



# Health System Watch

## Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich – Teil 1

Thomas Czypionka, Clemens Sigl\*

### Einleitung

Die 15a-Vereinbarung *Zielsteuerung-Gesundheit* sieht die Entwicklung eines Qualitätsmanagements im ambulanten Bereich – neben der Fortsetzung und dem Ausbau des Qualitätsmanagements für den intramuralen Bereich – bis Juni 2014 durch Bund, Sozialversicherung, Österreichische Ärztekammer und Wirtschaftskammer Österreich vor (Art. 7 Abs. 2 Z 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit). Es wird ein *umfassendes, vergleichbares, systematisches und standardisiertes Qualitätsmanagement mit umfassender Messung der Ergebnisqualität* für den extramuralen (und intramuralen) Bereich festgeschrieben (Art. 5 Abs. 3 Z 6 leg. cit.). Gleichzeitig ist ein *bundeseinheitliches, effektives und effizientes Monitoring und Berichtswesen auf Bundesebene* zur Messung der Zielerreichung vorgesehen. Das Qualitätssystem soll dabei flächendeckend sowie bundeseinheitlich gestaltet sein und Maßnahmen zur Patientensicherheit, Qualitätsentwicklung und Qualitätsförderung berücksichtigen (Art. 7 Abs. 1 und 2 leg. cit.). Neben der Struktur- und Prozessqualität sei nach Art. 7 Abs. 2 leg. cit. besonders die (Weiter-)Entwicklung der Ergebnisqualitätsindikatoren und deren Messung voranzutreiben, die in weiterer Folge verpflichtend für alle Gesundheitsdienstleister sein sollen (Art. 7 Abs. 2 leg. cit.). Die Kriterien für die Strukturqualität werden im österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt (Art. 7 Abs. 5 leg. cit.). Im stationären Bereich, der gemäß 15a-Vereinbarung dem ambulanten Sektor als Vergleichssystem dient, wird als Modell zur Qualitätsmessung das A-IQI inkl. Peer-Review-Verfahren, erweitert durch Qualitätsregister auf Bundesebene, verstanden (Art. 7 Abs. 3 leg. cit.). In Österreich ist allgemein für die Verrechnbarkeit von Leistungen die Einhaltung von grundlegenden Qualitätsstandards Voraussetzung und die Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen für Leistungserbringer im Gesundheitswesen verpflichtend (Art. 7 Abs. 6 leg. cit.).<sup>1</sup>

In dieser Ausgabe von Health System Watch soll erläutert werden, was ambulantes Qualitätsmanagement bedeutet. Der Schwerpunkt dieser Ausarbeitung liegt auf der Behandlung verschiedener Qualitätsmanagement-Instrumente und -systeme im ambulanten Bereich – die praxisinternen Implementierungsphasen werden dabei ausgespart. Abschließend soll auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse ein Ausblick für Österreich gegeben werden. Dabei werden Herausforderungen und mögliche Aspekte für ein österreichisches ambulantes Qualitätsmanagement diskutiert.

### Einleitung

\* Institut für Höhere Studien  
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at  
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>

Bemerkung: Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht.

- 1 In Deutschland sind Leistungserbringer zu Maßnahmen der Qualitätssicherung verpflichtet (§§ 135, 137 SGB V). Auf welche Qualitätsmanagementsysteme dabei zurückgegriffen wird, ist unter Einhaltung der festgeschriebenen Anforderungen freigestellt. In Ländern wie Großbritannien (QOF) oder Frankreich (CAPI) wird die gemessene Ergebnisqualität direkt mit monetären Anreizen kombiniert bzw. in die Vergütungsformen als Zuzahlungen integriert.
- 2 Aus platzökonomischen Gründen und zur leichteren Lesbarkeit werden im nachfolgenden Text Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung mit QM und QS abgekürzt.





### Begriffsbestimmungen

Im Folgenden werden noch einmal kurz die wichtigsten Begriffe der Qualitätswissenschaft wiederholt, der geübte Leser kann diesen Abschnitt überspringen.

Der Begriff Qualität scheint zwar allgemein verständlich, jedoch können dafür im Detail voneinander abweichende Definitionen gegeben werden.

So beschreibt die internationale Normierungsorganisation **Qualität** als „Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bzgl. ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (ISO 8402).

Nach dem Wörterbuch *Qualitätsmanagement in der Medizin* wird Qualität als der Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt, definiert (Paschen 2012).

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (GMDS) gibt eine ausführlichere Beschreibung: „Qualität im Gesundheitswesen bedeutet eine ausreichende und zweckmäßige, d. h. patienten- und bedarfsgerechte, an Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen“ (GMDS 2007).

Diese Definition kann als **Qualitätsanforderung** verstanden werden und bezieht sich einerseits auf die Qualität, die von der Einrichtung ausdrücklich zugesichert wird, und andererseits auf die Qualität, die vom Patienten implizit vorausgesetzt wird. Der Qualitätsbegriff hat als Profil somit einen Erfüllungsgrad festgelegter (Qualitätsziel), vorausgesetzter (Patientenorientierung, Behandlungsergebnis) oder verpflichtender (Berufsordnung, Hygiene, Wartung) Anforderungen. Dem Patienten als Konsumenten im Gesundheitswesen kommt aufgrund der eingeschränkten Auswahlmöglichkeit der gewünschten Leistung ein besonderer Anspruch zur Berücksichtigung seiner Erwartungen zu<sup>3</sup> (AZQ 2009: 7).

### Qualitätsmanagement, -sicherung, -kontrolle

Zum besseren Verständnis und aufgrund oftmaliger Verwechslungen soll nachstehend zwischen Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement unterschieden werden (Paschen 2012):

- **Qualitätsmanagement (QM)** – „kriterienbezogen Gutes weiterentwickeln“

Oberbegriff für aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum qualitätsbezogenen Leiten und Lenken einer Organisation – alle Maßnahmen, durch die die Qualitätspolitik Ziele und Verantwortung in einer Arztpraxis festlegt sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, -lenkung, -sicherung, -verbesserung verwirklicht. Qualitätsmanagement geht von der Führungsebene aus, bezieht alle Mitglieder der Organisation mit ein und berücksichtigt auch Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte (ÄZQ 2009: 8).

- **Qualitätssicherung (QS)** – „kriterienbezogen Gutes bewahren“

Meint das Erzeugen von Vertrauen, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden, um sich und andere der Qualität zu versichern – auch als QM-Darlegung bezeichnet.

- **Qualitätskontrolle (QC)** – „kriterienbezogen messen, zählen, wiegen“

Entspricht den Arbeitstechniken und Aktivitäten, die innerhalb des Systems der Qualitätssicherung eingesetzt werden, um nachzuweisen, dass die Anforderungen an die Qualität der prüfungsbezogenen Aktivitäten erfüllt wurden.

Der neue Begriff Qualitätsmanagement ist das Ergebnis von Terminologearbeit internationaler Normierungsgremien; er wurde geprägt, um sich von den beiden anderen Begriffen, der Qualitätssicherung und der Qualitätskontrolle (engl. *quality assurance* und *quality control*), abzuheben. Früher wurden unter Qualitätssicherung alle Maßnahmen verstanden, die getroffen werden, um die Qualität sicherzustellen, was heute dem Begriff Qualitätsmanagement gleichkommt. Daher stammt auch die frühere Bezeichnung Qualitätsmanagement-Darlegung. Heute versteht man unter Qualitätssicherung das Erzeugen von Vertrauen bei Patienten bzw. Partnern im Gesundheitswesen, dass festgelegte bzw. vorausgesetzte Qualitätsanforderungen erfüllt werden.<sup>4</sup> Dabei kann zusätzlich zwischen interner Qualitätssicherung und externer Qualitätssicherung unterschieden werden. Interne QS wird betrieben, um sich der Wirksamkeit eigener Maßnahmen bzw. des notwendigen Handlungsbedarfs bewusst zu werden, und externe QS dient der Präsentation der eigenen Maßnahmen und Ergebnisse gegenüber dem Kunden, dem Partner oder der Öffentlichkeit, etwa durch Assessmentverfahren oder Zertifizierungen.<sup>5</sup> Formen der Qualitätssicherung sind Qualitätsnachweise bzw. Darlegungen über Qualitätsberichte, Preise oder Zertifizierungen (ÄZQ 2009: 8).

Wenn Qualitätsorientierung zentrales Handlungsprinzip in allen Bereichen von Einrichtungen der Patien-

3 An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass auch Kollegen des Arztes als Kunden, die als „interner Nachfrager“ (Praxiskollegen) oder „externer Nachfrager“ (überweisender Arzt) von Informationen auftreten, verstanden werden können.

4 Vereinfacht ausgedrückt steht dem eher statischen Begriff der Qualitätssicherung das Qualitätsmanagement als kontinuierliche Aktivität zur dynamischen Weiter- und Neuentwicklung von Qualität gegenüber.

5 Siehe Fußnote 3.





tenversorgung ist und aktiv ständig verbessert wird, spricht man von **umfassendem Qualitätsmanagement** (engl. *total quality management*) (Paschen 2012: 121). Der Nutzen von QM wird durch eine möglichst weitreichende Ausgestaltung (sowohl in prozessualer als auch struktureller Hinsicht) und durch ein gemeinsames Ziel bzw. eine gemeinsame Erarbeitung von Ärzten und Mitarbeitern maximiert. Es ist nicht zielführend, wenn zwar der Blutdruck der Patienten gut eingestellt ist, aber der Blutzuckerspiegel bei Diabetes nicht. Auch erstklassig arbeitende Ärzte können nicht optimal arbeiten, wenn die Terminvergabe durch die Sprechstundenhilfe chaotisch ist. Vice versa nützt ein hervorragend gestaltetes Wartezimmer den Patienten nichts, wenn die Ärzte nicht auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft behandeln (siehe auch Czypionka et al. 2006a: 4 f.).

## Qualitätspolitik, -ziele, -transparenz

**Qualitätspolitik** ist das Bekenntnis zum stetigen Bemühen um Qualität und die Festschreibung dessen, was dem Patienten oder auch Kollegen zugesichert werden kann; bildet also das Qualitätsversprechen. Gerade aufgrund der schwierigen Bestimmung von Qualität – oftmals bestehen divergierende Vorstellungen zwischen Patienten bzw. zwischen Patient und Arzt über deren gewünschte Qualitätsansprüche – stellt die Qualitätspolitik eine Herausforderung dar.

**Qualitätsziele** bestimmen durch festgelegte Vorstellungen den Soll-Zustand, an welchen der Ist-Zustand gemessen wird (ÄZQ 2009: 12). Die Dynamik zwischen den beiden Zuständen wird durch den später beschriebenen Deming'schen PDCA-Zyklus bestimmt.

**Qualitätstransparenz** steht für die Abbildung von Qualität anhand von Kennzahlen bzw. Informationen und macht diese systematisch erkennbar. Damit bildet die Qualitätstransparenz ein fortgeschrittenes Stadium im QM, welchem Maßnahmen, Handeln und Messen bei einperiodiger Betrachtung vorausgehen. Bei dynamischer Betrachtung bildet Qualitätstransparenz eine wiederkehrende Aktion im Deming'schen PDCA-Zyklus. Bei der Qualitätsüberwachung unterscheidet man zwischen interner und externer Transparenz (siehe Tabelle 1), welche das AQUA-Institut<sup>6</sup> wie folgt definiert (Szecsenyi et al. 2009: 13):

- **Interne Transparenz** (engl. *private disclosure*) bedeutet, dass regelmäßig innerhalb einer Versorgungsform Qualitätsdaten für jeden Arzt in nichtanonymisierter Form für wichtige Beteiligte offen gelegt werden. Dies dient dann als Grundlage für die interne Steuerung und Qualitätsentwicklung.
- **Externe Transparenz** (engl. *public disclosure*) besteht in der regelmäßigen Veröffentlichung von Qualitätsdaten einzelner Leistungserbringer oder Versorgungsformen in allgemein zugänglichen Medien. Auch hier handelt es sich um nichtanonymisierte Daten.

