

Qualitätsdiskussion in Deutschland – ein Gemisch aus Ängsten, Partikularinteressen und unterschiedlichen Perspektiven

Discussions about Quality in Germany – a Mixture of Anxiety, Particular Interests and Different Perspectives

Martin Scherer¹, Wilhelm Niebling², Joachim Szecsenyi³

Zusammenfassung: Das Thema Qualitätsindikatoren wird in Deutschland und innerhalb der DEGAM zunehmend intensiver diskutiert. Wir möchten mit dem vorliegenden Artikel einen Diskussionsbeitrag leisten, indem wir einen Überblick über die Begriffe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geben und dann in das Thema Qualitätsindikatoren einführen. Qualitätsindikatoren sollten sich auf relevante Problemlagen der Versorgung beziehen, evidenzbasiert sein und durch anerkannte Methoden entwickelt werden. Außerdem sollten sie durch den Behandler beeinflussbar sein und keine Risiken der Fehlsteuerung bergen. Vergütungsmodelle, die Qualitätsaspekte gegenüber den derzeit noch vorherrschenden Mengenaspekten in den Vordergrund stellen, bieten ein erhebliches Innovationspotenzial. Sie sollten daher nicht pauschal abgelehnt, sondern gut geplant, schrittweise umgesetzt und wissenschaftlich adäquat begleitet werden.

Schlüsselwörter: Qualitätsindikatoren, Allgemeinmedizin, Pay for performance

Nicht nur innerhalb der DEGAM und ihres Präsidiums gibt es eine Diskussion über die Positionierung zum Thema Qualitätsindikatoren. Das Thema wird, seitdem die kassenärztliche Bundesvereinigung an einem Set von „Ambulanten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen – AQUIK“ (KBV 2009) arbeitet (worauf teilweise auch Vergütungsaspekte geknüpft sein sollen), zunehmend intensiver diskutiert. Wir möchten mit dem vorliegenden Artikel einen Beitrag zu diesem Diskurs leisten, indem wir einen Überblick über die Begriffe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

geben und dann in das Thema Qualitätsindikatoren einführen. Abschließend beziehen wir an den Stellen, die uns für die weitere Diskussion sinnvoll erscheinen, eine Gegenposition zum Thesenpapier „Qualitätsindikatoren in der Hausärztlichen Versorgung“ (erschieden in der Juni-Ausgabe der ZFA [1]). Beide Papiere sollen damit einen Beitrag zur Positionsbestimmung der DEGAM in diesem Feld leisten. Schließlich war es unser Fach, das zu Beginn der 90er Jahre ganz wesentliche Anstöße zur Qualitäts-

Summary: Quality indicators are intensively being discussed in Germany, especially within the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM). In order to contribute to the discussion we give an overview in terms of structure, process, and outcome aspects of quality and offer an introduction into the field of quality indicators. Quality indicators must be relevant to the important factors of quality of care. They need to be valid, reliable and usable in quality measurement and should avoid risks of malfunctions and controlling errors. Pay for performance models that are based on quality instead of quantity issues contain potential for innovation. They should not be globally declined, but carefully developed, stepwise implemented and scientifically accompanied.

Keywords: quality indicators, primary care, pay for performance

diskussion im deutschen Gesundheitswesen gegeben hat: zunächst durch das Qualitätszirkelkonzept und danach durch das erste systematische und praxisnahe Konzept zur Entwicklung von Leitlinien.

