Koss, R. G.; Loeb, J. M. (2005): Quality of care in U.S. hospitals as reflected by standardized measures, 2002–2004. In: New England Journal of Medicine 353/3: 255–264.
- Wilson, C. (1987): Hospital-Wide Quality Assurance: Models for Implementation and Development. London: W.B. Saunders.