**Tabelle 1: Adressaten, Umsetzung und Wirkung von interner und externer Qualitätstransparenz**

	INTERNE QUALITÄTSTRANSparenZ (PRIVATE DISCLOSURE)	EXTERNE QUALITÄTSTRANSparenZ (PUBLIC DISCLOSURE)
Adressaten	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beteiligte Ärzte</li> <li>■ Managementebene der Versorgungsform (Netz, MVZ, Hausarztvertrag, Krankenhaus)</li> <li>■ Beteiligte Vertragspartner (zum Beispiel Krankenkassen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Öffentlichkeit</li> <li>■ Versicherte</li> <li>■ Patienten</li> <li>■ Fachexperten</li> <li>■ Vertragspartner</li> </ul>
Wege der Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Individuelle Feedbackberichte je Arzt</li> <li>■ Einzelberatung für Ärzte auf Basis von Qualitätsindikatoren</li> <li>■ Diskussion von Qualitätswerten und Veränderungsmöglichkeiten im Qualitätszirkel</li> <li>■ Sonderform: qualitätsorientierte Vergütung („pay for performance“)</li> </ul>	Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren in unterschiedlicher Form: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Qualitätsberichte</li> <li>■ Internet/Ärzteportale</li> <li>■ Ärztelisten, Rankings</li> <li>■ Gezielte Versicherten-Information</li> </ul>
Wirkung soll erreicht werden durch...	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ... Reflexion über Qualitätswerte und Hintergründe für Differenzen</li> <li>■ ... Beratung und Hinweise von Kollegen und hinzugezogenen Experten</li> <li>■ ... Erarbeitung von geeigneten Verbesserungsmöglichkeiten im Praxis- und Behandlungsstil</li> <li>■ Bei qualitätsorientierter Vergütung: finanzielle Anreize zur Sicherung/Verbesserung der Qualitätswerte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ... öffentlichen Erwartungsdruck auf Ärzte, ihre Qualitätswerte zu verbessern oder gute Werte zu halten</li> <li>■ ... das Interesse der Ärzte, nicht wegen unterdurchschnittlicher Werte Reputation zu verlieren</li> <li>■ ... das Bemühen der Ärzte, kritische Fragen der Patienten oder gar deren Abwanderung zu vermeiden</li> <li>■ ... das Ziel der Ärzte, für Zuweiser und für neue Patienten attraktiv zu sein und zu bleiben</li> </ul>

Quelle: Szecsenyi et al. (2009: 14).

6 AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (www.aqua-institut.de).

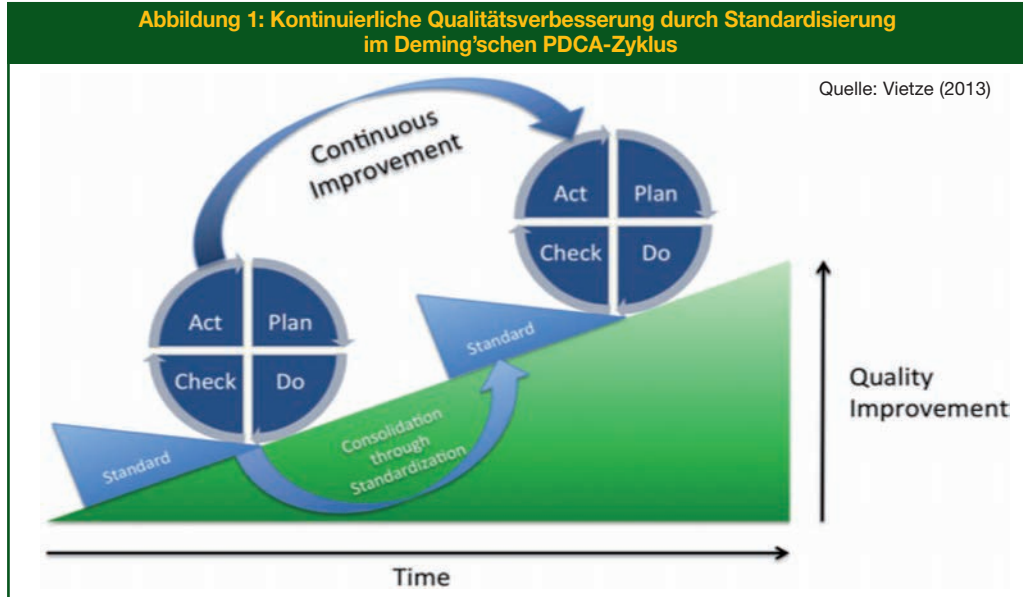




## Der Deming'sche PDCA-Zyklus

Qualitätsmanagement folgt einem Ansatz fortgesetzter Ablaufverbesserung und Standardisierung, welche der PDCA-Zyklus von W. E. Deming wiedergibt (siehe Abbildung 1) (Deming 1982).

**Abbildung 1: Kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch Standardisierung im Deming'schen PDCA-Zyklus**



**Plan:** Ursache analysieren und Veränderungsmaßnahme planen

- Praxisziele
- Kundenerwartungen
- Planung der Prozesse
- QM-System

**Do:** (Pilot-)Maßnahmen einführen.

- Prozesse durchführen
- Arbeitshandeln und Dokumentation

**Check:** Zielerreichung und Auswirkungen der Maßnahme überprüfen

- Daten analysieren und Ergebnisse prüfen
- Externe Gutachten
- Interne Audits/Reviews, Management Bewertung

**Act:** Maßnahmen durchführen und in Routine integrieren

- Umsetzung von Veränderungen
- Teamsitzungen, Qualitätszirkel, Projekte

## Qualitätsdimensionen, -kriterien, -indikatoren

Nach der eingangs angeführten Definition hängt Qualität von einem Set an Kriterien und Indikatoren ab, welche festgeschrieben werden müssen. Gerade im Gesundheitswesen stellt die Bestimmung von Indikatoren und Kriterien innerhalb verschiedener Dimensionen eine Herausforderung dar. Tabelle 5 liefert eine beispielhafte Darstellung der Zusammenführung der drei Ebenen.

**Qualitätsindikatoren** sind Variablen zur Messung der Realisation von expliziten (vertrauenswürdigen, gültigen und angemessenen) Qualitätsanforderungen (Brizius und Campbell 1991). Sie bilden damit Hilfsgrößen bzw. Kennzahlen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen und Relationen indirekt abbilden und eine Unterscheidung zwischen schlechter und guter Qualität ermöglichen.

Um bestimmte Qualitätsaspekte messen zu können, sind stets mehrere Indikatoren vonnöten. Je nach Untersuchungsgegenstand kann zwischen zwei Funktionen von Qualitätsindikatoren unterschieden werden (ÄZQ 2009: 73):

### ● **Monitoringfunktion:** organisationsbezogene Indikatoren

Indikatoren sind darauf ausgerichtet, Tätigkeiten von Führungskräften bis hin zu unterstützenden Beschäftigten, die in weiterer Folge Auswirkungen auf patientenseitige Versorgungsergebnisse haben, zu überwachen und zu bewerten.

### ● **Evaluationsfunktion:** patientenbezogene Indikatoren

Indikatoren messen anhand der am Patienten ablesbaren Ergebnisqualität den Zielerreichungsgrad in der Qualität der medizinischen Versorgung.

Der Referenzwert oder Referenzbereich eines Indikators liefert einen Soll-Wert, der ein „gutes“ bzw. Mindest-Ergebnis charakterisiert. Dabei definiert ein Referenzbereich ein Intervall mit einer Unter- und Obergrenze als Benchmark. Fallen diese Grenzen zusammen, spricht man von einem Referenzwert. Bei der Auswahl von Referenzen für Indikatoren ist zu beachten, dass unterschiedliche Einflussfaktoren wirken können und die Qualitätsbewertung eine hohe Sensitivität gegenüber der genauen Festlegung der Grenzwerte aufweist.







Der Bestimmung von Indikatoren kommt in QM-Systemen eine wesentliche Bedeutung zu. Dabei können verschiedene Methoden mit jeweiligen Vor- und Nachteilen herangezogen werden (siehe Tabelle 2). Qualitätsindikatoren sollten bei deren Bestimmung – ob Auswahl oder Neubestimmung – gewissen Eigenschaften folgen, welche in Tabelle 3 abgebildet sind. Dabei sind auch statistische Gütekriterien zu beachten (siehe Tabelle 4).

**Tabelle 2: Vor- und Nachteile unterschiedlicher Methoden bei der Auswahl und Bestimmung von Qualitätsindikatoren**

METHODE	VORTEIL	NACHTEIL
Runder Tisch	Schnell und einfach realisierbar	Geringe Legitimität, Relevanz für die Anwender abhängig von der Zusammensetzung der Teilnehmer
Ableitung aus veröffentlichter Evidenz in Kontrolluntersuchungen	Wissenschaftliche Fundiertheit	Nur wenig Bereiche mit erprobter Beweislage (Pharmakotherapie); Übertragbarkeit internationaler Studien fraglich
Ableitung aus medizinischen Leitlinien (Evidenz und Konsens)	Professionelle Glaubwürdigkeit (wenn Akzeptanz vorhanden); schnell umsetzbar	Leitlinien müssen regelmäßig aktualisiert werden; Inhalte ändern sich in Abhängigkeit von der Studienlage
Ableitung aus vorhandenen Indikatoren-systemen	Auswahl von Indikatoren, die ihre Praktikabilität bewiesen haben; schnell umsetzbar	Übertragbarkeit internationaler Indikatoren-systeme unklar
Kombination aus o. g. Punkten und Einbindung von Experten	Einbindung verschiedener Perspektiven. Erhöhung der Akzeptanz und Praktikabilität	Evidenz- und Konsensbasierung können zu widersprüchlichen Ergebnissen/ Bewertungen führen

Quelle: Szecsenyi et. al. (2009: 26)

Kriterien und Methoden von Qualitätsindikatoren sind auch für die Bestimmung von Leitlinien adaptierbar.

**Tabelle 3: Eigenschaften von Qualitätsindikatoren zu deren Bestimmung**

METHODE	BESCHREIBUNG
Valide (Gültig)	Misst das, was es messen soll. Es besteht kein systematischer Fehler (keine Verzerrung).
Reliabel (Zuverlässig)	Wiederholte Anwendung auf die gleiche Situation führt zu gleichen Ergebnissen.
Sensitiv	Gibt es Veränderungen im Versorgungsgeschehen, reagiert auch der Indikator (zeitlicher Zusammenhang).
Praktikabel	Leicht umsetzbar/einsetzbar, beispielsweise aus AOK-Daten ableitbar.
Evidenzgestützt (Leitlinien)	Der Indikator wird durch evidenzbasierte Leitlinien oder methodisch hochwertige Studien unterstützt.
Reduzierung der Krankheitslast	Veränderungen des Indikators in eine gewünschte Richtung bewirken eine Reduzierung der Krankheitslast für die betroffenen Patienten.
Kosteneffektiv	Veränderungen des Indikators in eine gewünschte Richtung bewirken eine Reduzierung der Krankheitskosten.
Indikatortauglichkeit	Es gibt Erfahrungen mit dem Indikator (oder aus gesundheitssystemspezifischen Gründen mit einem ähnlichen Indikator) in bereits bestehenden Indikatoren-systemen.
Einbindung in Qualitätsmanagement, beeinflussbar	Kann von den Ärzten beeinflusst werden („under provider control“).

Quelle: Szecsenyi et al. (2009: 26).

Indikatoren selbst können somit bewertet und daraufhin überprüft werden, ob sie geeignet sind Unterschiede in der Versorgungsqualität zuverlässig darzustellen. Das BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit in Deutschland hat ein entsprechendes Instrument namens QUALIFY entwickelt, welches sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich Gültigkeit hat. Insgesamt 20 methodische Gütekriterien messen bestimmte Eigenschaften des zu bewertenden Qualitätsindikators und sind dabei drei Kategorien zugeordnet (Reiter et al. 2007: 4):

- Die Gütekriterien der Kategorie Relevanz bewerten, ob ein Indikator relevante Qualitätsaspekte der im Fokus der Betrachtung stehenden Versorgung misst. Die Relevanz ist unmittelbar abhängig von dem Setting, in dem die Qualitätsindikatoren eingesetzt werden (z. B. können Qualitätsindikatoren zur Versorgung mit Hüftendoprothesen in Deutschland hoch relevant, in Regionen mit niedriger Lebenserwartung aber irrelevant sein).
- Die Gütekriterien der Kategorie Wissenschaftlichkeit prüfen unmittelbare methodische Eigenschaften eines Qualitätsindikators. Die Bewertung dieser Kriterien ist methodisch begründbar.