Definition von Qualität

„Qualität“ ist ein Begriff, der uns in der Warenwelt und in der Werbung täglich begegnet. Er wird häufig mit „Dauerhaftigkeit“ gleichgesetzt und schreibt ei-

¹ Institut für Sozialmedizin, Universität Lübeck

² Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universität Freiburg

³ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

nem Gegenstand Eigenschaften zu, mit denen in der Regel ein hoher Preis gerechtfertigt wird. Eine der großen amerikanischen Gesundheitsorganisationen, die US Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organisations, definierte Qualität in der Medizin wie folgt: „Qualität ist der unter Anwendung des derzeitigen Wissens vom medizinischen Versorgungssystem erreichte Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapieresultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden.“

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Weithin akzeptiert ist der Vorschlag von Donabedian [2], einem Begründer des modernen Qualitätsverständnisses in der Medizin, den Begriff nach den Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis zu bewerten. Da es in der Medizin – und besonders in der Allgemeinmedizin – nur selten Goldstandards gibt, an denen man eine Bewertung orientieren kann, genügt es für die konkrete Praxisarbeit zunächst, die bestehende Situation zu analysieren und einen Zielpunkt für ihre Verbesserung festzusetzen.

Die politischen und ökonomischen Faktoren, unter denen ärztliche Tätigkeit stattfindet, bestimmen die **Strukturqualität**. Darin fließen die Rahmenbedingungen der medizinischen Aus- und Weiterbildung ebenso ein wie der Ausbildungsstand der Praxishelferinnen und die personelle bzw. technische Ausstattung der Praxis.

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

Die **Ergebnisqualität** beschreibt Veränderungen des gegenwärtigen oder zukünftigen Gesundheitszustandes eines Patienten, die durch die medizinische Versorgung verursacht sind. Dabei kann der Begriff des Gesundheits-

Ergebnis gut <i>Mögliche Gründe</i>	Ergebnis nicht gut <i>Mögliche Gründe</i>
Prozessqualität gut	Diagnose inkorrekt
Prozessqualität verbesserungsfähig, aber ohne Auswirkung auf das Ergebnis	– Komplikation eingetreten – Inadäquate Therapie – Überbehandlung
	Unterbehandlung
	Fehlende Patientenmitarbeit usw.

Tabelle 1 Mögliche Gründe für eine „gute“ oder „schlechte“ Ergebnisqualität (überarbeitet nach Mushlin 1984 [15]).

zustandes auch Bereiche wie Zufriedenheit, Selbstkontrolle und Verminderung von Risikoverhalten des Patienten beinhalten. Die Beurteilung der Ergebnisqualität setzt jedoch die Berücksichtigung einer Reihe von möglichen Faktoren voraus (siehe Tabelle 1), die nur zum Teil durch die Arztpraxis beeinflusst werden können.

Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sind spezifische und messbare Elemente der Versorgung, die zur Einschätzung oder Bewertung der Qualität verwendet werden können. Ihre Anwendung basiert üblicherweise auf einer retrospektiven Durchsicht von Patientenakten, auf einer prospektiven Dokumentation, auf Routinedaten oder – mit Einschränkungen – auch auf Befragungsergebnissen. Manchmal wird zwischen Qualitäts- und Aktivitäts- oder Prozessindikatoren und Ergebnisindikatoren unterschieden. Wichtig ist hierbei, dass ein guter Qualitätsindikator nur solche Elemente der medizinischen Versorgung anzeigt, die auch der Kontrolle und Verantwortung der Person unterliegen, welche die medizinische Versorgung durchführt [3].

Qualitätsindikatoren bilden wie Mosaiksteine einzelne Aspekte von Qualität ab. Zu einem aussagekräftigen Gesamtbild der Versorgungsqualität wird dieses Mosaik aber erst unter zwei Voraussetzungen: Es braucht a) eine hinreichende Menge an Mosaiksteinen und b) müssen diese möglichst systematisch über die Breite und Vielfalt des Versorgungsgeschehens verteilt sein, ohne wichtige Felder auszulassen.

Qualitätsindikatoren können auf verschiedene Weise entwickelt werden. Die **erste** – und wahrscheinlich eine der nach wie vor üblichsten Methoden – ist, dass sich eine Gruppe an einem Tisch zusammensetzt und gemeinsam Vorschläge diskutiert. Diese basieren normalerweise auf bereits verfügbaren Informationen sowie Einstellungen und Interessen. Dieser Ansatz hat den Vorteil, dass er schnell und relativ einfach realisierbar ist, sofern ein Konsensus erreicht wird. Nachteilig ist, dass daraus resultierende Indikatoren nur eingeschränkt auf die Personen übertragen werden können, die sie anwenden möchten, um die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, aber nicht Mitglieder des „runden Tisches“ waren.

