

Schwerpunkt

Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren

Martin Beyer^{a,*}, Regine Chenot^b, Antje Erler^a, Ferdinand M. Gerlach^a

^aInstitut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main

^bAQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

Zusammenfassung

Ausgehend von der Veröffentlichung der deutschen Qualitätsindikatorensysteme AQUIK und QISA für die ambulante Versorgung im Jahre 2009 hat sich eine Diskussion entwickelt, wie sich die hausärztliche Versorgungsqualität angemessen mit Indikatoren darstellen lässt. Im vorliegenden Beitrag werden erstens methodische und qualitätsbezogene Grundanforderungen an Qualitätsindikatoren (QI) aus der internationalen Literatur unter Berücksichtigung der Spezifika der hausärztlichen Tätigkeit bzw. Versorgungsfunktion definiert. Zweitens wird beispielhaft das QI-System QISA

dargestellt. Drittens werden Anwendungskontexte und Steuerungswirkungen von QI-Systemen diskutiert. Es wird gefolgert, dass die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität in Deutschland noch zahlreiche methodische Probleme aufwirft, insbesondere bei der Darstellung 'horizontaler' Effekte (z.B. Kontinuität, 'Lotsenfunktion'), dass deren Lösung und die Anwendung von QI-Systemen in der Praxis aber zugleich Chancen für die Sichtbarmachung der hausärztlichen Versorgungsfunktion eröffnet.

Schlüsselwörter: Qualitätsindikatoren, hausärztliche Versorgung, leistungsorientierte Vergütung

Using quality indicators to measure the quality of general practice care in Germany

Summary

The publication of two German systems of quality indicators for ambulatory care (AQUIK and QISA) in 2009 stimulated a discussion in German general practice about how to appropriately measure the quality of care in general practice / family medicine. The basic properties and requirements of quality indicators (QIs) in the international literature are discussed in terms of their ability to measure the specific processes of care in general practice. In the second part of the article the QISA system is presented as an example of a methodologically sound development of

QIs for ambulatory care for use in both small practices and practice networks. In addition, the context of application and usage of QIs in primary care and the quality control they may provide are discussed. We conclude that important methodological problems have yet to be solved, particularly with measuring 'horizontal' dimensions of quality in primary care (such as comprehensiveness, co-ordination and person-centredness), but that the use of QIs may increase the visibility of general practice in Germany.

Key words: quality indicators, family practice, incentives, pay-for-performance

*Korrespondenzadresse. Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main. Tel.: +49-(0)69-6301-83877; fax: +49-(0)69-6301-6428.
E-Mail: Beyer@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de (M. Beyer).

Hintergrund und Fragestellung

Eine Darlegung der Versorgungsqualität wird in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zunehmend gefordert [1], und wird – auf die eine oder andere Weise – wohl auch durchgesetzt werden. Die breite Öffentlichkeit, sowohl als prospektive Patienten wie als diejenigen, die letztlich die Belastungen zu tragen haben, aber auch die Kostenträger, politische Entscheider und nicht zuletzt die Leistungserbringer selbst, soweit sie einen Qualitätswettbewerb und eine interne Qualitätsentwicklung anstreben, wünschen bzw. benötigen Informationen über die Leistungsfähigkeit und das Qualitätsniveau der Versorgung. Bereits seit mindestens dreißig Jahren (wenn man das Werk von Donabedian [2] als erste tragfähige Synthese ansieht) wird an einer Methodik der Qualitätsdarlegung gearbeitet, wobei sich das Konzept messbarer Qualitätsindikatoren [3] als am erfolgreichsten herausstellte. Die Qualitätsdarlegung ist dabei im Kontext gesellschaftlich tiefgreifender Veränderungen zu sehen, zu denen ein schwindendes Vertrauen in die Selbstregulationsfähigkeit der medizinischen Profession [4], aber auch der gesellschaftliche Anspruch, dass medizinische Versorgung sich als verantwortlich, als 'accountable care' [5] verstehen sollte, gehören. Beide Faktoren hängen grundsätzlich zusammen; es ist zu erwarten, dass medizinische Versorgungsbereiche, die sich einer internen Qualitätsförderung und -darlegung verweigern, sich so delegitimieren, dass sie um so eher einer externen Qualitätskontrolle unterworfen werden. Weltweit gibt es zumindest ein Beispiel, in dem eine Bewertung der Versorgungsqualität, sogar mit dem Merkmal der qualitätsbezogenen Vergütung ('pay-for-performance'), mit hoher Akzeptanz in der primärmedizinischen, hausärztlichen Versorgung etabliert werden konnte: das englische 'Quality and Outcomes Framework' (QOF) [6]. Dennoch hat auch dieses Modell die Zweifel nicht ausgeräumt, dass es durch die Umsetzung eines indikatorgestützten Qualitätsdarlegungs- und -honorierungsmodells zu Fehlsteuerungen kommen kann.

