

# Das Methodenpapier des AQUA-Institutes zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren – eine Kritik

*The AQUA Methodologic Paper about Quality Indicators – a Critique*

Günther Egidi<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Das AQUA-Institut wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Erstellung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren beauftragt. Aktuell wurde ein entsprechendes Methodenpapier vorgelegt und am Beispiel eines Indikatoren-Sets zur Harninkontinenz konkretisiert. Der folgende Artikel setzt sich kritisch mit dem bislang vorliegenden Entwurf für ein Methodenpapier auseinander.

*Schlüsselwörter:* Qualitätsindikatoren, AQUA-Institut, Versorgungssektoren

**Abstract:** The AQUA Institute was assigned by the German conjoint federal board (Gemeinsamer Bundesausschuss) to develop quality indicators for the different sectors of clinical care. For the example of urinary incontinence a detailed methodologic paper was published. The following article aims to critically discuss the present concept of the paper.

*Keywords:* quality indicators, AQUA Institute, settings of clinical care

## Hintergrund

Das Göttinger AQUA-Institut hat nach einer Ausschreibung im letzten Jahr vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137a SGB V den Auftrag bekommen, ein System für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu entwickeln und später auch umzusetzen [1]. In hausärztlichen Kreisen wurde diese Entscheidung insofern begrüßt, als damit der entsprechende Auftrag von der dem Krankenhaussektor nahe stehenden Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) auf ein der Allgemeinmedizin sehr nahe stehendes Institut überging.

Nun hat das AQUA-Institut ein Papier zu „Allgemeine(n) Methoden für die wissenschaftliche Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung“ u. a. bei der AWMF (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften) –

entsprechend der gesetzlichen Vorgaben dazu – zur Diskussion gestellt, auf dessen Fassung von Version 0.1 vom 30.11.2009 [2] sich die folgenden Ausführungen beziehen.

Auf 127 Seiten werden Gedanken zur Methodik der Erstellung eines Sets von sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren dargestellt, die dann exemplarisch am Beispiel der Versorgung von Patienten mit Harninkontinenz illustriert werden.

Für die Formulierung der AQUA-Indikatoren wurde das auch bei der Erstellung der KBV-AQUIK-Indikatoren verwendete Instrument RAND/UCLA [3] für die Erstellung eines Indikatoren-Satzes herangezogen. Es wird die Berücksichtigung der Besonderheiten im vertragsärztlichen Bereich, vor allem hinsichtlich der „Datensparsamkeit“, d. h. des gering zu haltenden Aufwandes – hinsichtlich der Datenverfügbarkeit – betont. Weiterhin heißt es, dass „die Erfahrungen anderer Projekte zeigen, dass

schlechte Indikatoren das Vertrauen in das gesamte System untergraben“. Die verschiedenen Anwendungsfelder und Nutzergruppen müssten bei der Entwicklung von Indikatoren berücksichtigt werden.

Im AQUA-Papier wird als Novum gegenüber der bislang weitgehend ausgeübten Praxis die Einbeziehung der Patientenperspektive in Bezug auf die überwiegend medizinisch-technischen Indikatoren betont.

Das Papier ist gegliedert in die

- Definition von Qualitätsanforderungen im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmodells,
- Berücksichtigung von Chancen und Risiken von Qualitätsindikatoren,
- Darstellung und Bewertung möglicher Instrumente zur Bewertung der Versorgungsqualität,
- öffentliche Berichterstattung.

Unter Zitierung einer Arbeit von Marshall [4] werden Stärken und Schwächen

<sup>1</sup> Arzt für Allgemeinmedizin, Bremen-Huchting

von Qualitätsindikatoren dargestellt. In Anlehnung an einen Artikel von Rubin [5] werden weiterhin Vor- und Nachteile von Prozess- und Ergebnisindikatoren für diesen Zusammenhang aufgelistet.

