

# Versorgungs-Report 2012

## „Gesundheit im Alter“

Christian Günster / Joachim Klose /  
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 303-312



20	<b>QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung – Das Beispiel Palliativversorgung in der Hausarztpraxis .....</b>	<b>303</b>
	<i>Regine Chenot, Johannes Stock, Björn Broge, Peter Engeser und Joachim Szecsenyi</i>	
20.1	QISA als Indikatorensystem – Ziele und Grundstruktur .....	304
20.2	Nutzung und Anwender von QISA .....	305
20.3	Methodik .....	305
20.3.1	Die QISA-Module – Aufbau und Themen .....	306
20.3.2	Systematik und Darstellung der QISA-Module .....	306
20.4	Qualitätsindikatoren für die hausärztliche Palliativversorgung .....	307
20.5	Entwicklung des Indikatoren-Sets .....	308
20.6	QISA-Indikatorenset zur hausärztlichen Palliativversorgung .....	309
20.7	Fazit .....	311

# 20 QISA – Das Qualitätsindikatoren-system für die ambulante Versorgung

Das Beispiel Palliativversorgung in der Hausarztpraxis

Regine Chenot, Johannes Stock, Björn Broge, Peter Engeser und Joachim Szecsenyi

## Abstract

QISA – das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung wurde entwickelt, um die Qualität der Patientenversorgung transparent zu machen. Es enthält systematisch zusammengestellte Indikatoren-Sets für 14 wichtige Versorgungsbereiche und umfasst insgesamt über 130 Qualitätsindikatoren. Der Beitrag gibt einen Überblick über QISA und beschreibt dann beispielhaft das Modul Hausärztliche Palliativversorgung. Im Rahmen einer systematischen Recherche und eines Experten-Bewertungsverfahrens wurden hier Indikatoren für die hausärztliche Versorgung von Schwerstkranken und Patienten an ihrem Lebensende entwickelt. Diese beziehen sich auf die Identifikation der Patienten, die palliativ versorgt werden, die Umsetzung von Patientenwünschen, die Symptomkontrolle sowie frühzeitige Vorsorge für mögliche Akutbeschwerden. Im Vordergrund stehen dabei nicht nur Patienten wie Krebskranke, Schwerstkranke und Sterbende, sondern darüber hinaus Patienten mit Formen einer Demenz sowie terminalen Herz-, Lungen-, Leber- und Nierenerkrankungen. QISA thematisiert damit einen Bereich, bei dem die Versorgung und ihre Qualitätsmaßstäbe noch in der Entwicklung sind, wo aber gute Versorgungsqualität eine besondere Verpflichtung darstellt.

QISA – the quality indicator system for ambulatory care has been designed to describe the quality of patient care in general practice. It systematically compiles indicator sets for 14 major areas of health care and includes a total of 130 quality indicators. The article provides an overview of QISA and illustrates the set of indicators for palliative care. Indicators for measuring dimensions of primary care of patients seriously ill and at the end of their lives are based on a systematic literature research and an expert evaluation process. These indicators relate to the identification of patients in need of palliative care, the recognition of patient needs, symptom control and early screening for possible acute symptoms. The focus is not only on patients with cancer, the seriously ill and the dying, but also on patients with forms of dementia and terminal heart, lung, liver and kidney diseases. QISA indicators for palliative care address an area where processes and standards of care are still under development, but where good quality of care is a special obligation.

## 20.1 QISA als Indikatorensystem – Ziele und Grundstruktur

Gute Qualitätsindikatoren sind eine notwendige Voraussetzung für die Arbeit an der Qualität der Versorgung. Sie schaffen die nötige Transparenz, um dieses nicht leicht zu erschließende Feld erkennbar und greifbar zu machen, um es bewerten und steuern zu können. Damit sind die wichtigsten Ziele von QISA umrissen: Das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ soll Versorgungsqualität mit validen Indikatoren transparent machen und so die systematische Arbeit an dieser Qualität unterstützen. Dafür stellt QISA Ärzten, Krankenkassen und anderen an guter Versorgung Interessierten über 130 systematisch ausgewählte Qualitätsindikatoren zur Verfügung (Szecsenyi et al. 2009). QISA wurde vom AQUA-Institut im Auftrag des AOK-Bundesverbands erarbeitet und wird seit 2009 in mehreren Etappen veröffentlicht ([www.qisa.de](http://www.qisa.de)).