Ein **zweiter Ansatz** ist der Versuch, Indikatoren ausschließlich auf bereits veröffentlichte Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien zu stützen [4]. Dieser evidenzbasierte Ansatz [5] hat den Vorteil, dass hieraus rigorose und wissenschaftlich akzeptable Indikatoren entstehen. Er birgt jedoch zwei Nachteile: Erstens richtet er sein Ziel auf einen sehr begrenzten Teil der Medizin – da sehr viel, was als gute Versorgung akzeptiert ist, auf keiner erprobten Beweislage basiert (und wahrscheinlich niemals basieren wird), um diesen Standpunkt zu untermauern. Zweitens gibt es Probleme mit der Übertragbarkeit von Ergebnissen wissenschaftlicher Studien (bei ausgewählten Patienten mit einer Reihe von Ausschlusskriterien) auf den individuellen Patienten.

Ein **dritter Ansatz** beinhaltet das direkte Ableiten von Qualitätsindikatoren aus medizinischen Leitlinien, die ge-

wöhnlich zu einem Teil auf Evidenz und zum anderen auf ärztlichem Konsens basieren. Er hat wiederum den Vorteil professioneller Glaubwürdigkeit und ist schnell umsetzbar; die Anwendbarkeit hängt jedoch davon ab, in welchem Ausmaß die Leitlinien akzeptiert werden. Werden Qualitätsindikatoren parallel zur Leitlinienentwicklung erstellt, und evtl. synchron mit der entsprechenden Leitlinie veröffentlicht, können sie die Leitlinienimplementation unterstützen und Ansatzpunkte für die Evaluation der Leitlinienwirkung liefern.

Qualitätsdiskussion in Deutschland

Die Erfahrungen in den letzten Jahren haben gezeigt, dass es nicht einfach ist, die Begriffe Qualität und Qualitätsförderung mit Inhalt zu füllen und auf eine gemeinsame Diskussionsebene zwischen Ärzten und Kostenträgern zu kommen. Wenn es schon für Ärzte und Kassen so schwierig war, eine gemeinsame Perspektive zu entwickeln, so war es noch schwieriger, die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten mit in diesen Diskussionsprozess einzubringen.

Die Qualitätsdiskussion in Deutschland ist leider auch immer eine Kostendiskussion gewesen, die von Ängsten und Misstrauen, gegenseitigen Schuldzuweisungen und der mangelnden Übernahme von Verantwortung und Risiken sowie dem Fehlen klarer Versorgungsziele geprägt war. Selbst innerhalb der Ärzteschaft, sogar innerhalb der DEGAM scheint es bisher schier unmöglich, eine gemeinsame Konsenslinie zu finden. Warum ist dies so? Gibt es tatsächlich zwei oder mehr Realitäten der Versorgung oder sind nur die Blickwinkel so unterschiedlich? Wir meinen, dass eher das Letztere der Fall ist.

Weil die Blickwinkel so unterschiedlich sind, gibt es auch grundlegende Missverständnisse und keine klaren gemeinsamen Regeln, wie die Qualität der Versorgung zu beurteilen und ggf. zu verbessern ist. Ohne diese Regeln kann es aber keine neuen Vergütungssysteme und keine wirkliche Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem geben.

