

Schwerpunkt

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren – Hintergrund, Methoden und Probleme

Thomas Kötter*, Friederike Schaefer, Eva Blozik, Martin Scherer

Institut für Sozialmedizin, Professur Versorgungsforschung und ihre Methoden, Universität zu Lübeck

Zusammenfassung

Um Qualität messen, vergleichen und verbessern zu können, werden in vielen Bereichen des Gesundheitswesens Qualitätsindikatoren (QI) verwendet. QI sind spezifische und messbare Elemente der Versorgung, die zur Bewertung dieser verwendet werden können. Die Messung von Qualität mittels QI dient der Qualitätsförderung. QI werden unter anderem im Qualitätsmanagement, zum Vergleich zwischen Leistungserbringern und für

die leistungsorientierte Vergütung verwendet. QI können basierend auf Expertenmeinungen, auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz oder aus Leitlinien entwickelt werden. Bislang besteht ein Goldstandard für die Entwicklung von QI jedoch noch nicht. Die effiziente Entwicklung qualitativ hochwertiger QI setzt eine rigorose, anerkannte und evidenzbasierte Entwicklungsmethode voraus.

Schlüsselwörter: Qualität im Gesundheitswesen, Qualitätsmessung, Qualitätsverbesserung, Qualitätsindikatoren, Entwicklung, Goldstandard

Developing quality indicators: background, methods and problems

Summary

Quality indicators (QIs) are used in many areas of health care in order to measure, compare, and improve quality. QIs are specific, measurable aspects of care that can be used to assess its quality. Assessing the quality of care contributes to quality improvement. Amongst other applications, QIs are used in quality management for comparisons between pro-

viders and in pay-for-performance systems. QIs can be developed on the basis of expert opinion, scientific evidence or clinical practice guidelines. For the efficient development of high quality QIs, rigorous, approved, and evidence-based development methods are needed. At present, there is no gold standard for the development of QIs.

Key words: quality of health care, quality measurement, quality improvement, quality indicators, development, gold standard

Hintergrund

Das Institute of Medicine (IOM) definiert Qualität als den „Grad,

zu welchem die Gesundheitsversorgung von Individuen und der Gesellschaft die Wahrscheinlichkeit bestimmter [Behandlungs-]Ergebnisse steigert

und sich in Übereinstimmung mit professionellem Wissen befindet.“ [1] Avedis Donabedian [2] hat Qualität im Gesundheitswesen in drei verschiedene

*Korrespondenzadresse. Dr. med. Thomas Kötter, Institut für Sozialmedizin, Professur Versorgungsforschung und ihre Methoden, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck.
E-Mail: thomas.koetter@uk-sh.de (Th. Kötter).

Dimensionen unterteilt. Er fasst unter der *Strukturqualität* Rahmenbedingungen im weitesten Sinne, also beispielsweise die Ausstattung von Räumlichkeiten, Öffnungszeiten und die Qualifikation von Personal, zusammen. Hinter dem Begriff *Prozessqualität* verbergen sich alle Handlungen und Interaktionen, die sich zwischen Ärzten und anderem medizinischen Personal einerseits und Patienten andererseits abspielen. Hierzu gehören unter anderem Gesprächsführung und Anamnese, die Indikationsstellung für Interventionen (immer wieder als eigenständige Dimension *Indikationsqualität* bezeichnet) sowie technische Aspekte wie Laboruntersuchungen und Arzneimittelverordnungen. Als *Ergebnisqualität* bezeichnet Donabedian Veränderungen des gegenwärtigen oder zukünftigen Gesundheitszustandes von Patienten, die durch medizinische Versorgung verursacht sind. Beispiele hierfür sind 5-Jahres-Überlebensraten bei Krebspatienten oder das durchschnittlich erreichte Lebensalter einer definierten Population. Die Ergebnisqualität gilt als ultimative Prüfgröße für die Versorgungsqualität, ist jedoch nur teilweise durch die Versorgung beeinflussbar. Auch in leistungsfähigen Gesundheitssystemen gibt es nach wie vor erhebliche Diskrepanzen zwischen der Qualität, die nach der Definition des IOM möglich wäre, und der tatsächlichen Qualität der Versorgung. Zahlreiche Studien belegen diesen Befund (beispielhaft: [3]). Seit Anfang der 1990er Jahre wurde daher die Qualitätsforschung im Gesundheitswesen stark ausgebaut. Um Qualität möglichst flächendeckend, einheitlich und effizient messen zu können, entwickelte man Qualitätsindikatoren (QI). Diese QI sind spezifische und messbare Elemente der Versorgung, die sich auf Struktur-, Prozess-, Indikations- oder Ergebnisqualität beziehen und zur Bewertung dieser verwendet werden können [4]. Während die Messung von Struktur- und Prozessqualität zwar vergleichsweise einfach ist und die Ergebnisse sich schnell in konkrete Verbesserungen umsetzen lassen, ist sie nur dann sinnvoll, wenn eine positive Korrelation zur Ergebnisqualität bewiesen oder zumindest höchstwahrschein-