Der Charakter als Qualitätsindikatorensystem hebt QISA von anderen Angeboten ab, die eher als Indikatorenpool oder als Sammlung von Indikatoren zu bezeichnen sind. Sie listen entweder alle eruierten Indikatoren auf oder wählen aus den in der Literatur gefundenen Indikatoren die methodisch besten Parameter aus. Interessierte Nutzer müssen dann aber selbst die Auswahl treffen, mit welchen Indikatoren sie die Qualität ihres eigenen Versorgungsbereichs beleuchten wollen. Einseitig droht diese Betrachtung dann zu werden, wenn eine Sammlung gar nicht zu allen relevanten Qualitätsaspekten Indikatoren enthält, etwa weil zu bestimmten Fragen in der Literatur keine oder keine als ausreichend gut bewerteten Indikatoren zu finden waren.

Ziel von QISA ist es dagegen, systematisch Transparenz über die relevanten Qualitätsaspekte der wichtigsten Versorgungsbereiche herzustellen. Als Indikatorensystem in diesem Sinne schlägt es für über ein Dutzend Versorgungsbereiche jeweils ein in sich abgestimmtes Bündel von Indikatoren vor, die wesentliche Aspekte von Qualität beleuchten und damit eine umfassend gestützte Aussage über die Qualität je Versorgungsbereich ermöglichen. Das entlastet die Nutzer von der Auswahlentscheidung und vermeidet einseitige Schwerpunktsetzungen oder eine nur selektive Qualitätstransparenz. Beispielsweise enthält QISA für den Bereich Hypertonie nicht nur Indikatoren zur Qualität von Diagnostik und Behandlung, sondern auch zu den Aspekten Medikation, Prävention und Schulung.

QISA ermöglicht aber nicht nur eine systematische Beschreibung der Qualität einzelner Versorgungsbereiche. Das System deckt die wichtigsten Bereiche der ambulanten Versorgung ab und bietet damit auch die Basis für eine Gesamtbeschreibung der ambulanten Versorgungsqualität. Natürlich handelt es sich bei der Auswahl sowohl der Versorgungsbereiche als auch der Indikatoren um Setzungen, die diskutierbar sind. Genau in dieser Setzung besteht jedoch der Wert von QISA im Sinne einer offenen Positionierung, was die hinter QISA stehenden Personen für wesentliche Qualitätsaspekte und dazu passende Indikatoren halten. Die einzelnen QISA-Bände machen transparent, wie die jeweilige Auswahl zustande kam und wie sie begründet ist. QISA stellt seine Vorschläge auf diese Weise zur Diskussion, auch um damit die Herausbildung von Standards für die Beschreibung von ambulanter Versorgungsqualität anzuregen.

