

## Stellungnahme des Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)

zu den

„Allgemeinen Methoden für die wissenschaftliche Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V“, Version 0.1 (Entwurf) vom 30. November 2009, herausgegeben durch das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA)

### **Hintergrund und Legitimation der Stellungnahme**

Das DNEbM ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft und als solche Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Wie in der Präambel der vorliegenden „allgemeinen Methoden“ dargelegt und auch in § 137a Abs. 3 SGB V festgehalten, ist das DNEbM daher als wissenschaftliche Fachgesellschaft berechtigt eine Stellungnahme abzugeben. Die AWMF hatte alle ihre Mitgliedsfachgesellschaften aufgefordert, bei gegebenem Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen und AQUA zu zuleiten. In Abstimmung mit der AWMF und der ständigen Kommission Leitlinien hat sich das DNEbM zu der vorliegenden eigenen Stellungnahme entschlossen.

Die Stellungnahme entstand unter Kenntnis und Berücksichtigung der Stellungnahmen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin und der AWMF.

Der Aufbau unserer Stellungnahme orientiert sich an der Gliederung der vorgelegten Methoden von AQUA. Alle Anmerkungen sind den entsprechenden Passagen zugeordnet.

Das entsprechende Formblatt für die schriftliche Stellungnahme zum Entwurf des Methodenpapiers geht Ihnen per Fax zu.

## **Präambel**

Die zur Kommentierung vorliegenden allgemeinen Methoden haben nach Auskunft der Autoren folgenden Inhalt resp. folgende Funktion:

- *Darstellung der Art und Weise der Entwicklung sektorenübergreifender Verfahren der Qualitätssicherung*
- *die allg. Methoden stellen die verbindliche Arbeitsgrundlage des AQUA Institutes, seiner Mitarbeiter und der externen Kooperationspartner dar*
- *Grundlage der Überprüfung für den G-BA*
- *Grundlage für einen öffentlichen Diskurs mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Methode*

*Es ist vorgesehen, die Methoden mindestens alle 2 Jahre zu aktualisieren.*

*Eingehende Stellungnahmen werden bearbeitet, ggf. Änderungen und Ergänzungen vorgenommen und die überarbeitete Version, inkl. der eingegangenen Stellungnahmen wird dem G-BA erneut vorgelegt.*

## **Hintergrund**

Die Autoren stellen den Auftrag an das neue Institut dar und verdeutlichen an dieser Stelle, dass die Besonderheit vor allem in der Entwicklung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung besteht. Für ein *indikatorengestütztes, umfassendes sektorenübergreifendes Koordinatensystem zur Abbildung der Qualität der Versorgung existiert bisher weltweit kein Vorbild*. Gleiches gilt für die Einbeziehung der Patientenperspektive in die Entwicklung der Indikatoren. Seitens AQUA wird betont, dass es sich um Verfahren handelt, die im Stadium der Entwicklung sind und zum Zwecke der wissenschaftlichen Fundierung nationale und internationale universitäre Kooperationspartner eingebunden sind.

### **Zu 1. Hintergrund**

- Die Einbeziehung ausländischer Experten von Beginn an wird ausdrücklich begrüßt;
- Ausdrücklich begrüßt wird, dass AQUA die größtmögliche Transparenz als Maxime des Handelns erklärt. Transparenz wird hierbei in Zusammenhang gesetzt zu nachvollziehbaren Entscheidungskriterien;
- dass „für ein *indikatorengestütztes, umfassendes sektorenübergreifendes Koordinatensystem zur Abbildung der Qualität der Versorgung bisher weltweit kein Vorbild existiere*“, darf nicht so verstanden werden, als gäbe es keine Ansätze oder

als zeige das neue Institut schlüssig, wie ein solches Koordinatensystem erarbeitet werden kann;

- Hinsichtlich der wissenschaftlichen Fundierung und begleitender Forschungsaktivitäten stellt sich die Frage, welche Forschungseinrichtungen gemeint sind und ob durch diese wirklich eine „unabhängige“ Beurteilung der entwickelten Verfahren gewährleistet werden kann. Sollten die als Kooperationspartner genannten Einrichtungen gemeint sein, wäre es wünschenswert, wenn die Beziehungen zwischen dem Institut und insbesondere den Einrichtungen der Universität Heidelberg klar dargelegt würden. Auch hier ist Transparenz zu fordern, an solchen Punkten wird sich die Glaubwürdigkeit der Arbeit und der erzielten Ergebnisse entscheiden.

Hinsichtlich der Weiterentwicklung bereits vorhandener Strukturen und Verfahren weisen die Autoren u.a. auf die Notwendigkeit einer adäquaten Berücksichtigung der Anforderungen bei Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen (Multimorbidität) hin.

- Diese besondere Berücksichtigung von Multimorbidität wird ausdrücklich begrüßt. Wünschenswert wäre, wenn hier eine enge Zusammenarbeit auch mit Leitlinienautoren gesucht würde, da auch die Entwicklung entsprechender Leitlinienempfehlungen eine große Herausforderung darstellt, zumal in vielen Fällen der Rückgriff auf „passende“ Studien nicht möglich ist, da diese nur selten vorliegen.

## **2. Methodische Ausgangslage**

In den Kapiteln 2.1 - 2.3 werden umfassend die bisher existierenden grundlegenden Qualitätsmodelle sowie die Chancen und Grenzen des Einsatzes von Indikatoren dargestellt.