Die folgenden Überlegungen beziehen sich wesentlich darauf, dass Qualitätsindikatoren nicht nur dafür benutzt werden sollten, um die Qualität eines Versorgungssystems in seiner Gesamtheit abzubilden – hierfür ist gerade in Deutschland mit seiner stark sektoriserten Versorgungsstruktur ein Set sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren von großer Bedeutung. Die Argumente beziehen sich viel mehr vor allem darauf, dass diese Qualitätsindikatoren zugleich in Verbindung mit Honorierungssystemen für die Leistungserbringer eingeführt werden sollen, wie im AQUA-Methodenpapier angedacht.

## I. Kommentierung konzeptioneller Aspekte

**a) Sektorenübergreifende QI:** Sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren zu entwickeln, gleicht der Quadratur des Kreises: Ist es beispielsweise bei einer spezialisierten Klinikambulanz für seltene Ursachen von Kreuzschmerzen in den meisten Fällen unumgänglich, bildgebende Untersuchungen durchzuführen, gilt es in der Hausarztpraxis hingegen, diese nach Möglichkeit zu vermeiden, um einer Chronifizierung durch mentale Fixierung auf mögliche pathologische, meist aber irrelevante Befunde und eine Ausrichtung auf technische Untersuchungen generell vorzubeugen. Dies geschieht zudem, um Strahlenschäden vorzubeugen und um die Ressourcen der GKV zu schonen.

Wie sollte hier ein sektorenübergreifender Qualitätsindikator aussehen? Die Darstellung von Qualität könnte hier allenfalls dadurch erfolgen, dass man zwar denselben Indikator benutzt, aber im einen Fall eine möglichst hohe und im anderen Fall eine möglichst niedrige Zielerreichung anstrebt.

Im Prozess der Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist es darum absolut notwendig, dass bei der Beurteilung von Relevanz und von Machbarkeit einer sinnvollen Anwendung von Qualitätsindikatoren die Leistungserbringer einer Versorgungsebene im RAND/

UCLA-Verfahren nicht von denen der anderen Versorgungsebenen überstimmt werden können.

Zu dieser Forderung nimmt das Methodenpapier keine Stellung – aus den Fehlern bei der Erzeugung von AQUIK-Qualitätsindikatoren der KBV wurde offensichtlich nicht gelernt.

**b) QI ohne Zielerreichungsquoten:** Ebenso wird der AQUIK-Fehler reproduziert, die Beurteilung der Indikatoren nicht von vornherein mit einer Zielerreichungsquote, möglicherweise unterschiedlich nach den Versorgungsbereichen definiert, durchzuführen.

**c) Art der QI:** In der Abwägung von Vor- und Nachteilen von Prozess- wie von Ergebnisindikatoren wird ein ganz entscheidendes Argument gegen die Verwendung von Ergebnisindikatoren nicht mit aufgeführt: Das Abschneiden bei Outcome-Indikatoren hängt ganz wesentlich von Patientencharakteristika wie Baseline-Morbidität [6], soziodemografischen Faktoren [7], aber auch dem Willen des Patienten zur „Befolgung“ einer Therapie, ab [8] – und natürlich davon, wie weit der Arzt bereit ist, die Entscheidungen des Patienten zu akzeptieren und mit zu tragen.

**d) QI als sozialer Selektionsfaktor:** Es bedarf einer sorgsam Abwägung, ob nicht die Verknüpfung solcher Indikatoren mit Bezahlssystemen (pay for performance = P4P) zu einer Selektion von Risiken dergestalt führt, dass schwerere Kranken, eher sozial schwachen und weniger complianten Patienten eine Behandlung vorenthalten würde, um nicht ein gutes Abschneiden im Grad der Zielerreichung bei den mit der Bezahlung verknüpften Indikatoren zu gefährden.

**e) Patientenpartizipation:** In Zeiten, in denen zunehmend Wert auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient gelegt wird, stellt es einen nahezu unauflösbaren Widerspruch dar, einerseits die Kompetenz der Patienten, sich gegebenenfalls auch gegen eine medizinische, eigentlich sinnvolle Maßnahme entscheiden zu dürfen, als ethisch hohen Wert anzusehen, auf der anderen Seite aber die Honorierung ärztlicher Tätigkeit von der Umsetzung medizinisch sinnvoll angesehener Maßnahmen abhängig zu machen. Die ohnehin vorhandene Neigung zum Paternalismus würde im Zweifelsfall durch ökonomische Anreizsysteme verstärkt werden.