## 20.2 Nutzung und Anwender von QISA

QISA lässt sich zu Zwecken der internen und der externen Qualitätstransparenz einsetzen (Sachverständigenrat 2007, 554–6). Erstere bezieht sich auf Praxen oder Versorgungsmodelle und informiert die dort tätigen Ärzte etwa in Form von Feedback-Berichten über die Ausprägung und Entwicklung bestimmter Qualitätsparameter. Ggf. erhalten auch das Management oder beteiligte Vertragspartner Berichte für ihre Belange. Die Informationen lassen sich dann für das praxisinterne Qualitätsmanagement, im Qualitätszirkel oder für Verträge auf regionaler Ebene einsetzen. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird unter Qualitätstransparenz oft die externe Form verstanden. Sie richtet sich an die Öffentlichkeit, an Patienten oder Versicherte und soll sie über ganz unterschiedliche Medien möglichst valide über die geleistete Qualität einer Praxis oder eines Versorgungsmodells unterrichten. Auch für diesen Zweck lassen sich die QISA-Indikatoren einsetzen. Allerdings wird dies für Ärzte in der Regel erst dann akzeptabel sein, wenn sie zunächst in ausreichender Weise interne Qualitätstransparenz erhalten. Denn nur dadurch können Ärzte eigene praktische Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren sammeln und so das nötige Vertrauen in die Aussagekraft dieses Instruments gewinnen.

Damit ist auch schon angedeutet, für welche Nutzer QISA interessant ist. Das können Ärzte sein, die sich mit Hilfe der in ihrer Praxis verfügbaren Daten ein Bild über die geleistete Qualität und ihre Entwicklung über die Zeit machen wollen. QISA richtet sich hier mit seiner breiten Ausrichtung in erster Linie an Hausärzte, mit den Indikatoren zu einzelnen Versorgungsbereichen aber auch an andere Fachärzte. Nutzer von QISA können zudem Ärztegruppen, Qualitätszirkel oder ganze Versorgungsmodelle sein. Sie haben den Vorteil, dass die Indikatorenwerte mit Kollegen besprochen und bewertet werden können. Versorgungsmodelle haben darüber hinaus oft die bessere Infrastruktur, um die nötigen Daten zu erheben und auszuwerten, und sie können die Ergebnisse für interne Projekte wie auch für die externe Qualitätsdarstellung einsetzen. Deswegen ist QISA insbesondere für Arztnetze, Medizinische Versorgungszentren und andere kooperative Versorgungsformen ein interessantes Angebot.

## 20.3 Methodik

Bei der Auswahl der Indikatoren lehnt sich das AQUA-Institut eng an das als Standard geltende RAND/UCLA-Verfahren (Fitch et al. 2001) an. Wesentliche Elemente sind dabei eine systematische Literaturrecherche nach Indikatoren, die bestimmte Anforderungen an Evidenzbasierung, Aussagekraft und Praktikabilität erfüllen (Campbell et al. 2003), sowie eine strukturierte, zweistufige Bewertung der Indikatoren durch Experten für den jeweiligen Versorgungsbereich. Ergänzend kommt der QISA-spezifische Systemansatz hinzu, der auf eine Zusammensetzung der Indikatoren achtet, die für den Versorgungsbereich wichtige Qualitätsaspekte berücksichtigt. Es kommt für die QISA-Auswahl mithin neben Evidenzbasierung, methodischer Güte und Expertenbeteiligung auch auf die systematische Fokussierung der in einem Set gebündelten Indikatoren an.

Tabelle 20–1

**Aufbau des Qualitätsindikatorensystems für die ambulante Versorgung QISA**

QISA-Module/ QISA-Bände	
Einführung	A. QISA stellt sich vor
Qualitätsmanagement in Versorgungsmodellen	B. Allgemeine Indikatoren für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle
Indikationsbezogene Module	C1. Asthma/COPD
	C2. Diabetes mellitus Typ 2
	C3. Bluthochdruck
	C4. Rückenschmerz
	C5. Alkoholmissbrauch (geplant)
	C6. Depression (in Arbeit)
	C7. Koronare Herzkrankheit (in Arbeit)
	C8. Herzinsuffizienz (in Arbeit)
Arzneimittelverordnung	D. Pharmakotherapie
Prävention	E1. Primärprävention: Bewegung, Ernährung, Raucherberatung, Impfungen
	E2. Krebsfrüherkennung
Weitere Versorgungsbereiche	F1. Hausärztliche Palliativversorgung
	F2. Multimorbidität (geplant)

Versorgungs-Report 2012

WlD0

**20.3.1 Die QISA-Module – Aufbau und Themen**

Tabelle 20–1 zeigt den modularen Aufbau von QISA nach wichtigen Versorgungsbereichen. Für jedes QISA-Modul gibt es einen eigenen Band.