- Die Gütekriterien der Kategorie Praktikabilität überprüfen die praktische Anwendbarkeit oder Umsetzbarkeit des Qualitätsindikators in einem konkreten Umfeld.

**Tabelle 4: Kategorien und methodische Gütekriterien zur Messung und Bewertung der Eigenschaften von Qualitätsindikatoren**

Kategorien	Methodisches Gütekriterium
Relevanz	Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem Nutzen Berücksichtigung potenzieller Risiken/Nebenwirkungen
Wissenschaftlichkeit	Indikatorevidenz Klarheit der Definitionen (des Indikators und seiner Anwendung) Reliabilität Statistische Unterscheidungsfähigkeit Risikoadjustierung Sensitivität Spezifität Validität
Praktikabilität	Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung Datenverfügbarkeit Erhebungsaufwand Implementationsbarrieren berücksichtigt Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden

Quelle: Reiter et al. (2007: 3)

Das BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit hat im Auftrag des GKV-Spitzenverbands eine quellen- und sektorenübergreifende Indikatorendatenbank namens Quinth geschaffen.<sup>7</sup> Diese gibt einen Überblick über die im deutschsprachigen Raum von verschiedenen Autoren und Institutionen entwickelten Qualitätsindikatoren für die Gesundheitsversorgung. Zu jedem Indikator sind dazu, soweit möglich, relevante Informationen wie die Quelle, die Berechnung des Indikators, Angaben zur Validität und Reliabilität, zur Verwendung des Indikators, zum Einsatzgebiet und vieles mehr erfasst.

Die OECD präsentierte 2004 Qualitätsindikatoren für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in der Primärversorgung im Rahmen des HCQI-Projekts (Health Care Quality Indicator). Von den 27 Indikatoren betreffen sieben die Diagnose und Behandlung im ambulanten Bereich:

- Stationäre Wiederaufnahmerate bei Herzinsuffizienz im ambulanten Bereich
- Erste Schwangerschaftsuntersuchung im ersten Trimenon
- Raucherentwöhnungsberatung für Asthmatiker
- Blutdruckmessung
- Wiederholte Blutdruckmessung für jene mit hohem Blutdruck
- Initiale Laboruntersuchung bei Hypertonie
- Hospitalisierung für in der ambulanten Versorgung kritische Erkrankungen, z. B. chronische Erkrankungen mit Exazerbationen wie COPD

**Qualitätskriterien** sind Eigenschaften zur Bewertung von Leistungserbringern, deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen Versorgung erwartet wird (ÄZQ 2009: 71). Nachfolgend seien die von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) etablierten und bis heute gebräuchlichen Qualitätsindikatoren angeführt:

- Zugänglichkeit der Versorgung
- Angemessenheit der Versorgung
- Stetigkeit/Koordination der Versorgung
- Wirksamkeit unter Idealbedingungen (*efficacy of care*)
- Wirksamkeit in der Versorgungspraxis (*effectiveness of care*)
- Wirtschaftlichkeit der Versorgung (*efficiency of care*)
- Patientenorientierung der Versorgung
- Sicherheit der Versorgungsumgebung
- Rechtzeitigkeit der Versorgung

<sup>7</sup> <http://quinth.gkv-spitzenverband.de/content/index.php> [Abgerufen am 11.12.2013]





Im Gegensatz zu diesen instrumentellen Qualitätskriterien nennt die WHO in ihrem World Health Report 2000 drei Kernziele zur Gesamtbewertung guter Gesundheitsversorgung:

- Gesundheit
- Finanzierung
- Patientenorientierung

**Qualitätsdimensionen** sind definierbare, messbare und erreichbare Attribute der Qualität im Gesundheitswesen, denen Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren zuordenbar sind (Kelley und Hurst 2006) (siehe Tabelle 5).

Das amerikanische Institute of Medicine (IOM) legte 2001 sechs **Dimensionen** im Gesundheitswesen fest:

- **Effektivität:** Erbringung von Dienstleistungen auf dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand für alle die davon profitieren könnten, und gleichzeitige Unterlassung von Behandlungen bei denjenigen, die wahrscheinlich nicht davon profitieren (Vermeidung von Unter- und Überbehandlung). Die Leistungserbringung soll an der richtigen Person zur richtigen Zeit erfolgen.
- **Sicherheit:** Vermeidung von Verletzungen an Patienten durch medizinische Behandlung, welche dazu gedacht ist, diesen zu helfen
- **Patientenorientierung:** respektvolle und auf die Patientenbedürfnisse abgestimmte Behandlung unter Sicherstellung einer freien Entscheidung des Patienten für alle medizinischen Eingriffe
- **Rechtzeitigkeit:** Reduzierung von Wartezeiten und Verzögerungen sowohl für Patienten als auch für Leistungserbringer
- **Effizienz:** Abfallvermeidung, insbesondere Vermeidung der Verschwendung von Ausrüstung, Material, Ideen und Energie
- **Equality:** Behandlung unabhängig von Geschlecht, Ethnizität, Geografie und sozioökonomischem Status

Die drei erstgenannten Punkte sind auch die Kerndimensionen für Qualität und Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems der OECD. Allen Dimensionen sind die Kategorien **Effizienz** (als ökonomischer Aspekt) und **Gerechtigkeit** (als sozialer Aspekt) vorangestellt, die wesentlich darüber Auskunft geben, ob der Versorgungsbedarf effizient über die gesamte Bevölkerung, für alle gleich gut zugänglich, gedeckt werden kann.

## Prozess-, Struktur-, Ergebnisqualität

Die wohl weiteste Verbreitung und Anwendung von Qualitätsdimensionen bildet die Einteilung nach Donabedian in Struktur-, Prozess- und Outcomequalität (Donabedian 1980).

**Tabelle 5: Qualitätsdimensionen, -kriterien, -indikatoren**

Dimension	Kriterien	Indikatoren
Prozessqualität	Anamnese- und Untersuchungstechnik Therapie des Arztes, Pflegemaßnahme Indikationsstellung bei Über- oder Einweisungen Zusammenarbeit mit Kollegen und Praxis- bzw. Klinikmitarbeitern Gesprächsführung	Ressourceneinsatz für die Erfüllung vergleichbarer Aufgaben Vorhandensein eines Diagnose-, Überweisungs- oder Verschreibungs-Managements Impraten
Strukturqualität	Ausbildung des Arztes Weiterbildung des Arztes Qualifikation und Anzahl der Mitarbeiter Praxis- bzw. Klinikeinrichtung und -organisation Erreichbarkeit der Praxis bzw. der Klinik Dokumentationsmöglichkeit, z. B. Praxis-EDV	OP-Wechselzeiten Anzahl der Fachärzte (VZÄ) je 1000 Patienten Möglichkeit der multidisziplinären Beratung für Krebspatienten
Ergebnisqualität	Besserung oder Heilung von Erkrankungen Patientenzufriedenheit Höhe des Blutdrucks oder des Blutzuckers Änderungen gesundheitsbezogener Verhaltensweisen (Beeinflussung von) Morbidität und Letalität	Komplikationsraten Krankenhaus-Wiederaufnahmeraten Postoperative Wundinfektionen Patientenerfahrung und Zufriedenheit (Patient-reported Outcomes)

Quelle: IHS HealthEcon nach ÄZQ (2009) und Campbell (2013)

Im Bereich Qualitätsmanagement im niedergelassenen Bereich werden Anforderungen an den Leistungsprozess und damit die Prozessqualität gestellt. Die **Prozessqualität** beinhaltet die Angemessenheit (Indikationsstellung) und basiert auf der Vollständigkeit der Informationen aus der Vorgeschichte, der körperlichen Untersuchung und Diagnostik und der technischen Kompetenz zur Ausführung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Die Wirksamkeit der Behandlung ist dabei abhängig von der Per-





sönlichkeit, dem Wissen und der Einstellung von Arzt und Patienten sowie auch durch äußere Normen und Bedingungen (bspw. Zeit), Wertvorstellungen und ethische Aspekte determiniert und somit stark abhängig vom Kontext bzw. vom aktuellen wissenschaftlichen Konsens (Szecsenyi et al. 2009: 22). Nach Paschen lassen sich Struktur und Ergebnis auf Prozesseigenschaften zurückführen, womit letztere Dimension prioritär zu behandeln sei (Paschen 2012: 121).

Anders ausgedrückt wird die **Strukturqualität** als Gesamtheit von organisatorischem Aufbau und administrativer Routine, der Bereitstellung von Personal, Geräten und Räumen sowie der finanziellen Ausstattung anhand von Hygieneüberprüfungen oder dem Arbeitsrecht, gewährleistet. Darunter fallen auch Aus- und Weiterbildung und Rezertifizierung von Ärzten bzw. des medizinischen Personals. Politische und ökonomische Faktoren haben starken Einfluss auf die Strukturqualität. Diese wiederum für sich alleine ist nur bedingt aussagekräftig hinsichtlich der Versorgungsqualität, da die alleinige Ausstattung mit einem MR-Gerät noch keinen effizienten kurativen Einsatz oder den Patienten zufriedenstellenden Nutzen garantiert.

**Ergebnisqualität** meint die Verbesserung der Gesundheit des Patienten (gegenwärtig oder zukünftig) durch die Gesundheitsversorgung. Dazu zählen auch Entwicklungen in der Einstellung, dem Wissen und der Verhaltensweise des Patienten, die leitend für den zukünftigen Gesundheitszustand sind. Die Ergebnisqualität ergibt sich aus zahlreichen einzelnen Komponenten und unterliegt damit einer Reihe von Risikofaktoren (etwa Nebenwirkungen oder verzerrten Patientenaussagen), welche deren Bestimmung erschweren.

Damit zeigen sich auch Unterschiede in der Festlegung von Dimensionen (Donabedian und amerikanisches Institute of Medicine (IOM)) und die Herausforderungen, die sich bei der Bestimmung von Qualitätszielen und deren Indikatoren ergeben.

## Versorgungsaspekte

Versorgungsaspekte sind Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse der Leistungserbringung, die in besonderem Maße für die Qualität der medizinischen Behandlung verantwortlich sind und daher im Fokus des Qualitätsmanagements liegen. Nach dem Kompendium Q-M-A des deutschen Ärzteverlags (ÄZQ 2009: 71) sind primär Versorgungsaspekte zu betrachten, die auf der Grundlage von Belegen

- mit hoher Frequenz durchgeführt werden, ein hohes Risiko für die Patienten beinhalten oder oft mit Problemen einhergehen;
- möglicherweise mit Über-, Unter- oder Fehlversorgung verbunden sind;
- einer hohen Versorgungsvariabilität unterliegen, deren Versorgung sich kürzlich stärker verändert hat, deren finanzielle Bedeutung hoch ist oder bei denen praktische Erwägungen positiv beschieden werden, wie die grundsätzliche Messbarkeit sowie eine Akzeptanz durch die Gruppe Betroffener;
- die Möglichkeit bieten, die Versorgung und das Gesundheitsergebnis tatsächlich zu verbessern, bei denen ein großes Verbraucherinteresse besteht oder mit denen die Entscheidungsfindung (für oder gegen einen bestimmten Leistungsanbieter) eventuell verbessert werden kann;
- als Indikator für umfassende Versorgungsprobleme gelten.

Als Beispiel für einen Versorgungsaspekt wird „Diagnostik bei Patienten mit Verdacht auf einen Schlaganfall“ genannt. Speziell im niedergelassenen Bereich könnte dies z. B. das Management eines fortgeschrittenen Typ-II-Diabetikers sein.