Das hausärztlich so wichtige Spannungsfeld zwischen einer Orientierung auf Gruppenbehandlungen – denn auf Studiengruppen fußen Leitlinien – und der Notwendigkeit auch individualisierter Abweichung davon, würde zu Gunsten ersterer aufgegeben – was nicht weniger als das Ende des Hausarztes bedeuten würde, an dessen Vertrauenswürdigkeit die meisten Menschen glauben, die ihn aufsuchen.

Dieses Problem wird in der internationalen Literatur zu Qualitätsindikatoren intensiv diskutiert, im Methodenpapier überhaupt nicht.

**f) QI und Honorierung:** Generell werden zwar Vor- und Nachteile von Qualitätsindikatoren gegeneinander abgewogen, aber die Auswirkungen eines damit verbundenen Honorierungssystems (wie P4P) ausgespart. Denn es ist zu befürchten, dass sich das Blickfeld auf die QI und deren Honorierung, zu Lasten der Erfüllung nicht honorierter Indikatoren [9], verengt. Auch die Auswirkungen auf die für die Hausarztmedizin konstitutive Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung [10] wird nicht diskutiert.

**g) Pro forma oder wirkliche Qualitätsverbesserung?** Die Frage nach der Veränderungssensitivität der Indikatoren bleibt völlig unbeantwortet. Eine Honorierung nach Wohlverhalten bei bestimmten diagnostischen und therapeutischen Prozessen führt leicht dazu, die Durchführung empfohlener Prozesse pro forma zu behaupten, ohne dass sie stattgefunden hätten – oder, noch schlimmer, sie blind zu exekutieren.

Die Vermutung liegt nahe, dass gerade die „bad appels“ [11], die es von der großen Zahl sich vernünftig verhaltender Ärzte zu trennen gilt, besonders wenig Mühe haben werden, Qualität nur pro forma abzubilden.

**h) Fehlende Zeit für den Patienten?** Die Verpflichtung zur für die Darstellung der Qualität erforderlichen Dokumentation birgt die Gefahr in sich, Zeitressourcen für eine gute Betreuung der Patienten selbst [12, 13] abzuziehen.

Die zu vermutende Verbesserungsfähigkeit der Versorgungsqualität in deutschen Hausarztpraxen führt fast regelhaft zu Kontroll- und Sanktionsreflexen. Die Einführung der Fortbildungspflicht mit dem rein quantitativen System der CME-Punkte [14] bewegt sich

auch auf dieser Ebene. Wahrscheinlich sind diese quantitativen Systeme nicht in der Lage, Qualität zu verbessern.

Weltweit konnte bislang der Nutzen von Qualitätsindikatoren nur in Bezug auf „technische“ Surrogatwerte wie HbA1c- und Blutdruck-Werte, nicht aber auf patientenrelevante Outcomes belegt werden [15, 16]. Möglicherweise könnte eine systematische staatliche Förderung von Praxisvisitationen und eine Rezertifizierung im Rahmen solcher kollegialen Begegnungen [17] eine wirkungsvollere Alternative für eine Verbesserung der Versorgungsqualität darstellen.

#### **i) Wie kommt es zum Indikator?**

Experten sollen den Indikator unabhängig voneinander vor Implementierung bewerten, damit nicht Absprachen untereinander zu einer Beeinflussung des Resultates führen. Indikatoren, die im Rating-Verfahren bereits konsentiert wurden, werden nicht weiter diskutiert, sondern gleich in den Indikatoren-Satz aufgenommen. Dieses Verfahren erscheint zwar zeitökonomisch; es ist aber zu hinterfragen, ob völlig undiskutierte Indikatoren immer gut sein müssen – könnten sie doch einem allgemeinen, nicht mehr als solches wahrgenommenen Vorurteil zu einem Thema folgen. Hier tritt eine Abstimmungs-maschinerie an die Stelle ärztlich-wissenschaftlicher Bewertung.