**20.3.2 Systematik und Darstellung der QISA-Module**

Um Qualität aussagekräftig und valide zu beschreiben, braucht es eine möglichst genaue Vorstellung, in welchen Strukturen, Prozessen und Ergebnissen sich gute Qualität ausdrückt. Deshalb beginnt jeder QISA-Band mit einem evidenzbasierten Qualitätskonzept, aus dem ein Set an Indikatoren abgeleitet wird. Jeder einzelne Indikator ist in einheitlicher Systematik dargestellt und begründet. Die Umsetzung der Qualitätsindikatoren in die Praxis wird durch eine Vielzahl von praktischen Hinweisen erleichtert. Die Anwendung von Indikatoren erfordert eine möglichst präzise Beschreibung der Qualitätsaspekte, die ein Indikator abbildet (Aussage, Begründung und Zielstellung), seiner Berechnung (Zähler, Nenner) und der dafür erforderlichen Voraussetzungen wie beispielsweise Datenquellen und Dokumentation sowie der Bezugszeitraum (z. B. ein Zeitpunkt, ein Quartal oder quartalsübergreifend). Für jeden Indikator wird die Messgüte anhand von Validität, Veränderungssensitivität und Reliabilität beschrieben. Ein weiterer Abschnitt enthält Informationen zu Epidemiologie und Prävalenz sowie einen Überblick über Evidenz und verfügbare Praxisstudien. Dann werden die Indikatorensysteme und Leitlinien vorgestellt, die den Indikator verwenden. Hilfreich sind auch bereits gemachte Erfah-

rungen mit den Indikatoren und deren zweckmäßige Einbindung in ein Qualitätsmanagement (Interpretation, Handlungskonsequenzen, Einbindung der Ergebnisse in die Qualitätszirkel-Arbeit). Den Abschluss bildet eine Literaturliste zum jeweiligen Thema (vgl. Szecsenyi et al. 2009). All diese Informationen sollen es den Anwendern erleichtern, sich gezielt mit der Qualität ihrer Patientenversorgung auseinanderzusetzen (Beyer et al. 2011).

## 20.4 Qualitätsindikatoren für die hausärztliche Palliativversorgung

Nach der allgemeinen Beschreibung von QISA soll hier nun am Beispiel der Indikatoren für die hausärztliche Palliativversorgung die Systematik von QISA sowie die Vorgehensweise bei der Indikatorenentwicklung dargestellt werden.

Palliativmedizinische Versorgung ist erforderlich für Patienten mit kurativ nicht zugänglichen Erkrankungen in fortgeschrittenen Stadien (vgl. hierzu den Beitrag von Peter Engeser, Kapitel 18 in diesem Band). Die allgemeine ambulante Palliativversorgung findet in den primären Versorgungsstrukturen in erster Linie durch Hausärzte und ambulante (Palliativ-) Pflegedienste statt (vgl. Schneider et al. 2010). Mit der hausärztlichen Palliativversorgung greift QISA einen Versorgungsbereich auf, in dem gute Qualität eine besondere Verpflichtung darstellt (Engeser et al. 2010). Die vorgestellten Indikatoren bilden die Qualität der Patientenversorgung in diesem zunehmend wichtigen Bereich ab und dienen der gemeinsamen internen Arbeit von Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel, die Qualität ihrer Arbeit anschaulich darzustellen und anhand der gewonnenen Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Die Bedeutung der Versorgung von Sterbenden und Patienten an ihrem Lebensende in den primären Strukturen des Gesundheitswesens lässt sich so auch im Hinblick auf andere Professionen und Akteure, Krankenversicherungen, die Öffentlichkeit und nicht zuletzt Lehre und Versorgungsforschung darstellen.