## Instrumente im Rahmen von QM-Verfahren

Wie eingangs bereits erwähnt, wird das Erkennen von Verbesserungsbedarf und der Nachweis des somit erreichten Qualitätsniveaus für Patienten und Kollegen als Qualitätssicherung bezeichnet. Maßnahmen im Bereich der **Qualitätskontrolle** können als Aspekte der Qualitätsdarlegung betrachtet werden, welche der Überprüfung von Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität durch Externe (und intern durch sich selbst), anhand diverser Anforderungen, dienen. Darlegung beinhaltet Validierung, Verifizierung, Qualifizierung, Abnahme- oder Stichprobenprüfung, Audits und Bewertung. Die Ausführung dieser Tätigkeiten auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene gehört zum Qualitätsmanagement. QM ist dabei gegenständliche Aufgabe der Gesundheitseinrichtung selbst. Diese kann oder – im Falle einer regulativen Vorgabe – muss ein QM-System wählen, welches sich verschiedener Instrumente der Qualitätsdarlegung bedient. Nachstehend seien die bedeutendsten Instrumente der Qualitätsdarlegung im Rahmen des Qualitätsmanagements angeführt. Im Kapitel „internationale QM-Systeme“ (folgt in Teil 2) wird deren prozessuale Anwendung und strukturelle Zusammensetzung am Beispiel verschiedener QM-Systeme verdeutlicht.

Das AQUA-Institut unterscheidet für Qualitätsindikatoren zwischen den drei Nutzenfeldern allgemeine Qualitätsdarlegung (gegenüber Krankenkassen oder der Öffentlichkeit), internes Qualitätsmanagement (innerhalb einer Praxis, Versorgungseinrichtung oder eines Versorgungsmodells) und externe Qualitätsbewertung (gegenüber Dritten bzw. der Öffentlichkeit zum Zwecke der Bewertung oder des Vergleichs).







**Tabelle 6: Allgemeine, interne und externe Qualitätsdarlegung**

EINSATZFELDER	NUTZUNGSMÖGLICHKEITEN	BETEILIGTE					
		Versorgungsmodell			Kranken- kasse	Externe Organi- sation	Öffent- lichkeit
Arzt/ Praxis	Quali- täts- Zirkel	Mane- ge- ment					
Allgemeine Qualitätsdarlegung	■ Qualitätsbericht			X			X
	■ Zielvereinbarung		(X)	X	X		
	■ Qualitätsnachweis bei Budgetverantwortung			X	X		X
Internes Qualitäts- management	■ Feedback-Berichte	X	X	X			
	■ Monitoring von Kenngrößen		X	X	X		
	■ Qualitätsorientierte Vergütung („pay for performance“)	X		X	X		
Externe Qualitätsbewertung	■ Evaluation			X	X	X	
	■ Zertifizierung / Qualitätsiegel			X		X	X
	■ Öffentliches Benchmarking			X		X	X
	■ Kriterium für die Auswahl von Arzt oder Versorgungsmodell				X		X

Anmerkung: Beteiligte sind hier Akteure die sich mit gemessenen Qualitätsindikatoren befassen. Die Erhebung der Daten selbst erfolgt meist durch die Krankenkassen (Routinedaten) oder eigens durch Leistungserbringer.

Quelle: Szecsenyi et al. 2009: 31.

Tabelle 6 folgt dieser Einteilung und bildet mögliche beteiligte Stakeholder bei einer Auswahl verschiedener QM-Formen ab (Szecsenyi et al. 2009: 30).

QM-Instrumente können auch hinsichtlich der Datenerfassung unterschieden werden. Tabelle 7 zeigt Messgrößen, Datenbeschaffenheit und Möglichkeiten der Datenerhebung. Medizinische Messgrößen – welche auch als Qualitätsindikatoren eingesetzt werden können – sind etwa Prozesswerte (bspw. Mammografieraten), objektive Patientendaten (bspw. Blutdruck) oder subjektive Patientenindikatoren (bspw. Patientenzufriedenheit, Patient-reported Outcomes). Dabei kann auf Routinedaten oder eigens erhobene Primärdaten zurückgegriffen werden. Die Vorteile von Routinedaten liegen in der leichten Verfügbarkeit und den geringen Aufwendungen zur Erhebung.<sup>8</sup> Jedoch bilden sie gegebenenfalls nicht exakt und ausreichend aussagekräftig den angestrebten Qualitätsindikator ab. Werden im Gegensatz dazu eigens Primärdaten erhoben, ist dies zwar mit höheren Ressourcenaufwendungen verbunden, schafft jedoch gleichzeitig eine gezieltere und genauere Abbildung.

**Tabelle 7: Messgrößen, Beschaffenheit und Erhebung von Daten**

Messgrößen	Datenbeschaffenheit	Erhebung
Prozesswerte (bspw. Mammografieraten)	Routinedaten	Peer Review
Objektive Patientendaten (bspw. Blutdruck)	Primärdaten	eigens geschaffene Einrichtung
Subjektiven Patientendaten (bspw. Patienten- zufriedenheit, Patient Reportet Outcomes)		Patienten Stakeholder (Vor- und Nachteile)

Quelle: IHS HealthEcon

Bislang lag das Hauptaugenmerk der Organisation der Gesundheitsversorgung auf Struktur und Prozessanforderungen. Vermehrt setzten sich QM-Systeme durch, wobei der Ausgangspunkt dabei eindeutig im stationären Sektor zu finden ist. Zusätzlich rückt bei QM Systemen langsam eine Längsschnittbetrachtung in den Mittelpunkt. Wurde in der Vergangenheit Qualitätssicherung hauptsächlich in Bezug auf den operativen Leistungsprozess (im stationären Bereich) betrieben, so wird inzwischen die Bedeutung einer patientenbezogenen Betrachtung über die Zeit erkannt. Diese Längsschnittbetrachtung erlangt in Verbindung mit der Herausforderung chronischer Erkrankungen, mit denen sich heutige Gesundheitssysteme konfrontiert sehen, noch mehr Gewicht.

Auf der Ebene einzelner Praxen bzw. auf Mikroebene existieren QM-Instrumente etwa in der Form von praxisinternen Richtlinien, Selbstbewertungsverfahren oder einem QM Handbuch. Beispiele für Zusammenschlüsse zur Qualitätsverbesserung einzelner Leistungserbringer sind Ärztenetze, Kolloquien oder Qualitätszirkel (Mesoebene). QM Instrumente auf Makroebene greifen flächendeckend bzw. ste-

<sup>8</sup> Ein Beispiel dafür ist das auf anonymisierten Abrechnungsdaten von Spitälern und Stammdaten der AOK basierende QSR (Qualitätssicherung mit Routinedaten). Dieses statistische Verfahren schafft in Deutschland die Möglichkeit Behandlungsqualität von Spitälern zu messen, zu bewerten und zu vergleichen, ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand für Krankenanstalten zu erzeugen.



hen allen Leistungserbringern offen und werden meist zentral koordiniert. Tabelle 8 liefert einen Überblick über verschiedene QM-Instrumente und deren Verortung.

Unter externer Qualitätssicherung werden Instrumente der Qualitätssicherung verstanden, die einrichtungsübergreifend durchgeführt werden und damit unter anderem einen Vergleich gleichartiger Leistungen verschiedener Institutionen ermöglichen.

**Tabelle 8: Organisationsebenen von QM-Instrumenten**

Ebenen	QM-Instrumente
Makroebene	Zertifizierungsverfahren Benchmarking Stichproben-Qualitätsprüfung Leitlinien
Mesoebene	Datenerfassung und Auswertung Ärztennetze bzw. Projektgruppen Lenkungsgruppen mit Qualitätskoordinatoren Kolloquium Qualitätszirkel oder -teams Ringversuche Peer Review Modelle für bestimmte Versorgungsformen
Mikroebene	QM-Handbuch Praxisinterne Richtlinien Zweitmeinungsverfahren Selbstbewertungsverfahren Interne Audits Ursachen-Wirkungs-Analyse Prozessanalyse Arzneiverordnungsanalyse Qualitätsberichte

Quelle: IHS HealthEcon nach ÄZQ (2009: 51 f)

## Audits & Visitationen

Im Gegensatz zu einer von der Praxis vorgenommenen Selbstbewertung, bei der einrichtungsintern ergriffene Maßnahmen im Rahmen der Qualitätssicherung selbst überprüft werden, stellen Audits oder Visitationen eine Fremdbewertung bzw. ein externes Begleitverfahren dar. Die Einführung und Umsetzung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements wird durch externe Unabhängige bewertet und im Erfolgsfall bestätigt. Definitivisch heben sich externe Audits und Visitationen von gesetzlich oder berufsständisch vorgeschriebenen einrichtungsinternen QM-Instrumenten ab (ÄZQ 2009: 87).

Unter einem Audit versteht man einen systematischen, unabhängigen und dokumentierten Prozess zur Untersuchung einer Aktivität und deren Ergebnisse durch das Vorhandensein und die sachgerechten Anwendung von spezifizierten Anforderungen zur Auswertung objektiver Kriterien und Erlangung eines Überprüfungsnachweises. Zentrales Element ist dabei die Vor-Ort-Überprüfung – nach eventueller vorgegangener Übermittlung von prüfungsrelevanten Daten – durch externe Fachkollegen, um speziell Schlüsselprozesse und Interaktionen der Personen nach einem vorgegebenen Muster zu analysieren. Es wird dabei zwischen einem Produktaudit (Inspektion), einem Prozessaudit (Beurteilung) und einem Systemaudit (Gesamtbeurteilung) unterschieden. Im Gesundheitswesen kann unter Systemaudits die formale Überprüfung des QM-Systems als Ganzes verstanden werden, wohingegen Prozessaudits sich einzelnen Verfahren zuwenden und deren Praktikabilität und Effizienz prüfen sollen. Das Portal für Qualitätsmanagement nennt dazu einige gemeinsame Aufgaben und Auswirkungen von Audits:<sup>9</sup>

- Überprüfung der Ausführung im Hinblick auf Übereinstimmung mit den festgelegten Merkmalen in der Leistungserbringung (Produktaudit)
- Feststellung der Angemessenheit der Richtlinien bzw. Vorschriften und Maßnahmen im Hinblick auf das angestrebte Ziel
- Begutachtung von Arbeitsbereichen, Tätigkeiten und Abläufen (Verfahrensaudit)
- Beurteilung der realisierten Fortschritte der Qualitätsaktivitäten
- Erwecken der Aufmerksamkeit aller Beteiligten bezüglich der Qualitätsanforderungen
- Förderung der ständigen Verbesserung
- Systematische Bewertung des Qualitätsmanagementsystems und der Dokumentation

Audits und Visitationen sind ein dynamischer Prozess, der sich am Deming'schen PDCA-Zyklus orientiert.

<sup>9</sup> <http://www.qz-online.de/qualitaets-management/qm-basics/artikel/audit-150775.html> [abgerufen am 14.10.2013].





tiert (siehe Abbildung 1). Dabei wird die bestehende Qualität in der Leistungserbringung anhand von Prozessdaten wie Verschreibungsverhalten und Krankenakten überprüft. Damit sollen Systemmängel aufgedeckt und auch eine Schulung bzw. ein Bewusstsein für Qualitätsverbesserungen geschaffen werden. Im Gegensatz zu internen Audits als Selbstüberprüfung, werden externe Audits hauptsächlich als Konformitätsnachweis im Rahmen einer Zertifizierung herangezogen (Griem et al. 2013).

**Vorteile** von Audits und Visitationen sind ein individuelles Feedback<sup>10</sup> bzw. eine individuelle Qualitätsentwicklung ohne Sanktionsdruck, welche bei positiver Beurteilung eine Bestätigung und damit auch einen Motivationsschub darstellen können. Falls Handlungsempfehlungen gegeben (und akzeptiert) werden, können diese weitreichende Verbesserungsmaßnahmen initiieren.

**Nachteile** bestehen in der intensiven Ressourcenaufwendung, die sich durch die individuelle Prüfung bzw. den Besuch durch Visitoren ergeben. Die Besuchsfrequenz reicht dabei je nach QM-System von einem Jahr (ISO-Zertifizierung) bis zu drei Jahren (QEP Zertifizierung). Diverse QS-Systeme unterscheiden sich jedoch nicht nur in der Besuchsfrequenz, sondern auch inhaltlich, weshalb deren Ergebnisse nicht sinnvoll miteinander vergleichbar sind. Zusätzlich bestehen Herausforderungen in der Akzeptanz von Audits und Visitationen wegen der scheinbar starken externen Kontrolle und Einflussnahme – trotz des rein unterstützenden und hinweisenden Charakters von Audits.