Gegenposition zum „Provokationspapier“ von Abholz und Egidi

Als Beispiel für die Bedeutung des Blickwinkels in der Qualitätsdiskussion mag das in der Juniausgabe der ZFA erschienene Papier „Qualitätsindikatoren in der Hausärztlichen Versorgung“ dienen. In diesem Artikel betrachten Heinz-Harald Abholz (HHA) und Günther Egidi (GE) Qualitätsindikatoren aus der hausärztlichen Perspektive. Uns allen sind die Besonderheiten der Allgemeinmedizin gut vertraut: Langzeitbetreuung, Mehrdimensionalität der Entscheidungsfindung, Multimorbidität, niedrige Vortestwahrscheinlichkeit, abwendbar gefährliche Verläufe und die häusliche Umgebung des Patienten sind nur einige davon. Allerdings enthält der Text von HHA und GE einige Punkte, zu denen wir hier eine Gegenposition beziehen möchten:

1. Beispielhaft schildern HHA und GE, wie die postoperative Thromboseprophylaxe mittels Antithrombosestrümpfen im Sinne eines Prozessindikators operationalisiert werden kann: „Der Qualitätsindikator wäre hier das Benutzen der Stützstrümpfe, das Maß für die Qualität wäre der erreichte Versorgungsgrad mit diesen Strümpfen. Hier wäre ein Prozess-Qualitätsindikator bestimmt.“

Dieses Definitionsbeispiel ist u. E. nicht korrekt. Der **Prozess-Qualitätsindikator** müsste richtigerweise lauten: „**Anteil der postoperativen Patienten, denen Antithrombosestrümpfe verordnet wurden.**“ Dies ist mehr als nur ein semantischer Unterschied, der zeigt, dass bei der Qualitätsdiskussion begriffliche Genauigkeit gefordert ist.

2. Weiterhin nennen HHA und GE passend zum obigen Beispiel als Ergebnisindikator „Prozentsatz von postoperativen Thrombosen“. In nachvollziehbarer Weise kritisieren die Autoren, dass dieser Indikator aufgrund möglicher Einflussfaktoren (Art der Operation, Alter des Patienten, Vorhandensein einer Thrombophilie etc.) zum Großteil nicht durch Behandler zu beeinflussen ist und daher das Ziel der Qualitätsmessung verfehlt.

Tatsächlich sind nur solche Qualitätsindikatoren geeignet, die

- sich auf relevante Problemlagen der Versorgung beziehen [6],
- evidenzbasiert sind und durch anerkannte Methoden entwickelt wurden [7],
- durch den Behandler beeinflussbar sind [7],
- keine Risiken der Fehlsteuerung bergen.

Daher sind Qualitätsindikatoren entsprechend dieser Kriterien grundsätzlich **individuell** zu überprüfen. Qualitätsindikatoren pauschal abzuhandeln und generalisierend zu bewerten, wird u. E. der Sache nicht gerecht. Wir stimmen allerdings zu, dass in der Regel Prozessindikatoren der Vorzug vor Ergebnisindikatoren zu geben ist, da Letztere sich oft schon wegen geringer Fallzahlen nur für ganze Regionen eignen (z. B. Prozentsatz postoperativer Thrombosen in Schleswig-Holstein).

3. Unter Punkt 7 weisen die Autoren darauf hin, dass der „Grad der Erreichung eines Qualitätsindikators“ mehreren Einflussfaktoren unterliege, u. a. Non-Compliance, Patientenbeteiligung, Multimorbidität, Mehrdimensionalität.

Qualitätsindikatoren sind nicht dafür gedacht, die komplexe hausärztliche Arzt-Patienten-Interaktion in Einzelprozesse bei individuellen Patienten zu zerlegen, sondern Versorgungsqualität in einer **Gruppe** von Patienten abzubilden. Der Hausarzt trägt nicht nur die Verantwortung für einzelne Patienten, sondern auch für Patientengruppen (z. B. Gemeinde) und schließlich auch im Sinne bevölkerungsmedizinischer Zielsetzungen. Umso mehr verwundert der folgende Punkt.

4. „Für den Fall, dass der Erreichungsgrad bei Qualitätsindikatoren seine Honorierung mitbestimmt“, befürchten HHA und GE, dass Hausärzte zu „Erfüllungsgehilfen bevölkerungsmedizinischer Zielsetzungen werden“.