Die QISA-Indikatoren zur hausärztlichen Versorgung von Schwerstkranken und Patienten an ihrem Lebensende beziehen sich auf die Identifikation der Patienten, die palliativ versorgt werden, die Umsetzung von Patientenwünschen, die Linderung von Symptomen sowie frühzeitige Vorsorge für mögliche Akutbeschwerden. Die Zielgruppe bilden dabei nicht nur die klassischen Patienten wie Krebskranke, Schwerstkranke und Sterbende, sondern darüber hinaus Patienten mit demenziellen Syndromen sowie terminalen Herz-, Lungen-, Leber- und Nierenerkrankungen (Engeser et al. 2010).

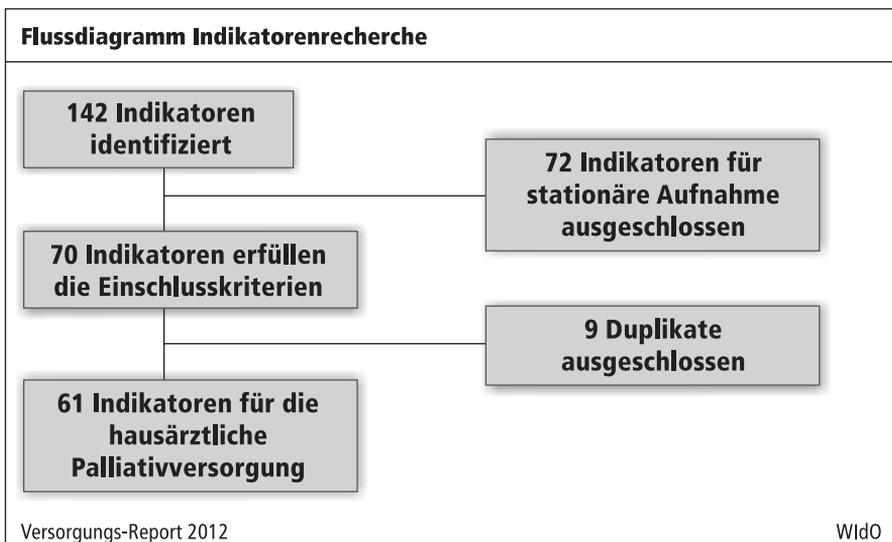
Eine Reihe von Studien und Erhebungen zeigen, dass Palliativpatienten in der Hausarztpraxis oftmals multimorbide sind und häufig Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und neurologische Erkrankungen aufweisen (vgl. RKI 2006; WHO 2004). Bei den Erkrankungen des Nervensystems dominiert die Demenz. Schneider et al. (2006) konnten in einer Befragung zeigen, dass Hausärzte durchschnittlich doppelt so viele Patienten mit nichtmalignen Erkrankungen in palliativer Situation versorgen wie Patienten mit malignen Erkrankungen. Patienten auf Palliativstationen und in Hospizen zeigen ein anderes Diagnosespektrum (vgl. z. B. Lindena und Woskanian 2008).

Generell ist der Anteil der Patienten mit malignen Erkrankungen in der Primärversorgung niedriger als in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung, in Palliativstationen oder Hospizen (Murray und Sheikh 2008). Die zeitliche Phase, in der Hausärzte in der Behandlung dieser Patienten engagiert sind, ist länger. Sie kennen die Patienten (und Angehörigen) oft schon bevor diese ein sehr weit fortgeschrittenes Krankheitsstadium erreichen. In der spezialisierten Versorgung findet der erste Arzt-Patient- (oder Angehörigen-)Kontakt in der Regel erst zu einem späteren Zeitpunkt statt (Schneider et al. 2010).