## **II. Fragen zu den – beispielhaft gewählten – Indikatoren zur Harninkontinenz**

Das vorgestellte Modell wird am Beispiel der Versorgung von Patienten mit Harninkontinenz (siehe Tabelle 1) illustriert. Hier soll auf einige ausgesuchte QI und deren Probleme aufmerksam gemacht werden.

#### **a) Verbesserung der Versorgung:**

Am konkreten Beispiel der Harninkontinenz wird von „möglicher“ Unter-, Über- und Fehlversorgung gesprochen. Deren Existenz ist aber in der dem Methodenpapier zugrunde gelegten Literatur nicht konsistent belegt worden, so dass bereits die Grundlage einer möglichen Zieldefinition der Indikatoren zu hinterfragen ist.

Das Problem der sektorenübergreifenden QI wird am im Text gewählten Beispiel deutlich – wenn dort auch nicht so dargestellt: Es wird eine norwegische

Arbeit zitiert, nach der fast jede vierte, von Harninkontinenz betroffene Frau, unter dieser nicht leidet. Würden wir alle betroffenen Frauen auf dieses häufig nur mäßig gut behandelbare Problem noch stärker aufmerksam machen, würden wir möglicherweise a) Leid bringen (Fehlversorgung) und/oder b) Überversorgung betreiben.

**b) Evidenzbasierung der QI:** Bezüglich der Evidenzbasierung der benannten Qualitätsindikatoren zur Behandlung der Harninkontinenz gibt es ein entscheidendes Problem: Es gibt momentan in Deutschland keine gültige Leitlinie. Die der DEGAM ist abgelaufen, die der Gynäkologen und Urologen ist bislang nur angemeldet, jedoch nicht veröffentlicht; zwei weitere Leitlinien besitzen nur den S2-Level. Die Empfehlungen der verschiedenen Leitlinien divergieren erheblich. Eines aber eint alle Leitlinien: Die Erfolgsquoten von Behandlungsvorgaben werden selbst bei den hoch selektionierten Studiengruppen als eher gering dargestellt.

#### **c) QI und Systemzusammenhang:**

Wie im AQUA-Projekt der KBV beschränkt man sich beim AQUA-Indikatoren-Set auf eine internationale Recherche zu schon vorhandenen Indikatoren. Der „Import“ von QI aus vorrangig angelsächsischen Ländern schränkt möglicherweise den Blickwinkel ein und behindert eher ein Eingehen auf die speziellen Bedingungen der deutschen Versorgungslandschaft mit ihrer starken Sektorisierung sowie die daraus erwachsenden speziellen Probleme.

So wird z. B. der Import eines Indikators, der mit einer Erhöhung der Arzt-Patientinnen-Kontakte einhergeht, schwerlich in einem Land wie Deutschland im Sinne der Verbesserung der Versorgung wirksam werden können. Denn die Kontaktfrequenz hierzulande liegt ohnehin weltweit an der Spitze [18, 19, 20].

#### **d) Praktische Probleme der Nutzung der QI:**

Indikator B3 (durchgeführte Beratung hinsichtlich von Lebensstilveränderungen) z. B. ist ein Prozessindikator. Er stellt ein Angebot dar, das die betroffenen Patienten annehmen oder ablehnen können. Insofern ist diesem Indikator zuzustimmen. Allerdings bleibt unklar, wer die Beratung durchführen sollte und wie sie auszusehen hat. Die Empfehlungen werden sich möglicherweise in Abhängigkeit von der Versorgungsebene unterscheiden.