Ist es nicht gerade die Allgemeinmedizin, die bevölkerungsmedizinische Verantwortung besitzt und nicht zuletzt im Rahmen der zunehmenden Institutionalisierung erfolgreich trägt? Schließlich ist die gesellschaftliche Verantwortung der Allgemeinmedizin gerade deshalb in der DEGAM-Fachdefinition enthalten (<http://www.degam.de/fachdefinition.html>): „**Das Arbeitsziel der Allgemeinmedizin ist eine quali-**

Prof. Dr. med. Martin Scherer ...

... ist seit 2004 als Facharzt für Allgemeinmedizin klinisch tätig. Von 2004–2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen (dort 2008 Habilitation mit einer Schrift über die Primärversorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz). Seit Februar 2009 ist er Inhaber der Professur „Versorgungsforschung und ihre Methoden“ und stellv. Direktor des Instituts für Sozialmedizin der Universität Lübeck.

tativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt. Voraussetzung hierfür ist aber, dass allgemeinmedizinische Versorgung keine „Blackbox“ ist, sondern dass durch Qualitätstransparenz hausärztliche Qualität sichtbar und somit auch einer breiteren Wertschätzung zugänglich gemacht wird. Wir meinen, dass es eher an der Zeit ist, die Messung von allgemeinmedizinischer Qualität (insbesondere in ihren Domänen, der Kommunikation und der Langzeitversorgung chronisch Kranker) proaktiv zu gestalten, als sich zu sehr auf das Protestieren oder Provozieren zu konzentrieren. Durch Letzteres begäbe sich die Allgemeinmedizin in eine unnötig defensive Position – gerade, wenn man bedenkt, dass Qualitätsindikatoren in unterschiedlichen Formen teilweise schon seit Jahren von Hausärzten genutzt werden. Einige Beispiele dafür sind die Feedbackberichte im Rahmen der Disease-Management-Programme, strukturierte Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie, einige Arztnetze (z. B. Qualinet, Hausarztmodell Südbaden, ÄQ Ried) oder auch die hausarztzentrierten Versorgungsverträge nach §73b SGB V in Baden-Württemberg [8, 9].

5. Unter Punkt 10 des „Provokationspapiers“ von HHA und GE heißt es: „Qualitätsindikatoren zeigen deutliche Schwächen, Qualität zu messen, wenn sie auf komplexe Betreuungsaufgaben bezogen werden.“

Die Komplexität der allgemeinmedizinischen Versorgung vollständig abzubilden, ist nicht Aufgabe von Qualitätsindikatoren. Vielmehr sind sie evidenzbasierte Mosaikstücke, die systematisch entwickelt und an das hausärztliche Setting angepasst sein müssen. DEGAM-Leitlinien können hier hilfreiche Ansatzpunkte bieten, z. B. wenn ihre Kernempfehlungen zu Indi-

katoren kondensiert werden, die den o. g. Anforderungen entsprechen. Je weiter die Multimorbiditätsforschung fortschreitet (siehe Vorarbeiten der allgemeinmedizinischen Abteilungen Hamburg und Heidelberg) und je besser Leitlinien an Multimorbidität adaptiert sind, desto eher wird eine nach Multimorbidität stratifizierte Entwicklung und Anwendung von Qualitätsindikatoren möglich sein. Trotz Komplexität des hausärztlichen Arbeitens ist es möglich, Kernelemente der Versorgung in einer Gruppe von Patienten messbar zu machen.