## 20.5 Entwicklung des Indikatoren-Sets

Die Indikatoren wurden in einem zweistufigen Verfahren ausgewählt und fokussiert (vgl. Engeser et al. 2010). Zu Beginn stand die Recherche der verfügbaren Evidenz, basierend auf einer Literaturrecherche in der Datenbank Medline anhand der Suchbegriffe („Palliative Care“ OR „Advance Care Planning“ OR „end of life“) AND („Health Care Quality, Access, and Evaluation“ OR „quality indicators“ OR „performance measures“). Die 216 Treffer wurden auf relevante Publikationen untersucht. Es fanden sich insgesamt 77 Arbeiten zum Thema „Qualitätsindikatoren für die palliative Versorgung“. In 25 Publikationen wurden explizit Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung aufgeführt. Des Weiteren wurden bestehende internationale Datenbanken (Portale) für Qualitätsindikatorensysteme (z. B. National Quality Measures Clearinghouse) und Organisationen abgefragt. Auch nationale wie internationale Leitlinien und Richtlinien wurden auf Empfehlungen für Qualitätsindikatoren überprüft. Insgesamt konnten 142 Indikatoren für die Palliativversorgung identifiziert werden (Abbildung 20–1).

Abbildung 20–1



Alle für die hausärztliche Palliativversorgung relevanten dokumentierten Indikatoren wurden gegebenenfalls übersetzt und in ein Register integriert. Insgesamt bewertete die Expertengruppe 61 Indikatoren (Liste der bewerteten Indikatoren auf S. 52f in Engeser et al. 2010). Diese ließen sich sechs Domänen zuordnen:

1. Identifikation der Zielgruppe
2. Patientenmanagement
3. Qualifikationen
4. Symptomkontrolle
5. Monitoring
6. Unangemessene medizinische Maßnahmen

Zur Beurteilung der Relevanz der Indikatoren wurden zwei Bewertungsrounden durchgeführt. Die erste Runde bestand aus einer schriftlichen postalischen Bewertung, während die zweite Bewertungsrunde im Anschluss an ein halbtägiges Treffen der Experten zur Diskussion der Ergebnisse der ersten Bewertungsrunde durchgeführt wurde. In der zweiten Bewertungsrunde wurde neben der Relevanz des Indikators auch die Praktikabilität (Umsetzbarkeit) der Indikatoren bewertet.

Wesentliche Arbeitsgrundlage für die Bewertung der Indikatoren war ein Formular, das neben einer Beschreibung des Indikators die zu bewertenden Eigenschaften sowie angemessenen Platz für Anmerkungen enthält. Formulierungshinweise der Experten, die sich im Wesentlichen auf Rahmenbedingungen der hausärztlichen Palliativversorgung bezogen – insbesondere bei Indikatoren aus anderen Gesundheitssystemen –, wurden in die Beschreibung aufgenommen.

Das Expertenpanel setzte sich aus sieben Personen zusammen, die Fachexperten für palliative Versorgung sind, sowie einer Patientenvertreterin, die als Beraterin für eine akkreditierte Patientenberatungs-Einrichtung mit dem Thema vertraut ist.

## 20.6 QISA-Indikatorenset zur hausärztlichen Palliativversorgung

Tabelle 20–2 führt die vom Expertenpanel im Konsens (mindestens sechs der acht Teilnehmer bewerten den Indikator als relevant und praktikabel) ausgewählten Indikatoren auf.

Bei der Erhebung der Daten und der Interpretation der Qualitätsindikatoren spielt die Definition der Patientengruppe eine wichtige Rolle. Da die Fallzahl in einer einzelnen Praxis hier gering sein wird, ist dieses Indikatorenset eher für ein Arztnetz, ein Versorgungsmodell oder einen Vertrag zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern geeignet. Eine allgemein gültige Definition der Patientengruppe gibt es indes nicht (Lorenz et al. 2008). Die geschätzte Lebenserwartung hat sich in dieser Hinsicht nicht als belastbares Kriterium erwiesen. Da als Zielgruppe Patienten mit hausärztlicher Palliativversorgung interessieren, bietet es sich an, die teilnehmenden Ärzte selbst entscheiden zu lassen, welche ihrer Palliativpatienten sie in die Qualitätsmessung und -sicherung einbeziehen wollen. Der erste Indikator bildet daher ab, dass die behandelnde Praxis in der Lage ist, ein Register ihrer Palliativpa-