Aus den genannten Gründen werden Sanktionsmechanismen und das Zuweisen von Verantwortung für Mängel im Auditsystem ausgespart, um ein sogenanntes *naming and shaming* (nicht anonymisierte Offenlegungen von negativen Ergebnissen) und die damit verbunden negativen Auswirkungen tunlichst zu vermeiden. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin formuliert weitere Anforderungen für die Durchführung von Audits in Praxen – im speziellen Ärztenetze (siehe nachfolgendes Kapitel) – welche an dieser Stelle wiedergegeben werden sollen (ÄZQ 2009: 89):

- Der Prozess der Bearbeitung der QM-Verfahrensweisung sollte einmal im Jahr mit jedem Arzt im Rahmen des Audits besprochen werden.
- Es soll überprüft werden, ob alle in Frage kommenden Patienten gemäß der jeweiligen Verfahrensweisung behandelt werden.
- Es soll beobachtet werden, ob im Abweichungsfall die Abweichungsdokumentation in den auf die Tätigkeit bezogenen Qualitätsaufzeichnungen korrekt durchgeführt wird.
- Es soll festgestellt werden, ob die entsprechenden Dokumente regelgerecht archiviert wurden.
- Es sollen Schwierigkeiten der Ärzte bei der Arbeit mit den Verfahrensweisungen besprochen werden.
- Darüber hinaus soll diskutiert werden, ob die Verfahrensweisung in der vorliegenden Form wirklich geeignet ist, die damit verfolgten Ziele zu erfüllen.
- Einmal jährlich soll durch eine aggregierte Auswertung aller Abweichungsdokumentationen und aller Auditprotokolle ein Bild für die Gesamtsituation erstellt werden.
- Bei Abweichung oder Fehlbearbeitung der Verfahrensweisung sollen in einem vertrauensvollen Gespräch zwischen dem betreffenden Arzt und dem Qualitätsauditor Korrekturmaßnahmen besprochen werden, die dann vom Auditor später in einem Korrekturaudit nochmals auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.
- Qualitätsaudits sollten nicht dazu führen, dass die Verantwortung für die Erzielung der Qualitätsforderung von den Ärzten auf den Auditor übertragen wird.
- Qualitätsaudits sollten nicht dazu führen, dass der Umfang der QM- und QS-Funktionen über das zur Erfüllung der Qualitätsziele erforderliche Maß hinaus ausgedehnt wird.

## Qualitätszirkel & Ärztenetze

Qualitätszirkel sind kleine institutionalisierte Gruppen von etwa fünf bis zwölf Mitarbeitern oder Kollegen, die für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch regelmäßig zusammentreffen, um in ihrem Arbeitsbereich auftretende Probleme freiwillig und selbstständig sowie systematisch und zielgerichtet zu bearbeiten (Paschen 2012: 128). Sie dienen dazu, Probleme bei individuellen ärztlichen Tätigkeiten durch gleichberechtigte Diskussion der Teilnehmer zu erkennen, und ermöglichen eine gegenseitige Überprüfung der Angemessenheit des eigenen Handelns anhand von erarbeiteten, handlungsrelevanten Regeln oder Routinen (ÄZQ 2009: 54). Tabelle 9 liefert einen Auszug von Zielen und Kriterien von Qualitätszirkeln gemäß den KBV-Richtlinien für Qualitätssicherung.

Im Unterschied zu Qualitätszirkeln, welche in regelmäßigen Abständen in gleicher Zusammensetzung zusammentreffen, um verschiedene Probleme und Themen diskutieren, werden Qualitätsteams spezi-

<sup>10</sup> Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin definiert Feedback als Rückmeldung über das eigene Handeln und dessen Ergebnisse als einen Prozess in einem Regelkreis, das deutlichen Einfluss auf das Verhalten hat und damit zentrales und effizientes Mittel der Verhaltensänderung ist (ÄZQ 2009: 151).



**Tabelle 9: Ziele und Kriterien von Qualitätszirkeln gemäß den KBV-Richtlinien für Qualitätssicherung**

Ziele von Qualitätszirkeln	Arbeitskriterien von Qualitätszirkeln
Reflexion und Weiterentwicklung der eigenen Tätigkeit	Auf freiwilliger Basis
Vergleich und Erfahrungsaustausch mit teilnehmenden Kollegen und ggf. anderen Vergleichsgruppen	Mit selbst gewählten Themen
Analyse und Bewertung der eigenen Tätigkeit nach Qualitätskriterien	Erfahrungsbezogen
Feststellung von Übereinstimmungen mit bestehenden evidenzbasierten Leitlinien, Identifizierung und Begründung von Abweichungen	Auf der Grundlage des kollegialen Diskurses (Peer Review)
Modifikation vorhandener Leitlinien gemäß den Bedingungen der ambulanten Praxis	Unter Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien
Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die Praxis	Mit Moderator(en)
Evaluation der Ergebnisse bzw. angewandter Problemlösungen	Mit protokollierten Ergebnissen
Förderung der Kooperation von Beteiligten an der Gesundheitsversorgung	Mit Feedback
	Mit Evaluation ihrer Ergebnisse, soweit möglich auf einer hinreichenden Basis empirischer Daten aus der ambulanten Versorgung
	Kontinuierlich (mind. 4-mal im Jahr)
	Mit festem Teilnehmerkreis (5 bis 20 Teilnehmer)
	Mit Ärzten gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen

Quelle: IHS HealthEcon gemäß § 75 Abs. 7 SGB V

fisch zu einer Themenstellung eingerichtet und sind zeitlich begrenzt. Solche Qualitätsteams werden auch als Projektgruppen bezeichnet und existieren meist in größeren Organisationen oder z. B. Spitälern (ÄZQ 2009: 171).

Ein Beispiel für die erfolgreiche Etablierung von Qualitätszirkeln als Methode der systematischen Qualitätsverbesserung auf Grundlage eines kollegialen Diskurses existiert etwa in Deutschland. In etwa 10.000 Qualitätszirkeln arbeiten fast die Hälfte aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten unter den in Tabelle 9 abgebildeten Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (§ 75 Abs. 7 SGB V).<sup>11</sup>

### Peer Review

Der Begriff Peer Review hat seinen Ausgangspunkt als Instrument der Qualitätsverbesserung im hausärztlichen Bereich und wurde ursprünglich als Synonym für Qualitätszirkel verwendet (Grol 1994). Peer Review nach der Grol'schen Definition, wird als kritische (Selbst-)Reflexion des ärztlichen Handelns im Dialog mit Fachkollegen – unter Verwendung eines strukturierten Verfahrens mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung – verstanden. Aktuell kommt dieses Instrument nach dieser Definition bei verschiedenen QM-Instrumenten in diversen Formen zur Anwendung. Für eine genauere Abgrenzung können auch die Kriterien einer freiwilligen Teilnahme und Sanktionsfreiheit berücksichtigt werden. So lässt sich das Peer Review, mit dem Fokus auf dem Erkennen von Potenzialen und mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung, etwa zu bestimmten Audits unterscheiden bei denen die Bewertung von zu erfüllenden Vorgaben im Zentrum steht (Griem et al. 2013).

### Ringversuche

Ringversuche werden von Krankenkassen speziell im Laborbereich der ambulanten Versorgung angewandt. Dabei wird die Qualität von Analysemethoden anhand übermittelter Kontrollmaterialien geprüft (ÄZQ 2009: 159).

### Benchmarking

Neben den bereits erwähnten Audits bzw. Visitationen oder Qualitätszirkeln gibt es QS-Systeme, die auf einen Vergleich der erhobenen Qualität abzielen. Benchmarking bedient sich eines Vergleichsverfahrens (vergleichende Qualitätssicherung), bei dem Leistungsangebote hinsichtlich diverser Qualitätskriterien wie Zeit, Kosten, Kundenorientierung, Zufriedenheit, Behandlungsgüte etc. anhand von Indikatoren gereiht werden. Das Benchmarking kann als externe öffentliche Qualitätsbewertung ausgestaltet sein, bei der nicht-anonymisierte vergleichende Qualitätsparameter in allgemein zugänglichen Quellen veröffentlicht werden. Eine andere Möglichkeit ist, sich einer Bewertung von Leistungserbringern zu unterziehen, die die eigene Position in Relation zu fachlich vergleichbaren Einrichtung in der Region (in

<sup>11</sup> Präsentation AQUA-Institut GmbH (2013): 20 Jahre Qualitätszirkel im Gesundheitswesen. [http://tagung-2013.sgg.de/2013/ppt/P5-Andres-130612\\_SQG\\_QZ\\_Jubilaeum\\_WS5\\_Praesentation%20EA\\_an.pdf](http://tagung-2013.sgg.de/2013/ppt/P5-Andres-130612_SQG_QZ_Jubilaeum_WS5_Praesentation%20EA_an.pdf) [abgerufen am 15.10.2013].







anonymisierter Form) aufzuzeigen, ohne diese publik zu machen. Es kann jedoch auch dem Leistungserbringer freigestellt werden, seine Bewertung, seine Position oder den Punktescore zu veröffentlichen. Wie in Tabelle 5 dargestellt, können Qualitätsindikatoren nicht nur unterschiedlichen Kriterien zugewiesen, sondern auch Qualitätsdimensionen zugeordnet werden.

Nach dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin lassen sich die Abläufe vergleichender Qualitätssicherung wie folgt zusammenfassen (ÄZQ 2009: 91):

- Systematisches und standardisiertes Erheben von konsentiert qualitätsrelevanten Informationen mittels Dokumentationsbogen oder Computer in der Institution bei gegebenenfalls gleichzeitiger Nutzung von bereits vorhandenen Daten (Primärdaten) zur QS
- Zusammenführen der Datenträger, zunächst in der Institution und dann in einer externen Organisationszentrale
- Abschließende Datenkontrolle (die erste Datenausgangskontrolle findet bereits in der dokumentierenden Institution statt)
- Berechnen der statistischen Indikatoren für die Prozess- und Ergebnisqualität in der Organisationszentrale
- Aggregierte Darstellung von Vergleichen zwischen den Institutionen in gegebenenfalls (pseudo-) anonymisierter Form
- Rückmeldung der Ausprägungen der Qualitätsindikatoren und der Vergleichsergebnisse an die Institutionen zur Selbst- oder Fremdprüfung – gegebenenfalls Übermittlung an Dritte zur anonymen Fremdprüfung

Ergebnisse von Benchmarking können sowohl von Leistungserbringern als auch von Konsumenten bzw. Patienten genutzt werden. Für Leistungserbringer eröffnet das Benchmarking die Möglichkeit, sich der eigenen Position in Bezug auf Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskriterien im jeweiligen Leistungsbereich zu versichern. Negative Abweichungen sind jedoch nicht automatisch als Qualitätsmängel oder Versorgungsdefizite zu verstehen. Auch wenn Benchmarking vielfach mit Streben nach Exzellenz oder Lernen von den Besten in Verbindung gebracht wird (siehe etwa EFQM), lässt sich der Referenzwert zur vergleichenden Messung nicht nur am „Besten“ bzw. Maximum festsetzen, sondern auch auf den Mittelwert legen. In einem dynamischen Prozess, bei welchem die *underperformer*<sup>12</sup> sich *ceteris paribus*<sup>13</sup> über die Zeit stetig zu verbessern versuchen, um den (arithmetischen) Mittelwert zu erreichen, konvergiert der Qualitätsbenchmark fortlaufend nach oben.