lich ist [5]. Die Messung der Ergebnisqualität ist meist deutlich aufwändiger und liefert weniger greifbare Ansatzpunkte für die Qualitätsverbesserung. So liefert beispielsweise die Häufigkeit von Amputationen bei Patienten mit diabetischer Neuropathie keinen direkten Ansatzpunkt zur Qualitätsverbesserung. Wenn jedoch ein Zusammenhang zwischen einer regelmäßigen Fußuntersuchung und weniger Amputationen nachgewiesen ist, kann die Prozessqualität (Anteil der regelmäßig untersuchten Patienten) als gut beeinflussbare Größe anstatt der Ergebnisqualität verwendet werden.

QI können Qualität niemals in allen Facetten abbilden. Sie sind und bleiben auch im Falle hoher Validität und Reliabilität lediglich Hilfsmittel zur Komplexitätsreduktion und geben Hinweise auf das Niveau der Versorgungsqualität durch Individuen oder Organisationen. Qualitätsmessung mittels QI ist unter Leistungserbringern teilweise heftig umstritten [6,7]. Dies liegt unter anderem in der bisher nicht belegten Wirksamkeit von QI für die Qualitätsverbesserung und den methodischen Problemen in der Entwicklung qualitativ hochwertiger QI begründet. Ein unterschiedliches Verständnis von Qualität, die Angst vor dem Verlust professioneller Autonomie und das Risiko unerwünschter Wirkungen der Qualitätsmessung (z.B. durch falsche Anreize) sind weitere Gründe für eine verbreitete Skepsis gegenüber QI.

Dieser Artikel soll eine Einführung in das Thema Entwicklung von QI bieten und bisher unbeantwortete methodische Fragestellungen aufzeigen.

Verwendung von QI

Die Messung von Versorgungsqualität mittels QI dient der Qualitätsförderung. Der Weg von der Messung zur Qualitätsförderung kann dabei auf unterschiedliche Arten und Weisen beschränkt werden. Neben der Verwendung von QI für das interne Qualitätsmanagement (Vergleich von Qualitätsänderungen im Zeitverlauf innerhalb einer Einrichtung) und ein Benchmarking zwischen verschiedenen Einrichtungen

finden sie vor allem in der Leitlinienimplementierung und als Grundlage für die leistungsorientierte Vergütung (Pay for Performance, kurz P4P) Verwendung. Ferner können sie für eine öffentliche Berichterstattung und die Versorgungsforschung genutzt werden.

Für das interne Qualitätsmanagement, die öffentliche Berichterstattung und die Versorgungssteuerung wurde QiSA (Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung) vom Göttinger AQUA-Institut entwickelt [8]. Vornehmlich dem Benchmarking und der öffentlichen Berichterstattung dient das vom amerikanischen National Committee for Quality Assurance (NCQA) entwickelte Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS), eines der ältesten QI-Sets weltweit [7,9]. Die vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) parallel zu den Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) entwickelten QI dienen vor allem der Evaluation der Leitlinien und der Leitlinienimplementierung (s.u., [10]), während die Ambulanten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (AQUIK) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) neben der möglichen Verwendung für das Qualitätsmanagement und die Versorgungssteuerung den Grundstein für eine leistungsorientierte Vergütung im deutschen Gesundheitssystem legen sollen [7].

Leistungsorientierte Vergütung wird in Deutschland bereits seit Jahren besonders kontrovers diskutiert. Es werden unerwünschte Wirkungen bis hin zu einer Qualitätsverschlechterung bei den nicht gemessenen oder zu messenden Leistungen befürchtet [7]. Vor dem Hintergrund dieser Befürchtungen, welche nach Evaluationsstudien des in England 2004 eingeführten Quality and Outcome Framework (QOF) (beispielhaft: [11]), einem QI-System für die leistungsorientierte Vergütung der Primärversorgung im Rahmen des National Health Service (NHS), als berechtigt einzuschätzen sind, müssten hierzulande vor Einführung von P4P zunächst umfassende Pilotstudien mit qualitativ hochwertigen QI durchgeführt werden [7]. Besonders hohe Ansprüche an rigorose, allgemein anerkannte und evidenzbasierte Entwicklungsmethoden werden also insbesondere für QI gefordert, die im Rahmen

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1094457>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1094457>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)