Dass sich der Indikator auf Patienten mit neu diagnostizierter Harninkontinenz bezieht, macht ihn sehr stör anfällig – eine neu kodierte Harninkontinenz kann bereits seit Längerem bestanden haben (alles Notwendige wäre schon erfolgt), nun aber erstmals kodiert werden. Das Auffinden von nur Patienten mit wirklich neu diagnostizierter Harninkontinenz wird in den Praxisverwaltungsprogrammen sehr schwierig sein.

Zudem stellt sich die Frage, wie hier eine erwünschte Veränderung des Verhaltens der Ärzte hin zu einem vermehrten Beratungsangebot tatsächlich erfasst bzw. durch die Existenz des Indikators induziert werden kann. Unbemerkt bliebe auch, dass nur der Form Genüge getan und der Indikator angekreuzt wurde. Qualität – und dies wissen die Autoren auch – ist weitaus komplexer, als es sich in der Angabe eines Gesprächsangebotes spiegelt. Zu fragen wäre beispielsweise, mit welcher kommunikativen und inhaltlichen Qualifikation ein solches Gesprächsangebot realisiert werden würde.

#### **e) Sektorenübergreifende QI und Grenzen des Versorgungssystems:**

Beim Indikator B1 (empfohlene Erstuntersuchung durchgeführt) bleibt unklar, worin diese bestehen soll. Zudem wird eine solche Erstuntersuchung beim Hausarzt und beim Urologen unterschiedlich aussehen. Und was soll jede der beiden Arztgruppen angeben, wenn die Untersuchung gerade bei der jeweils anderen durchgeführt wurde? Das Ganze wird erst sinnvoll, wenn es organisatorisch-ökonomische Verbände der Versorgung gibt, in denen jeder, der dort arbeitet, für all das, was im Verbund geschieht, auch mit verantwortlich ist. Dies aber ist weit entfernt von der Realität unserer Versorgungsstrukturen und deren Trägerschaften.

#### **f) QI und Überweisungen:**

Indikator B2 behandelt den Anteil von Patienten mit neu diagnostizierter Harninkontinenz, die innerhalb von 30 Tagen einem Fachspezialisten vorgestellt wurden. Die – in ihrer Gültigkeit abgelaufene – DEGAM-Leitlinie empfiehlt eine solche Vorstellung nicht generell. Es bleibt zu fragen, worin im Erreichen dieses Indikators Qualität bestehen soll. Warum sollte der Hausarzt hier gegebenenfalls eine Über- oder Fehlversorgung „erzwingen“ – beispielsweise durch die Androhung möglicher mali-