Tabelle 20–2

**Qualitätsindikatoren für die hausärztliche Palliativversorgung\***

Indikator	Fragestellung
Indikator 1	Die Praxis kann ein Register ihrer Palliativpatienten erstellen
Indikator 2	Anteil der Palliativpatienten, für die ein Ansprechpartner dokumentiert ist
Indikator 3	Anteil der Palliativpatienten, die zu Hause oder im Hospiz versterben
Indikator 4	Anteil der Palliativpatienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxantien behandelt werden
Indikator 5	Anteil der Palliativpatienten mit dokumentierten Symptomen: Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen
Indikator 6	Anteil der Palliativpatienten mit einem Behandlungsplan bei Atemnot (Dyspnoe)
Indikator 7	Anteil der Palliativpatienten mit einem Behandlungsplan für den Fall der Schmerzzunahme
Indikator 8	Anteil der Palliativpatienten mit nicht-sinnvollen Kombinationen von Opioiden

\* vgl. Engeser et al. 2010

Versorgungs-Report 2012

WIdO

tienten zu erstellen. Am besten geht dies über einen Auszug aus der Praxissoftware; dazu müssen die Patienten einheitlich kodiert sein. In der elektronischen Patientenakte kann zusätzlich ein Ansprechpartner bzw. Vertreter des Patienten dokumentiert werden. Indikator 2 bildet ab, für welchen Anteil der Palliativpatienten ein Ansprechpartner für die Mitteilung von Diagnosen und die Diskussion von Behandlungszielen dokumentiert ist.

In aller Regel ist die stationäre Einweisung von hausärztlich betreuten Palliativpatienten kurz vor ihrem Tod nicht sinnvoll. Moderne Palliativversorgung strebt an, dem Patienten nach aller Möglichkeit das Sterben zu Hause zu ermöglichen. Indikator 3 gibt deshalb an, wie viele der von den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell versorgten Palliativpatienten zu Hause oder im Hospiz versterben, gemessen an allen verstorbenen Palliativpatienten.

Symptomkontrolle ist ein wichtiger Bestandteil hausärztlicher Palliativversorgung. Deshalb misst Indikator 5 den Anteil der Palliativpatienten, bei denen das Vorhandensein oder Fehlen bestimmter Symptome wie Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen oder Obstipation dokumentiert werden.

Bewährt hat sich ein palliativmedizinischer Behandlungsplan, für den der Hausarzt mit dem Patienten bzw. dessen Angehörigen das weitere Vorgehen einschließlich potenzieller Notfallsituationen bespricht und dokumentiert. Unter den beteiligten Praxen oder den Teilnehmern des Versorgungsmodells kann vereinbart werden, Diagnosen und Therapieentscheidungen mit präziser Definition der Zielsymptomatik in einem Behandlungsplan festzulegen. In diesem (elektronischen) Formular können auch Ansprechpartner, Patientenwünsche, Informationen zur Verlaufsbeobachtung und schließlich auch die Bedarfsmedikation mit Dosierung, Häufigkeit und Voraussetzungen festgehalten werden. Ein Behandlungsplan enthält Informationen, die eine vorausschauende Behandlungsplanung ermöglichen und die Koordination mit dem Pflegepersonal und anderen Beteiligten erleichtern (Indikatoren 6–7). Die Indikatoren zum Ordnungsverhalten bei anhaltender opioidbedingter Verstopfung bzw. zur Schmerztherapie mit Opioiden (Indikatoren 4 und 8) lassen sich mit Ordnungsdaten abbilden, benötigen also keine Zusatzdokumenta-

tion. Zusammen mit den in teilnehmerindividuellen Behandlungsplänen dokumentierten Informationen bilden sie eine geeignete Grundlage für gute hausärztliche Palliativversorgung (vgl. Engeser et al. 2010).