In Deutschland wurde 2009 durch die nahezu zeitgleiche Veröffentlichung aus zwei Projekten zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die ambulante, insbesondere hausärztliche Versorgung, nämlich AQUIK (entwickelt durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, mit dem erklärten Ziel einer Umsetzung als qualitätsbezogene Vergütung) [7] und QISA [8] (durch das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen, basierend auf einem Projekt mit dem AOK-Bundesverband, ursprünglich zur Qualitätsdarlegung durch Arztnetze) [9,10], eine heftige Debatte unter Hausärzten und innerhalb ihrer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der DEGAM ausgelöst [11]. In dieser Debatte [12,13] wurden hochrelevante Aspekte der Frage angesprochen, ob und ggf. wie Indikatoren zur Versorgungsqualität klinische Probleme, und hier insbesondere Gesundheitsprobleme in der hausärztlichen Versorgung adäquat abbilden können. Weltweit ist die Literatur zu Qualitätsindikatoren und ihrer Anwendung in verschiedenen Kontexten nahezu unüberschaubar geworden, es fehlt jedoch an einer Übersicht, mit welchen Darstellungsproblemen – und in der Folge auch Funktionsproblemen – in der hausärztlichen Versorgung zu rechnen ist.

Der vorliegende Beitrag setzt an dieser Stelle an. Einerseits ist die Frage nicht geklärt, ob bzw. inwieweit mit evidenz-basierten, methodisch korrekt entwickelten Qualitätsindikatoren die hausärztliche Versorgungsrealität angemessen abgebildet werden kann, andererseits ist zu fragen, wie z.B. Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen oder auch eine regionale Gesamtversorgung dargestellt werden kann. Zunächst werden die grundlegenden methodischen Qualifikationen von Qualitätsindikatoren (QI) unter dem Gesichtspunkt diskutiert, welche Herausforderungen sich für die primärmedizinische Versorgung ergeben. Legt man die allgemeinmedizinischen Berufsdefinition der DEGAM zugrunde, können Bereiche des hausärztlichen Handelns beschrieben werden, die sich bisher nur schwer in einem QI-System abbilden lassen. Im zweiten Teil wird mit QISA

exemplarisch ein Entwicklungsansatz dargestellt, der auf die Anforderungen in der ambulanten Versorgung zugeschnitten ist. Im letzten Teil wird eine Entwicklungsperspektive skizziert, die v.a. auf den Kontextbezug jeder Qualitätsdarstellung anhand von Indikatoren abhebt.

Methodische Qualifikation von Qualitätsindikatoren

Es gehört zu den unbestrittenen – in der Praxis aber oft unterschätzten – 'Essentials' der Qualitätsindikatoren-Technik, dass mit Indikatoren immer nur *Einzelaspekte eines vielgestaltigen Konzepts von Qualität in der medizinischen Versorgung* [14] sichtbar und messbar gemacht werden können. Dies bedeutet, dass eine ganze Reihe von Grundsatzentscheidungen zu berücksichtigen sind, wenn Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit und Akzeptierbarkeit eines Indikatorenprojekts beurteilt werden sollen. Im folgenden gehen wir bei der Diskussion der Frage, wie die hausärztliche Versorgungsqualität dargestellt werden kann, auf folgende Dimensionen ein:

- **Qualitätsdimensionen**, die mit QI erfasst werden: Struktur-, Prozess- oder Ergebnis-(Outcome-) Indikatoren,
- **Anwendungsdimensionen**: individuelle Behandlungsqualität oder bevölkerungsbezogene Versorgungsqualität, [14]
- **Eigenschaften / wünschenswerte Attribute** der QI, [3,15]
- **Anwendungskontexte** (interne oder externe Qualitätsförderung, Qualitätsdarstellung in Versorgungsverträgen, Vergütungsanreize / pay for performance), [10]
- **Versorgungsrichtung** (horizontale' vs. 'vertikale'). Diese letzte Dimension haben Heath et al. [16] vor kurzem noch einmal nachdrücklich unterstrichen.

Die **Qualitätsdimensionen** werden üblicherweise nach Donabedian [2] unterschieden; während Indikatoren der Strukturqualität (als Ausstattung, Ausbildung etc.) als zwar gut erfassbar, aber ‚matt‘ gelten und sich meist nur

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1094459>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1094459>

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