Indikator Nr.	Beschreibung
<b>A: Entdeckung und Prävention</b>	
A1 Praxisinzidenz	Anzahl Patienten mit neu aufgetretener Inkontinenz, bezogen auf Inanspruchnahmepopulation d.J.
A2 Praxisprävalenz	Anzahl behandelter Patienten mit Inkontinenz, bezogen auf Inanspruchnahmepopulation d.J.
A3 Inzidenz infolge Schwangerschaft	Anzahl Patientinnen mit Geburt und neu aufgetretener Inkontinenz, bezogen auf alle Patientinnen mit Geburt
A4 Rate Empfehlung Beckenbodentraining	Anzahl Schwangerer mit Empfehlung Beckenbodentraining, bezogen auf alle Schwangeren
A5 Rate Durchführung Beckenbodentraining	Anzahl Schwangerer mit berichteter Durchführung eines Beckenbodentrainings, bezogen auf alle Schwangeren
<b>B: Behandlung (ambulant/stationär)</b>	
B1 empfohlene Erstuntersuchung	Anzahl Patienten mit komplett abgeschlossener Erstuntersuchung, bezogen auf alle Patienten mit neu aufgetretener Harninkontinenz
B2 Überweisung (Diagnosesicherung)	Anzahl Patienten mit neu diagnostizierter Harninkontinenz und Überweisung zum Fachspezialisten innerhalb von 30 Tagen, bezogen auf alle Patienten mit neu diagnostizierter Harninkontinenz
B3 Beratung Lebensstil	Anzahl Patienten mit neu diagnostizierter Harninkontinenz und abgeschlossener empfohlener Beratung zu Lebensstil und Verhaltensänderung
B4 Beratung Behandlungsoptionen	Anzahl Patienten mit neu diagnostizierter Harninkontinenz und abgeschlossener empfohlener Beratung zu Behandlungsoptionen
B5 Präoperative Zystometrie	Anzahl Patientinnen mit präoperativer Zystometrie innerhalb von einem Jahr vor Harninkontinenz-OP, bezogen auf alle Patientinnen mit Harninkontinenz-OP im beobachteten Zeitraum
<b>C: Follow-up nach OP</b>	
C1 Re-Intervention	Anzahl erstmalig wegen Harninkontinenz operierter Patienten, bei denen innerhalb von 1 Jahr nach Intervention eine chirurgische Re-Intervention erfolgt, bezogen auf alle wegen Harninkontinenz chirurgisch behandelten Patienten
C2 Notfalleinweisung nach OP	Anzahl wegen Harninkontinenz stationär behandelte Patienten, bei denen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung eine Notfalleinweisung wegen eines urologischen oder post-operativen Problems erforderlich wird, bezogen auf alle Patienten mit Harninkontinenz-OP
<b>D: Langzeitversorgung</b>	
D1 Notwendigkeit Dauerkatheter	Anteil der Patienten mit Dauerkatheter wegen Harninkontinenz, bei denen innerhalb eines festgelegten Zeitraumes die Notwendigkeit der Weiterverordnung kritisch überprüft wurde
<b>E: Patientensicherheit</b>	
E1 Medikationsrisiko	Anteil der Patienten mit medikamentöser Behandlung der Harninkontinenz, bei denen eine Überprüfung der Medikation auf mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten erfolgt ist
<b>F: Patientenbewertung</b>	
F1 Krankheitsbezogene Beeinträchtigung	Anteil der Patienten mit Harninkontinenz und geringer Beeinträchtigung
F2 Allgemeine Lebensqualität	Anteil der Patienten mit Harninkontinenz und hoher Lebensqualität

**Tabelle 1** Im Methodenpapier beispielhaft vorgeschlagene Qualitätsindikatoren zum Thema Harninkontinenz.

gner Ursachen einer Harninkontinenz, mithilfe derer vielleicht gute Raten bei der Erfüllung des Parameters zu erreichen wären?

Nur hätte ein solches Vorgehen nichts mehr mit der allgemein konsentierten Beachtung der Patientenautonomie zu tun. Vielmehr macht dies den Eindruck,

hier seien Gesundheitsingenieure am Werk, die – anders als die richtigen Ingenieure – das von ihnen bearbeitete inhaltliche Problem kaum kennen.

Hinzu kommt schließlich, dass die Patienten in Deutschland bisher faktisch beliebig viele Spezialisten aufsuchen können – was ja auch nicht unbedingt zu einer besonders guten Qualität geführt hat.

**g) Was heißt sektorenübergreifend?** Es bleibt unklar, welche Repräsentanten welcher Versorgungsebene für die Erfüllung der Indikatoren verantwortlich zu machen sind. Oder sind es nur dieselben Indikatoren, deren Erfüllung jedoch weiterhin getrennt beurteilt werden sollen? Das würde vermutlich dazu führen, dass Untersuchungen doppelt durchgeführt werden, weil jeder „seine“ QI-Vorgaben erfüllen will.

Oder aber es wird nur verwiesen mit dem Hinweis „an anderer Stelle erbracht“. Dadurch fände überhaupt keine Qualitätsverbesserung statt – mit Ausnahme möglicherweise der Tatsache, dass der Hausarzt etwas besser darüber Bescheid wüsste, was der Urologe getan hat – ein Vorteil, der mit großer Wahrscheinlichkeit durch den Nachteil eines Zuwachses an bürokratischer Dokumentation konterkariert würde.