## 20.7 Fazit

QISA legt mit dem Modul zur hausärztlichen Palliativversorgung erstmals Qualitätsindikatoren für diesen Versorgungsbereich vor. Dies berücksichtigt, dass Palliativversorgung wegen ihres großen Hilfefentials und des zu erwartenden wachsenden Bedarfs immer wichtiger wird und deshalb geeignete Qualitätsmaßstäbe erforderlich sind. QISA unterstützt damit anerkannte Qualitätsziele, insbesondere Palliativpatienten zu einer noch möglichst hohen Lebensqualität zu verhelfen und sie nach Möglichkeit im häuslichen Umfeld palliativmedizinisch zu betreuen (s. den Beitrag von Peter Engeser, Kapitel 18 in diesem Band).

Das QISA-Modul zur hausärztlichen Palliativversorgung zeigt beispielhaft Indikatoren auf, wie sie im Qualitätszirkel, im Netz oder im Versorgungsmodell zu Diskussion, Bewertung und Förderung der Versorgungsqualität durch QISA-Anwender genutzt werden können. In dieser Form ist QISA eine geeignete Basis, um mit Ärzten und in Versorgungsmodellen über Qualitätstransparenz und den Einsatz von Indikatoren zu sprechen und mit ihnen an der Weiterentwicklung der Qualität zu arbeiten. Nachdem nun bereits 10 von insgesamt 15 QISA-Bänden veröffentlicht sind, kommt es im Weiteren vor allem darauf an, Projekte und Praxisumsetzungen zu entwickeln, mit denen an vielen Stellen konkrete Erfahrungen mit Qualitätstransparenz gesammelt werden. Hierzu gehören auch detaillierte Spezifikationen der QISA-Indikatoren, um sie in entsprechende Software integrieren zu können, die die Dokumentation und Auswertung der erforderlichen Daten erleichtert. Denn QISA soll die Ärzte nicht zusätzlich belasten, sondern ihnen vor allem hilfreiche Informationen zur Verfügung stellen.

## Literatur

- Beyer M, Chenot R, Erler A, Gerlach FM. Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2010; 105: 13–20.
- Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816–9.
- Engeser P, Böhlen F, Chenot R. Hausärztliche Palliativversorgung. Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Schwerstkranken und Patienten an ihrem Lebensende. QISA - Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, hrsg. von Szecsenyi J, Broge B, Stock J. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft 2010.
- Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD et al. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica: RAND 2001.
- Lindena G, Woskanjan S. Hospiz- und Palliativversorgung HOPE. [www.hope-clara.de/download/GesamtberichtHOPE2008.pdf](http://www.hope-clara.de/download/GesamtberichtHOPE2008.pdf) (28. April 2011).

- Lorenz KA, Lynn J, Dy SM et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008; 148(2):147–59.
- Murray SA, Sheikh A. Palliative care beyond cancer: Care for all at the end of life. *BMJ* 2008; 336: 958–9.
- RKI. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut 2006.  
[www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc\\_show\\_pdf?p\\_id=9965&p\\_sprache=D](http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=D) (28. April 2011).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos 2008.
- Schneider N, Buser K, Amelung VE. Ansichten von Hausärzten zur Versorgung am Lebensende – Ergebnisse einer Befragung in Niedersachsen. *Z Allg Med* 2006; 82: 298–304.
- Schneider N, Mitchell GK, Murray SA. Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany. *BMC Fam Pract* 2010; 11: 66.
- Szecsenyi J, Stock J, Chenot R. QISA stellt sich vor. Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg) Band A. QISA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft 2009.
- WHO World Health Organization. Better palliative care for older people 2004. [www.euro.who.int/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98235/E82933.pdf](http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf) (28. April 2011).