6. Weiter heißt es unter Punkt 10: „Mit der seit Jahren stattfindenden zunehmenden Entprofessionalisierung, also der Wegnahme von autonomer Entscheidungskompetenz des Arztes, sowie der gleichzeitig anwachsenden Hoffnung öffentlicher Entscheidungsträger, über bürokratische Regeln die Versorgungsqualität insgesamt zu verbessern, wird ärztlicher Autonomie für solche Bereiche, die charakterisierend für eine Profession sind, Schritt für Schritt ein Ende bereitet.“

Auch hier sind wir anderer Ansicht. Viele Qualitätsindikatoren sind ein Spiegel zur Reflexion der eigenen Arbeit. Eine Profession unterscheidet sich deshalb vom Handwerksberuf, weil sie ein eigenes, wissenschaftlich fundiertes Regelwerk für ihr Handeln schafft, dieses evaluiert und gegenüber der Gesellschaft vertritt. Entprofessionalisierung findet u. a. dort statt, wo nur noch die Individualität des Handelns im Vordergrund steht, und sich jeder sozusagen sein eigenes Regelwerk schafft. Manche Grauzonen der sich immer weiter verbreitenden „IGeL-Medizin“ sind unserer Ansicht nach ein Beispiel für eine schleichende Entprofessionalisierung unter dem Schlagwort „Autonomie des Arztes“. Indikatoren sollten stets **Kondensationsformen der evidenzbasier-**

ten Medizin sein. Die **Evidenzbasis** muss auch aus der **allgemeinmedizinischen Forschung** kommen – sowohl im Sinne von epidemiologischen Versorgungsbeschreibungen, als auch im Rahmen von qualitativen Problemanalysen und schließlich pragmatischen klinischen Studien.

7. Immer dann, wenn die Versorgung in einem sehr spezialisierten Bereich der Medizin erfolgt, ist es gerechtfertigt, Qualitätsindikatoren mit einem Erreichungs-Soll zu verbinden (Klärung, ob eine Magenerkrankung vorliegt oder Klärung, warum jemand schwer hört).

Wenn solche Fragestellungen in den „spezialisierten“ Bereich transferiert werden, erodieren wir die Basis unserer Profession.

8. Verfolgt man jedoch prioritär das Ziel, auf Bevölkerungsebene eine relevante Verbesserung von Morbidität und Mortalität zu erreichen und darüber Kosteneffekte zu berücksichtigen, sind Outcome-Qualitätsindikatoren wichtiger.

Gerade bei der Verfolgung von Public-Health-Zielsetzungen können Prozessindikatoren hilfreicher sein als Ergebnisindikatoren. Im günstigsten Fall treffen bevölkerungsmedizinischer Nutzen und wissenschaftliche Evidenz in einem Indikator zusammen – wie in diesem Beispiel:

– **Bevölkerungsmedizinisches**

Ziel: weniger Röntgen bei Rückenschmerzen

– **Wissenschaftliche Evidenz:** keine Verbesserung klinischer Endpunkte durch frühe Bildgebung bei unkomplizierten Rückenschmerzen [10, 11]

– **Prozessindikator:** Anteil der Patienten mit unkomplizierten Rückenschmerzen ohne Bildgebung in den ersten vier Wochen (vgl. Kühlein et al. [12]).

9. In ihrem Einsatz im Zusammenhang mit Honorierungssystemen jedoch können sie aber zu Fehlsteuerungen führen, wenn an die Erreichung eines Indikators Belohnung oder Sanktion geknüpft ist.

Eine der wichtigsten Diskussionspunkte für die Allgemeinmedizin ist die Frage, wie sich das Fach zu Vergütungsmodellen stellt, die Qualitätsaspekte gegenüber den derzeit noch vorherrschenden Mengenaspekten in den Vordergrund stellen (Pay for performance, kurz

P4P). International ist diese Diskussion auch in den Ländern, die damit schon langjährige Erfahrungen haben, noch nicht abgeschlossen. Damit konnten in England durch ein umfangreiches Programm, das sog. „quality-and-outcome-framework“ erhebliche Qualitätsverbesserungen z. B. bei der Versorgung chronisch Kranker, und erhebliche Einkommenssteigerungen der Praxen erzielt werden. Dies führte u. a. auch zur Verringerung sozialer Ungleichheit in der Versorgung. Allerdings werden auch mögliche negative Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung diskutiert [13, 14]. Derartige Modelle können nicht 1:1 auf Deutschland übertragen werden. Vor dem Hintergrund einer weitgehend ungesteuerten Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsebenen durch Patienten und der ungelösten Frage einer angemessenen Risikoadjustierung verwundert der geplante Vorstoß der KBV, P4P-Modelle ohne ausreichende Erprobung und als Teil der Regelleistungsvolumina einführen zu wollen. Qualitätsindikatoren und P4P sind