Dem Leistungserbringer eröffnet die Verortung der eigenen Qualität im Vergleich zu anderen die Möglichkeit, auf Schwachstellen aufmerksam zu werden. Eine konkrete Problembetrachtung und damit verbundene Verbesserungsmöglichkeiten erschließen sich jedoch meist nur auf Ebene der Einrichtung selbst – dies gilt es stets bei der Interpretation der Vergleichszahlen zu beachten. Ärzte können durch Benchmarking dazu angehalten werden, Ursachen-Wirkungs-Analysen oder Prozessanalysen in ihrer Praxis durchzuführen. Bei der fakultativen Möglichkeit zur Veröffentlichung der Bewertung durch den Leistungserbringer selbst ergeben sich für diesen gegebenenfalls Nutzenpotenziale aus Werbung und Prestigegewinn. Für Patienten stellt das Benchmarking eine Möglichkeit dar, sich Informationen über die gewünschte Leistungserbringung zu verschaffen. Die so gestärkte Patientensouveränität kann, bei bestehender freier Arztwahl, dazu führen, dass Leistungserbringer in eine Art Qualitätswettbewerb treten. Für die effektive Nutzung der Informationen durch den Patienten ist jedoch eine Aufarbeitung der Ergebnisse vonnöten. Benchmarking kann auch mit anderen QM-Instrumenten wie Zertifizierungen in Form von Qualitätssiegeln kombiniert werden, welche beim Erreichen eines bestimmten Grenzwertes von Qualitätsindikatoren vergeben werden. Über Clearinghouse-Institutionen können dem Patienten möglichst viele Informationen über Leistungserbringer in aufgearbeiteter und strukturierter Form angeboten werden.

## Akkreditierung & Zertifizierung

Nach der Definition der internationalen Normierungsorganisation wird unter einer Zertifizierung ein Verfahren verstanden, in dem ein (unparteiischer) Dritter schriftlich bestätigt, dass ein Produkt, ein Prozess oder eine Dienstleistung mit festgelegten Anforderungen konform ist (EN ISO 45020:1998-07). Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin unterscheidet dabei zwischen Zertifikat und Akkreditierung. Ein Zertifikat bescheinigt das Vorhandensein eines normkonformen und funktionsfähigen Qualitätsmanagementsystems. So zählt etwa die Zertifizierung von Praxen zu den externen Qualitätsbewertungen. Diese reicht von einer zusammenfassenden Offenlegung von Informationen durch Qualitätsindikatoren für konkrete Vergleiche, über unspezifische Bewertungen, hin zur einfachen Bestätigung der Er-

12 Underperformer übersetzt sich ins Deutsche mit Minderleister, wobei die etymologische Bedeutung des Wortes im Englischen nicht so stark negativ behaftet ist wie im Deutschen.

13 Ceteris paribus bedeutet: unter der Voraussetzung, dass alle anderen außer den zuvor genannten Variablen gleich bleiben.



langung des Zertifikats. Zertifizierungen werden durch akkreditierte Zertifizierungsstellen durchgeführt. Eine Akkreditierung ist eine formelle Anerkennung der Kompetenzen einer Einrichtung, bestimmte Prüfungen oder Prüfungsarten durchzuführen und als Zertifizierungsstelle zu fungieren (ÄZQ 2009: 101). Die Akkreditierung beschreibt somit im deutschen die Erteilung der Befugnis für die Tätigkeiten der Prüfung, Überwachung und Zertifizierung. Im englischen wird der Begriff *accreditation* entsprechend dem deutschen Begriff Zertifizierung verwendet. So fungiert die amerikanische *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHCO) als Zertifizierungsstelle für Einrichtungen im Gesundheitswesen. Akkreditierungsstellen, die zur Zertifizierung berechtigen, sind meist öffentliche Institutionen wie etwa der *United Kingdom Accreditation Service* (UKAS) in Großbritannien oder der *Haute Autorité de Santé* in Frankreich.

Zertifizierungen im Gesundheitswesen beschränken sich aktuell meist auf betriebliche Parameter. Medizinische oder klinische Versorgungsqualität kann von einer unabhängigen externen Organisation anhand von allgemein anerkannten, eindeutigen und klar verständlichen Indikatoren bewertet werden. Gleichzeitig muss nach möglichst objektiven Kriterien gute Qualität bzw. der zu erreichende Standard für die Zertifizierung oder das Qualitätssiegel definiert werden. Der Erfolg eines solchen Zertifikats oder Siegels ist somit stark von der Autorität der verleihenden Organisation, der Transparenz und fachlichen Anerkennung der Indikatoren abhängig (Szecsenyi et al. 2009: 38).

Ein Beispiel für ein Auszeichnungssiegel ist der Quality Practice Award (QPA), welcher von der englischen Fachgesellschaft der Allgemeinmediziner (Royal College of General Practitioners – RCGP) für hohe Qualität in der Gesundheitsversorgung an Praxen verliehen wird. Im Kapitel QM-Systeme (Teil 2) wird auf die praktische Umsetzung verschiedener Zertifizierungsmodelle eingegangen. In Deutschland sind Vertragsärzte (sowie MVZs und Krankenhäuser) nach § 135a SGB V verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen und ein internes QM in der eigenen Praxis einzuführen. Eine Zertifizierung ist in der deutschen vertragsärztlichen Versorgung optional.

Da QM-Systeme wesentlich auf dem Prinzip des „Erlernens“ und der Weiterentwicklung basieren, müssen Auszeichnungssiegel auch stetig erneuert, also rezertifiziert werden. Solche Rezertifizierungen können als wiederkehrende Überprüfung zur Wiedererlangung des Siegels ausgestaltet sein (meist alle drei Jahre) oder als Erlaubnis zur Fortführung der Berufsausübung dienen. Für eine Rezertifizierung werden etwa Fortbildungen – oftmals aufgebaut als Punktesystem, bei dem Mindestwerte erreicht werden müssen – oder das Ausfüllen von Fragebögen verlangt. Internationale Beispiele sind etwa die englischen *annual appraisals* zur jährlichen Bewertung der niedergelassenen Ärzte oder das französische EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles) – ein Audit zuzüglich einer Selbstbewertung der Praxisinhaber mithilfe von zu Evaluatoren ausgebildeten Ärzten.

## QM-Handbuch & -Dokumentation

Die strukturierte Dokumentation ist unerlässlicher Bestandteil von QM. Darunter fallen alle Aufzeichnungen, die die Methoden, die Durchführung oder die Ergebnisse einer Qualitätsprüfung beschreiben, sowie die prüfungsbeeinflussenden Faktoren, getroffene Maßnahmen und das Fehlermanagement (Paschen 2012: 49). Beispiele sind Verfahrensanweisungen, Arbeits- und Prüfanweisungen und zugehörige Dokumente wie Gesetze und Gebrauchsanweisungen sowie das QM-Handbuch.

Gemäß der Definition der internationalen Normierungsorganisation ist ein QM-Handbuch ein Dokument, in dem das QM-System einer Organisation festgelegt ist, wobei es hinsichtlich Detaillierung und Format an die Größe und Komplexität der Organisation angepasst sein kann. Ein QM-Handbuch legt somit Verfahren und Prozeduren in der konkreten Leistungserbringung fest, beschreibt Wechselwirkungen und Schnittstellen im Leistungsprozess und regelt Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten. Im Hinblick auf eine dynamische Entwicklung müssen der Ist-Zustand – gegebenenfalls als Basis für Audits und Zertifizierungen (siehe vorangegangene Kapitel) – sowie Aktualisierungsverfahren determiniert werden (ÄZQ 2009: 156 f).

Im Zusammenhang mit der QM-Dokumentation wird die Bedeutung der Telematik bzw. elektronischen Aufzeichnung immer größer. So kann die Verfügbarkeit von Informationen verbessert und eine computergestützte Behandlung, etwa bei Arzneimittelverträglichkeitsprüfungen oder leitliniengestütztem Arbeiten, ermöglicht werden. Auch die Arbeitsabläufe als wesentlicher Bestandteil des QM können etwa hinsichtlich des Labordatenaustausches, der Verfahrensdokumentation, des Arztbriefs oder der KV-Abrechnung beschleunigt werden. Solche Telematiksysteme müssen auch immer den Wünschen und Anforderungen der Leistungserbringer entsprechen, um eine weitreichende Akzeptanz und Anwendung zu garantieren und das volle Nutzenpotenzial ausschöpfen zu können. Zu diesen Anforderungen gehören etwa Handhabbarkeit und Wirtschaftlichkeit, Datenschutz und Datensicherheit, ständige Überwachung bzw. Evaluation der Entwicklung der Telematiksysteme, oder die Therapiehoheit des Arztes (ÄZQ 2009: 43ff).





## Patientensicherheit & Fehlermanagement

Die Dokumentation und Verwendung von Berichtssystemen dient auch der Patientensicherheit. Diese bildet ein Qualitätskriterium in der Qualitätssicherung und kann über Stärkung der Sicherheitskultur und Etablierung eines Fehlermanagements gewährleistet werden. Sicherheitskultur hat die dauerhafte Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter auf allen Ebenen der Organisation zum Ziel. Grundvoraussetzung dafür ist ein Risikobewusstsein, selbstverständliches Lernen aus Fehlern und eine hierarchieübergreifende Kommunikation. Es existieren eigene Fehlerberichtssysteme (Incident Reporting Systems – IRS), die Leistungserbringern sichere und anonyme Wege eröffnen, Fehler zu dokumentieren bzw. aus Fehlern anderer Kollegen zu lernen. Damit sollen im Sinne einer Patienten- und Mitarbeiterorientierung Systemfehler und strukturelle Defizite identifiziert und intern (mit eventueller externer Unterstützung) analysiert werden. Fehlermanagement ermöglicht somit eine Rückkopplung im Versorgungsprozess. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin führt förderliche Eigenschaften von Fehlerberichtssystemen an (siehe Tabelle 10).

**Tabelle 10: Eigenschaften von Fehlerberichtssystemen**

Eigenschaften	Erklärungen
sanktionsfrei	Es gibt keinerlei Sanktionen für Berichtende und Nutzer.
anonym oder streng vertraulich	Die Identität des Berichtenden, des Patienten oder der Institution ist entweder vollständig anonym oder streng vertraulich. Die vertraulichen Daten werden niemals an Dritte weitergegeben.
freiwillig	Die Abgabe eines Berichts ist freiwillig.
unabhängig	Das Berichtsprogramm ist von jeglicher Autorität bzw. Institution, die Berichtende oder Nutzer bestrafen könnte, unabhängig.
Analyse durch Experten	Die Berichte werden von Experten analysiert, die die klinische Situation verstehen und zugrunde liegende Systemfehler erkennen können.
zeitnahe Rückmeldung und Umsetzung	Die Berichte werden schnell analysiert, und die Ergebnisse bzw. Empfehlungen werden zügig umgesetzt (bei internen IR-Systemen) bzw. für Berichtende und Nutzer zeitnah veröffentlicht.
systemorientiert	Die Empfehlungen fokussieren auf Veränderungen von Systemen, Prozessen oder Produkten (nicht Personen).
einfach	Das Berichtsformular ist einfach und für jeden zugänglich.
Freitextfelder	Das Berichtsformular gibt ausreichend Raum für Freitexteingaben, in welchen die spezielle Situation beschrieben werden kann.

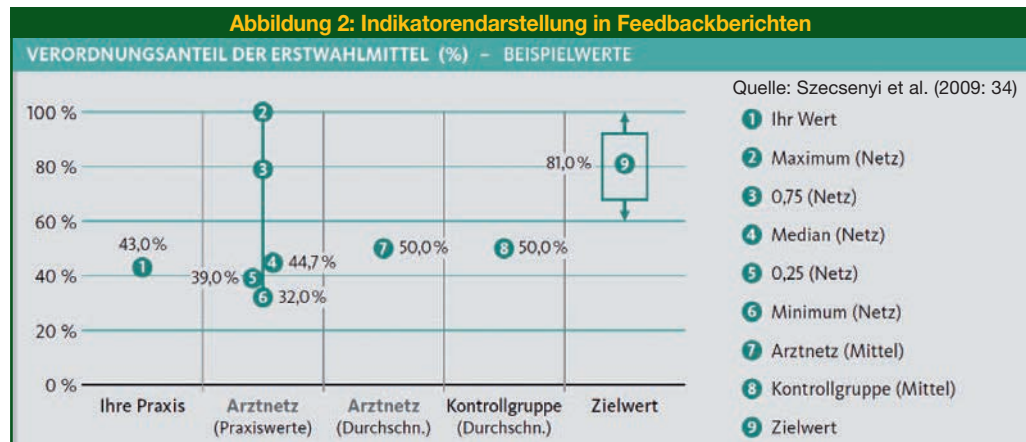
Quelle: IHS HealthEcon gemäß § 75 Abs. 7 SGB V

Hinsichtlich der geschilderten Eigenschaften ist das Fehlermanagement durch ein Berichtssystem im ambulanten Bereich im Vergleich zum stationären Bereich aufgrund der strukturellen Voraussetzungen mit zusätzlichen Herausforderungen konfrontiert. Wegen der kleineren Organisationsstruktur kann vollkommene Anonymität in Praxen schwerer gewährleistet werden. Zusätzlich haben Krankenanstalten eine eigene und speziell dafür ausgebildete Managementebene, welche die Implementierung und Durchführung von Berichtssystemen erleichtert. Im Hinblick darauf bieten internetbasierte Incident-Reporting-Systeme<sup>14</sup> eine Lösungsmöglichkeit, welche Anonymität sicherstellt und externe Unterstützung bei der Analyse bietet (ÄZQ 2009: 84). In Österreich existiert mit CIRSmedical.at eine solches Fehlerberichts- bzw. Lernsystem.