#### **h) Gefahr von Selektionseffekten:**

Die Indikatoren F1 und F2 (krankheitsbezogene und allgemeine Lebensqualität) sind als patientenorientierte Ergebnisindikatoren sehr gut in der Lage, die Behandlungsqualität sektorenübergreifend abzubilden. Um aber Verzerrungen durch Selektionseffekte aufgrund patientenseitiger Faktoren zu vermeiden (siehe [7]), sollten sie auf keinen Fall mit Vergütungsaspekten verknüpft werden.

#### **Zusammenfassung**

Sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren, insbesondere Outcome-Indikatoren, sind sinnvoll, wenn die Qualität des Versorgungssystems als Ganzes abgebildet werden soll. Zur Beurteilung der einzelnen Leistungserbringer, gar eines einzelnen Leistungserbringers in einem sektorierten Gesundheitssystem wie Deutschland, sind sie extrem schwierig zu nutzen, wenn dies nicht sogar komplett unmöglich ist. Entsprechend ist zu hinterfragen, ob es vernünftig ist, Indikatoren-Sets aus Ländern mit primärmedizinischem System nach Deutschland

zu importieren, ohne ein solches System zu adaptieren.

Wenn Qualitätsindikatoren überhaupt eingeführt werden sollen, müssen sie bereits im Stadium ihrer Entwicklung mit Zielerreichungskorridoren versehen werden.

In Verbindung mit Bezahlssystemen bergen Outcome-Indikatoren ein besonderes Risiko in sich, zu einer Patientenselektierung mit Ziel des Erreichens eines besseren Abschneidens bei diesen Indikatoren zu führen und auf diesem Weg Ansätze einer partizipativen Entscheidungsfindung ad absurdum zu führen.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### **Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Günther Egidi  
Huchtinger Heerstr. 41  
28259 Bremen  
Tel.: 04 21 / 5 79 76 75  
E-Mail: familie-egidi@nord-com.net

#### **Literatur**

1. <http://www.g-ba.de/informationen/aktuell/pressemitteilungen/297/>
2. [http://www.aqua-institut.de/aqua/upload/CONTENT/Projekte/137a/Methodenpapier/AQUA-Institut-Allgemeine-Methoden\\_version\\_0-1\\_Entwurfsfassung.pdf](http://www.aqua-institut.de/aqua/upload/CONTENT/Projekte/137a/Methodenpapier/AQUA-Institut-Allgemeine-Methoden_version_0-1_Entwurfsfassung.pdf)
3. [http://www.rand.org/pubs/monograph\\_reports/MR1269/](http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269/)
4. Marshall MN, Campbell S, Hacker J, Roland M (eds.) Quality indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. London: Royal Society of Medicine Press Ltd., 2002
5. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *Int J Qual Health Care* 2001; 13: 469–474
6. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. 15 Multimorbidity's many challenges. *BMJ* 2007; 334: 1016–7
7. Heath I, Hippisley-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point? *BMJ* 2007; 335: 1075–76
8. Heath I, Rubinstein A, Stange K et al. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ* 2009; 338: 911–913
9. Campbell SM, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Ann Fam Med* 200; 6: 228–34
10. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E et al. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med* 2009; 361: 368–78
11. Marshall M. Practice, politics, and possibilities. *Br J Gen Pract* 2009; 59: 605–612
12. Rawlinson N. Harms of target driven care. *BMJ* 2008; 337: 195
13. 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
14. <http://degam.de/fortbildung/dokumente/DEGAM-Fortbildungspapier2009-Langversion-Hintergrund-Papier.pdf>
15. Gimpel N, Schoj V, Rubinstein A. Quality management 13 of hypertension in primary care: do physicians treat blood pressure level or patients' risk? *Qual Primary Care* 2006; 14: 211–7
16. Schouten L, Hulscher M, v Everdingen J et al. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ* 2008; 336: 1491–94
17. <http://www.milbank.org/reports/0806/MedServicesCanada/0806MedServicesCanada.html>
18. Koch K, Gehrman U, Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. *Dtsch Arztebl* 2007; 104 (38): A2584–91
19. GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008, [www.gek.de](http://www.gek.de) und <http://dnb.dbb.de>
20. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Koordination und Integration Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>