nach unserer Ansicht kein Wundermittel, mit dem eine umstrittene Reform des EBM geheilt werden kann. Sie sollten allerdings auch nicht pauschal abgelehnt werden, da sie ein erhebliches Innovationspotenzial für neue Vertragsmodelle bieten, wenn man sie gut plant, schrittweise umsetzt und wissenschaftlich adäquat begleitet – insbesondere durch Studien aus der Allgemeinmedizin.

Wir hoffen, durch diesen Artikel (zusammen mit dem Thesenpapier von Heinz-Harald Abholz und Günther Egidi) innerhalb der Hausärzteschaft eine Diskussion anzustoßen, die letztendlich zu einer Stärkung unseres Faches, der hausärztlichen Versorgungsforschung und der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Versorgung unserer Patientinnen und Patienten führen wird. Eine weitere Thematisierung von Qualitätsindikatoren in der Allgemeinmedizin wird auf dem kommenden DEGAM- und Versorgungsforschungskongress in Heidelberg stattfinden.

Weitere Informationen zu Qualitätsindikatoren:

<http://www.aeqz.de>

<http://www.kbv.de/aquik.html>

<http://www.qisa.de>

http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_099079

Interessenkonflikte: Joachim Szecsenyi und Wilhelm Niebling haben im wissenschaftlichen Beirat des AQUIK Projektes der KBV mitgearbeitet. Joachim Szecsenyi ist Miteigner des AQUA-Institutes, welches das QISA Konzept erstellt hat. Martin Scherer arbeitet in der Expertengruppe Qualitätsindikatoren des ÄZQ mit.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Martin Scherer

Institut für Sozialmedizin

Beckergrube 43–47

23552 Lübeck

E-mail: martin.scherer@uk-sh.de

Literatur

1. Abholz HH, Egidi G. Qualitätsindikatoren in der Hausärztlichen Versorgung – ein Provokationspapier. *Z Allg Med* 2009; 85: 260–263
2. Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev* 1980; 37: 653–698
3. Marshall MN. Quality Indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. London u. a., Royal Society of Medicine Press Ltd., 2002
4. Perera R, Dowell T, Crampton P, et al. Panning for gold: an evidence-based tool for assessment of performance indicators in primary health care. *Health Policy* 2007; 80: 314–327
5. McColl A, Roderick P, Gabbay J, et al. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 1998; 317: 1354–1360
6. Arling G, Kane RL, Lewis T, et al. Future development of nursing home quality indicators. *Gerontologist* 2005; 45: 147–156
7. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816–819
8. Wensing M, Broge B, Riens B, et al. Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009 (online first). Download 10.6.2009 www.interscience.wiley.com, DOI: 10.1002/pds.1778
9. Schneider A, Broge B, Szecsenyi J. Müssen wir messen, um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement. *Z Allg Med* 2003; 79: 547–552
10. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009; 373: 436–437
11. Kochen MM, Blozik E, Scherer M, Chenot JF. Imaging for low-back pain. *Lancet* 2009; 373: 436–437
12. Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. CONTENT, ein praxistaugliches Werkzeug zur Qualitätsmessung in der Hausarztpraxis – ein Zyklus der Qualitätsverbesserung am Beispiel „akute unkomplizierte Kreuzschmerzen“. *Z Allg Med* 2009; 85: 159–164
13. Campbell SM, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Ann Fam Med* 2008; 6: 228–234
14. McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Ann Fam Med* 2009; 7: 121–127
15. Mushlin AI. Measuring cost and quality of care under prospective reimbursement. *Hosp Med Staff* 1984; 13: 17–21