## Feedback- und Qualitätsberichte

Qualitätsberichte sind ein Mittel zur Veröffentlichung der gemeinsam erarbeiteten QM Maßnahmen bzw. Indikatoren und informieren Patienten und Ärztekollegen. Damit kommt Qualitätsberichten auch eine externe Transparenz hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität zu (etwa bei Ärztenetzen) und kann anderen Institutionen als Vorlage für QM dienen (Szecsenyi et al. 2009: 33). Bei Feedbackberichten werden Ergebnisse der QM-Analyse und Indikatoren praxisintern bekannt gemacht. Die Berichte dienen als Diskussionsgrundlage, bei denen auch Empfehlungen ausgesprochen werden können. Diese reichen von der Bestätigung der Einhaltung von Anforderungen und Normen über einen Meinungs austausch über die erzielten Ergebnisse bis hin zu einem Vergleich der eigenen Werte von Qualitätsindikatoren mit denen anderer Praxen. Letztere Form dient als Standortbestimmung im Vergleich zu Kollegen und kann als Ansporn zu Verbesserungen gesehen werden. Abbildung 2 zeigt ein

14 Beispiele für Fehlerbericht- und Lernsysteme im deutschsprachigen Raum sind:  
<http://www.jeder-fehler-zaehlt.de> (Organisation durch das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt)  
<http://www.cirsmedical.de> (Organisation durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin)



Beispiel des AQUA-Institutes für eine Indikatorendarstellung in Feedbackberichten. Dabei wird betont, dass der Arzt seine individuellen Werte erkennen und diese mit der Gruppe fachgleicher Kollegen bzw. Praxen vergleichen können sollte (Szecsenyi et al. 2009: 34).

## Leitlinien

Leitlinien sind im weitestmöglichen Konsens der jeweiligen Fachkreise systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen, mit dem Zweck, Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über zweckdienliche Maßnahmen der Krankenversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unter spezifischen klinischen Umständen zu unterstützen. Leitlinien können als Entscheidungshilfen verstanden werden, welche systematisch von anerkannten Institutionen entwickelt, enthalten auf objektiven Nachweisen beruhende Erkenntnisse, sind an der praktischen Anwendung orientiert und müssen stetig aktualisiert werden. Im Gegensatz zu Richtlinien, die eine verbindliche Vorgehensweise und auch Sanktionen vorsehen, geben Leitlinien einen Handlungs- und Entscheidungskorridor ohne starre Regeln vor, von dem in begründeten Fällen abgewichen werden kann. Die Unterstützung von Patienten und Ärzten durch Leitlinien ergibt sich aus der Bereitstellung und Vermittlung des aktuellen Wissensstandes, womit diese dem Prinzip der Norm ähneln und auch als „Stand von Wissenschaft und Technik“ oder „Regeln der ärztlichen Kunst“ gesehen werden können (Paschen 2012: 84).

Aus der gegebenen Definition lassen sich auch die mit Leitlinien verbundenen Herausforderungen ablesen. Wie weit reicht der Handlungsspielraum bzw. wann kann und muss vom Handlungskorridor abgewichen werden? Ist es möglich, ein allumfassendes Leitliniensystem zu implementieren, das ein weites Spektrum an Krankheiten abdeckt und Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigen kann? Weiters ist die Erarbeitung von Leitlinien damit konfrontiert, gegensätzliche Standpunkte zu klären und unter Abwägung von Kosten und Nutzen das gegenwärtige Vorgehen der Wahl festzulegen. Institutionen, die Leitlinien entwickeln, sollen international anerkannt und für den Anwenderkreis repräsentativ sein, eine systematische Auswahl und Bewertung der Literatur vornehmen und evidenz- und konsensbasiert handeln (siehe Tabelle 11). Valide, aktuelle und praktikable Leitlinien zu erarbeiten ist mit hohem Ressourceneinsatz verbunden. Es kann auch auf bereits entwickelte internationale Leitlinien zurückgegriffen werden, welche jedoch kontextbezogen adaptiert und an lokale Gegebenheiten angepasst werden müssen.<sup>15</sup> Die Leitlinienimplementierung als Transfer von Handlungsempfehlungen in individuelles Handeln bzw. Verhalten von Ärzten stellt die darauffolgende Herausforderung dar. Leitlinien bilden einen entscheidenden Bestandteil im QM. Laut dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin sind sie Grundlage für die Arbeit in Qualitätszirkeln, Referenz für Qualitätsziele, -kriterien und -indikatoren sowie Grundlage für Durchführungsanleitungen, Prozess- und Ablaufbeschreibungen. Umgekehrt bieten QM-Systeme einen idealen Rahmen, um das Potenzial von Leitlinien zu nutzen, indem sie deren Umsetzung in eine Handlungsroutine ermöglichen (ÄZQ 2009: 61). Zur Implementierung kann die Berücksichtigung von Leitlinien in vertragsärztlichen Versorgungsprogrammen (speziell bei chronischen Erkrankungen) festgeschrieben werden.<sup>16</sup>

## Patient-reported Outcomes (PROs)

Patient-reported Outcome (PRO) wird als Oberbegriff für unterschiedliche Konzepte zur Messung subjektiv empfundener Gesundheitszustände verwendet (als Synonym ist vermehrt der Begriff

<sup>15</sup> Die International Guidelines Library ist ein internationaler Zusammenschluss von Leitlinien entwickelnden Einrichtungen, die unter dem Namen Guidelines International Network (G-I-N) über 7000 Leitlinien in verschiedenen Sprachen veröffentlichen.

<sup>16</sup> Beispiele für eine gesetzliche Verankerung von Leitlinien existieren etwa in Deutschland (§§ 23, 73b und 137 SGB V); in Österreich wäre die Bundesqualitätsleitlinie nach § 4 GQG ein Beispiel.







**Tabelle 11: Leitlinienentwicklungsstufen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)**

Entwicklungsstufe	Charakteristika	Erstellungsaufwand	Wissensch. Legitimation d. Methode	Legitimation f. Umsetzung
S3: evidenz- und konsensbasiert	repräsentatives Gremium systematische Evidenzbasierung strukturierte Konsensfindung	sehr hoch	hoch	hoch
S2e: evidenzbasiert	selektives Gremium systematische Evidenzbasierung keine strukturierte Konsensfindung	hoch	hoch	mittel
S2k: konsensbasiert	repräsentatives Gremium keine systematische Evidenzbasierung strukturierte Konsensfindung	mittel	niedrig	hoch
S1: Handlungsempfehlung	selektives Gremium keine systematische Evidenzbasierung keine strukturierte Konsensfindung	gering	niedrig	gering

Quelle: AWMF (2006)

Patient-reported Outcome Measures (PROMs) gebräuchlich). PROs sind dadurch gekennzeichnet, dass der Patient selbst seine Einschätzung berichtet. Es handelt sich dabei um standardisierte Rückmeldungssysteme von Patienten, daneben existieren auch individuelle Rückmeldungskonzepte, wie z. B. Beschwerdeboxen für Patienten.

PRO-Instrumente zur Messung der Qualität der Versorgung aus Patientensicht sind relativ teuer, aufwendig und methodisch anspruchsvoll durch die statistische Ziehung von repräsentativen Stichproben. Dabei beschränken sich PROs nicht nur auf die Dimension der Ergebnisqualität, sondern können auch Bewertungen von Prozessen aus Sicht des Patienten miteinbeziehen (etwa ob eine Gespräch zur Medikation zwischen Arzt und Patienten stattgefunden hat) (Szecsenyi et al. 2009: 24).

Bei PROs werden nicht nur die erhaltene medizinische, therapeutische, pflegerische Versorgung und das Ergebnis beurteilt, sondern auch die Kommunikation bzw. Vermittlung von Informationen, das Personal hinsichtlich Freundlichkeit, Zuverlässigkeit, Kompetenz, Pünktlichkeit, Wartezeit sowie der Zugang zur und die Organisation in der Praxis und Zusatzangebote bewertet (ÄZQ 2009: 17). Damit sollen verschiedene Dimensionen aus Patientensicht abgefragt werden, wie Erwartungen und Bedürfnisse, Vorstellungen und Annahmen bezüglich des Ergebnisses einer Behandlung, persönliche Einstellungen, reale Erfahrungen in einer Situation und der gesundheitliche Outcome. PROs führen zu einer starken Patientenorientierung durch den Leistungserbringer über:

- Gründliche und verständliche Aufklärung
- Vermittlung von Behandlungsoptionen
- Qualität in der Arzt-Patient-Kommunikation
- Aufnahme von Patientenbeschwerden (individuelle oder standardisierte Rückmeldungen)

Die Ausgestaltung von standardisierten Rückmeldungssystemen über PRO-Befragungen sowie deren Analyse oder Benchmarking ist mit großer Herausforderungen verbunden. Erfahrung bei der Erstellung von Fragebögen sowie statistische Kenntnisse sind vonnöten, weshalb auf bereits bestehende PRO-Befragungssysteme als Vorlage zurückgegriffen werden kann, beispielsweise den ZAP-Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung<sup>17</sup> der Medizinischen Hochschule Hannover. Dieser bewertet die Praxis hinsichtlich der Arzt-Patient-Interaktion, der Informationsaufbereitung, der fachlichen Kompetenz und der Praxisorganisation (siehe Fragebogen auf den nächsten Seiten). Zu diesem Fragebogen werden von der KBV zusätzlich allgemeine Hinweise, ein Musteranschreiben, ein Auswertungstool und Hintergrundinformationen bereitgestellt, die die Benutzung erleichtern und damit eine breitere Anwendung garantieren sollen.

Ein weiteres PRO-Instrument in Deutschland ist der vom AQUA-Institut entwickelte EUROPEP-Fragebogen<sup>18</sup>, anhand dessen mittlerweile mehr als 150.000 Patienten bei mehr als 2000 niedergelassenen Ärzten befragt wurden. Dabei werden vom Patienten mittels einer 5-stufigen Skala nachfolgende Dimensionen bewertet (AQUA 2013):

17 <http://www.kbv.de/qep/25808.html> [abgerufen am 11.12.2013]

18 [http://patientenbefragungen.aqua-institut.de/cms/front\\_content.php?idcat=36&lang=1](http://patientenbefragungen.aqua-institut.de/cms/front_content.php?idcat=36&lang=1) [abgerufen am 11.12.2013]





- Arzt-Patient-Beziehung (z. B. Zeit, Zuhören, Erklären, Informieren, Einbeziehung in Entscheidungen)
- Medizinisch-technische Versorgung (z. B. Gründlichkeit, körperliche Untersuchung, Angebote zur Krankheitsvorbeugung)
- Arzthelfer/-innen (z. B. Hilfsbereitschaft)
- Praxisorganisation (z. B. telefonische Erreichbarkeit, Terminvergabe, Wartezeiten, Datenschutz)
- Gesamtzufriedenheit (Patientenbindung, Weiterempfehlungsbereitschaft)

Die EUROPEP-Patientenbefragung kann auch im Rahmen des EPA durchgeführt werden und ermöglicht damit eine erweiterte Darstellung im VISIOTOOL. Praxen können den Fragebogen mit bis zu drei offenen Fragen und/oder bis zu zehn zusätzlichen Standardfragen (mit 5-stufiger Antwortskala) adaptieren, um zusätzliche Informationen zu generieren. Der Fragebogen liegt in vier Varianten für niedergelassene Ärzte vor: Hausärzte; Kinder- und Jugendärzte; Zahnärzte; Ärzte sonstiger Fachrichtungen.

## Ursache-Wirkungs-, Prozess- und Verordnungsanalysen

Bei Ursache-Wirkungs-Analysen werden Probleme definiert, die beteiligten Einflussgrößen bestimmt, eine Auswahl der wichtigsten Faktoren getroffen und diese untersucht, die Beziehung und Kausalitätsrichtung zwischen den Faktoren geprüft und die Erzeugung und Strukturierung von Ideen (etwa durch das Ishikawa-Diagramm)<sup>19</sup> gefördert. Durch externe Unterstützung (etwa einen Moderator), wird ein nach Haupt- und Nebenursachen differenziertes Problemfeld erarbeitet. Vorteile einer

### Fragebogen für die Patientenbefragung zur Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung – Seite 1

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten gerne Ihre persönliche Meinung zum heutigen Arztbesuch in dieser Arztpraxis sowie Ihre Einschätzung dieses Arztes und dieser Arztpraxis im allgemeinen, nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen, erfahren.

Deshalb bitten wir Sie herzlich, die folgenden Fragen zu beantworten. Lesen Sie bitte die Fragen genau durch und kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die aus Ihrer Sicht am besten zutrifft. Lassen Sie bitte keine Frage aus.

1. Wie zufrieden sind Sie mit ...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... der Wartezeit auf den Arzttermin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Wartezeit in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Freundlichkeit des Praxispersonals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Atmosphäre in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin in Bezug auf ...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen über die geplante Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen darüber, was Sie selbst auch zur Heilung beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Verständlichkeit der Informationen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>19</sup> Bekannteste Methode zur Erstellung eines Ursache-Wirkungs-Diagramms, entwickelt von Kaoru Ishikawa (aufgrund des Erscheinungsbildes auch Fischgrät-Diagramm genannt).





Ursache-Wirkungs-Analyse sind eine einfache, übersichtliche und leicht verständliche Visualisierung von Ergebnissen und Zusammenhängen. Jedoch ist die Darstellung komplexer Problemstellungen in der Regel umfangreich und unübersichtlich, und deren zeitliche Abhängigkeiten sind dabei nicht feststellbar (Drews und Hillebrand 2007: 147 f). Die Ursache-Wirkungs-Analyse dient somit als Basis für anknüpfende Teamarbeiten und ist als Vorstufe für weiterführende Analysen geeignet. Dazu gehören etwa Prozessanalysen, die versuchen, einzelne Schritte im Behandlungsprozess sowie deren Zusammenspiel und Auswirkungen zu verstehen. Die Verordnung von Medikamenten durch den Arzt ist ein Prozess in der Leistungserbringung einer Praxis. Verordnungsanalysen (*Drug Utilisation Reviews*) stellen eine externe Beratung zum individuellen Verordnungsverhalten anhand deskriptiver statistischer Analysen in anonymisierter Form, meist im Rahmen von (Pharmakotherapie-)Qualitätszirkeln, dar.

### Fragebogen für die Patientenbefragung zur Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung – Seite 2

3. Wie zufrieden sind Sie <u>im allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin in Bezug ...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... auf sein/ihr Verständnis? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf sein/ihr Einfühlungsvermögen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf Menschlichkeit? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf die Zeit, die er/sie Ihnen widmet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... darauf, ernst genommen zu werden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf Zuspruch und Unterstützung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf seine/ihre Geduld? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin in Bezug auf seine/ihre...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Haben Sie Vertrauen zu Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin?	Ja, ich habe großes Vertrauen .....	<input type="checkbox"/>
	Ja, ich habe eher großes Vertrauen .....	<input type="checkbox"/>
	Ich habe eher wenig Vertrauen .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich habe kein Vertrauen .....	<input type="checkbox"/>
	Ich kenne den Arzt nicht lange genug.....	<input type="checkbox"/>

6. Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch Ihren Arzt/Ihre Ärztin <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) ein?	Sehr hoch .....	<input type="checkbox"/>
	Eher hoch .....	<input type="checkbox"/>
	Eher gering .....	<input type="checkbox"/>
	Sehr gering.....	<input type="checkbox"/>

7. Wie zufrieden sind sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen)?	Sehr zufrieden .....	<input type="checkbox"/>
	Eher zufrieden .....	<input type="checkbox"/>
	Eher unzufrieden .....	<input type="checkbox"/>
	Sehr unzufrieden.....	<input type="checkbox"/>

8. Ihr Geschlecht?	Weiblich.....	<input type="checkbox"/>
	Männlich .....	<input type="checkbox"/>

9. Wie alt sind Sie?	_____ Jahre
----------------------	-------------

Weitere Anmerkungen:	
----------------------	--

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit!





## QUELLENVERZEICHNIS

- Ärztliches Qualitätszentrum (2013): Europäisches Praxisassessment für Österreich. <http://www.europaeisches-praxisassessment.at/> [abgerufen am 04.12.2013].
- AUQA (2013): EUROPEP: Patientenbefragung in der Arztpraxis. AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförd. u. Forschung im Gesundheitswesen. Göttingen. [http://patientenbefragungen.aqua.institut.de/cms/upload/PDF/EUROPEP\\_Hintergrundinfo\\_2013.pdf](http://patientenbefragungen.aqua.institut.de/cms/upload/PDF/EUROPEP_Hintergrundinfo_2013.pdf) [abgerufen am 29.11.2013].
- ÄZQ (2009): Kompendium Q-M-A: Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Gramsch, E., Hoppe, J. D., Jonitz, G., Köhler, A., Ollenschläger, G., Thomeczek, C. (Hrsg.). 3. Auflage. Deutscher Ärzte Verlag. Köln.
- Blozik, E., Nothacker, M., Bunk, T., Szecsenyi, J., Ollenschläger, G., Scherer, M. (2010): Simultaneous development of guidelines and quality indicators – How do guideline groups act? A worldwide survey. *Int J Health Care Qual Assur.* 25 (8): 712–729.
- Brizius, J. A., Campbell, M. D. (1991). *Getting results: A guide for government accountability.* Washington, DC: Council of Governors Policy Advisors.
- Broge, B., Stock, J., Szecsenyi, J. (2009): Allgemeine Indikatoren: Messgrößen für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle. QiSA stellt sich vor. Szecsenyi, J., Broge, B., Stock, J. (Hrsg.). 1. Aufl. KomPart. Berlin.
- Campbell, S. (2013): Quality assurance and quality improvement in PHC. Präsentation. Vienna Healthcare Lectures. 05.11.2013.
- Care Quality Commission (2013): <http://www.cqc.org.uk/> [abgerufen am 22.11.2013].
- Czypionka, T., Regina, G., Marcel, K. (2011): Qualität im niedergelassenen Bereich – ein Update. *Health System Watch, HSW II/2011.* Institute for Advanced Studies. Vienna.
- Czypionka, T., Riedel, M., Röhring, G. (2006a): Europa in Bewegung: Qualität im niedergelassenen Bereich. *Health System Watch, HSW I/2006.* Institute for Advanced Studies. Vienna.
- Czypionka, T., Riedel, M., Röhring, G. (2006b): Medizinische Leitlinien: Ein Qualitätsinstrument wird erwachsen. *Health System Watch, HSW IV/2006.* Institute for Advanced Studies. Vienna.
- Deming, W. E. (1982): *Out of the Crisis.* Massachusetts Institute of Technology. Cambridge.
- Donabedian, A. (1980): *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment, Explorations in Quality Assessment and Monitoring.* Health Administration Press.
- Drews, G., Hillebrand, N. (2007): *Lexikon der Projektmanagement-Methoden.* Rudolf Haufe Verlag. München.
- Durand-Zaleski, I. (2012): Financial incentives in France: from CAPI to public health targets. Präsentation im Rahmen des European Health Forum Gastein. <http://www.ehfg.org/intranet/app/webroot/uploads/presentations/files/uploads/3f679f521d60c2d902912d9404b0d3.pdf>. [abgerufen am 11.12.2013].
- EFQM (2010): *Achieving Excellence.* Brüssel. <http://www.efqm.org/the-efqm-excellence-model> [abgerufen am 16.10.2013].
- Eisler, R. (2009): Transparenz bei der Qualität interessiert die Versicherten nicht: Der Geschäftsführer von comparis.ch zur Wahl der Krankenversicherung. *Care Management.* 1: 3.
- Elovainio, R. (2010): Performance incentives for health in high-income countries: Key issues and lessons learned. *WHO World Health Report. Background Paper Nr. 32.*
- Griem, C., Kleudgen, S., Diel, F. (2013): Qualitätssicherung: Instrumente der kollegialen Qualitätsförderung. *Dtsch Arztebl* 2013. 110(26). 1310-1313.
- GMDS (2007): Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in der Medizin“. *Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements.* 2. Aufl. GMDS. Hannover.
- Grol, R. (1994): Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide. *Quality in Health Care* 1994; 3: 147–52.
- Joint Commission (2013): *Accreditation Quality Report. Version 1/2013. Quality Check.*
- Kastenholz, H., Geraedts, M., Selbmann, H. K. (2011): Benchmarking im Gesundheitswesen: Ein Instrument zur Qualitätsverbesserung setzt sich durch. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.* 105 (5): 329–330.
- KBV (2008): Überblick über das QEP Zertifizierungsverfahren. [http://www.kbv.de/media/sp/Ueberblick\\_ueber\\_das\\_QEP\\_Zertifizierungsverfahren.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Ueberblick_ueber_das_QEP_Zertifizierungsverfahren.pdf). [abgerufen am 13.11.2013].
- KBV (2013): QM-Systeme im Vergleich. Spezifische QM-Systeme bzw. -Verfahren für Praxen. <http://www.kbv.de/qep/11622.html> [abgerufen am 29.11.2013].
- Kelley, E., Hurst, J. (2006): *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework.* OECD Health Working Paper 23. Paris.
- Kriedel, T. (2004): *Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung.* KBV. Berlin.
- KVNo (2008): Spezifische QM-Systeme bzw. -Verfahren für Praxen. <http://www.kvno.de/downloads/quali/qm-vergleich.pdf> [abgerufen am 13.11.2013].
- Nabitz, U., Klazinga, N., Walburn, J. (2000): „The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care“. *International Journal for Quality in Health Care.* 12 (3).
- Nyweide, D. J., Weeks, W. B., Gottlieb, D. J., Casalino, L. P., Fisher, E. S. (2009): Relationship of primary care physicians' patient caseload with measurement of quality and cost performance. *Jama.* 302 (22): 2444–2450.
- Oali/Gymeszi/Urtaru (2011): *Quality indicators in primary care. EUprimecare.* European Commission FP7 funded.
- Paschen, U. (2012): *Wörterbuch Qualitätsmanagement in der Medizin. Normgerechte Definitionen und Interpretationshilfen.* Beuth Verlag GmbH. Wien.
- Reiter, A., Fischer, B., Kötting, J., Geraedts, M., Jäckel, W. H., Barlag, H., Döbler, K. (2007): *Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren.* BQS Düsseldorf.
- Saint-Lary, O., Plu, I., Naiditch, M. (2012): Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France. *Journal of Medical Ethics.* 38 (8): 485–491.
- Siebig, J. (2013): Rolle des Benchmarking aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFO).* 105: 408–411.
- SVR (2007): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung.* Nomos. Baden-Baden.
- Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R. (2009): QiSA stellt sich vor: Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Szecsenyi, J., Broge, B., Stock, J. (Hrsg.). 1. Aufl. KomPart. Berlin.
- Tönnies, T. (2012): Ein Modell zur Erhebung des Dokumentations- und Kostenaufwands der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Bachelorarbeit an der Hochschule Niederrhein.
- Vietze, J. (2013): *Kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch Standardisierung.* [http://de.wikipedia.org/wiki/Demingkreis#cite\\_ref-Deming\\_Circle\\_1-0](http://de.wikipedia.org/wiki/Demingkreis#cite_ref-Deming_Circle_1-0) [abgerufen am 16.10.2013].

Der zweiten Teil des Artikels erscheint in der nächsten Ausgabe der Sozialen Sicherheit, darin wird im Kapitel „Internationale QM-Systeme“ auf die praktische Umsetzung verschiedener Zertifizierungsmodelle eingegangen.