Es erfolgt die differenzierte Darstellung der Validität der verschiedenen Indikatortypen in Abhängigkeit von der jeweiligen Nutzerperspektive und der Hinweis auf die daraus potenziell resultierenden Konflikte. Es wird betont, dass zur Abbildung der Qualität immer eine ganze Gruppe von Indikatoren erforderlich ist, es wird die Zahl  $n=12$  explizit genannt. Es wurde die klare Entscheidung getroffen, nicht allein auf Ergebnisindikatoren zu fokussieren. Explizit wird betont, dass die Patientenperspektive bei allen Schritten der Entwicklung berücksichtigt werden soll. In einem eigenen Kapitel wird auf die geplante Verwendung von Routinedaten im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung eingegangen.

## **zu 2.1 Grundlegende Qualitätsmodelle**

Hier wird eine Reihe von Qualitätsdefinitionen genannt und erläutert. Zu Recht wird darauf hingewiesen, dass es keine einheitliche, für alle Situationen passende und von allen Akteuren akzeptierte Qualitätsdefinition gibt.

- Das Institute of Medicine hat jedoch eine Definition vorgelegt, die umfassender als andere die Qualität der Versorgung darstellt und im Gegensatz zu anderen Definitionen, die Evidenzbasierung und Patientenorientierung zu einem integralen Bestandteil macht [1].

“Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge”.

Diese Definition enthält eine Reihe von wesentlichen Annahmen:

- Qualität ist messbar (»degree«);
- alle Elemente der Versorgung sind einzubeziehen (»health services«);
- Qualität bezieht sich auf den individuellen Patienten wie auf die Bevölkerung;
- Ergebnisse sind mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten (»likelihood«);
- in der Abwägung von Nutzenwahrscheinlichkeit und Schadensrisiken muss der Nutzen überwiegen, und zwar auch aus der Patientenperspektive (»desired health outcomes«) - Nutzen entspricht somit nur dann guter Qualität, wenn er vom Patienten gewünscht wird;
- Qualität orientiert sich an Ergebnissen (»health outcomes«), die mit Strukturen und Prozessen verbunden sind (»health services ... increase ... outcomes«);
- Qualität setzt den aktuellen Stand des medizinischen Wissens voraus (»current professional knowledge«). Dies entspricht dem Konzept einer evidenzbasierten Medizin.

### **zu 2.3.1 Stand und Perspektiven der Nutzung von Routinedaten für die Qualitätssicherung**

- Es sollte klar dargelegt werden, wie und durch wen die Eignung von Routinedaten im Rahmen sektorenübergreifender Qualitätssicherung evaluiert werden soll.

### **zu 2.3.3 Stand und Perspektiven der Nutzung von Patientenbefragungen für die Qualitätssicherung**

- In diesem Abschnitt muss noch verdeutlicht werden, dass die eingesetzten Befragungsinstrumente die patientenrelevanten Aspekte der Versorgung abbilden sollen. Im Sinne der in 2.1. dargelegten Definition von Versorgungsqualität (Lohr

1990) muss hier auch der Stand der Forschung zu Instrumenten zu evidenzbasiertem Shared Decision-Making erwähnt werden. Es gilt, die Übereinstimmung der Präferenzen des Patienten mit der Entscheidung zu erfragen. Der Begriff "Zufriedenheit" bildet die Ziele der Versorgung nicht ausreichend ab. Empirisch ist eindeutig belegt, dass Therapiemaßnahmen, die mehr Schaden als Nutzen stiften, hohe Grade von Zufriedenheit erzielen können. Wir empfehlen die Nutzung des Konzepts der präferenzsensitiven Versorgung: Preference-sensitive care encompasses treatment decisions where different choices carry different benefits and risks, and where patients attitudes toward these outcomes vary [2].

- Präferenzsensitive Versorgung bezieht sich auf Interventionen, die ein Abwägen von erwünschten und unerwünschten Effekten bzw. von Nutzen und Schaden erfordern [3]. Die Entscheidung erfordert auf Seiten des Patienten evidenzbasierte Informationen über patientenrelevante Outcomes (Mortalität, Morbidität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Begleitumstände der Behandlung). Diese Informationen müssen den stochastischen Charakter der Outcomes in geeigneter Form verdeutlichen (Risikokommunikation). Der Patient bewertet die möglichen Outcomes – Nutzen und Schaden – im Kontext seiner Lebenssituation und Werte. Ziel dieses Kommunikationsprozesses ist die Übereinstimmung der Entscheidung des Patienten mit seinen Präferenzen. Diese Entscheidung kann bei unterschiedlichen Patienten unterschiedlich ausfallen und von dem abweichen, was der Arzt für richtig hält.

"Failure to base the determination of medical necessity on informed patient choice leads to misuse of care, to what should be considered a form of medical error: operations on patients who, had they been adequately informed, and given a real chance to share in the decision-making, would not have consented to surgical treatment" [4].

Diese Sachverhalte gilt es vordringlich in Indikatoren abzubilden.

### **3. Rahmenkonzept zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren, Instrumenten und der notwendigen Dokumentation**

In diesem Kapitel wird die geplante Methodik der Erstellung der Indikatoren, nach vorheriger Beauftragung resp. Themenwahl durch den G-BA beschrieben.

### **zu 3.1 Ablauf des Entwicklungsprozesses und Zusammenarbeit mit dem G-BA**

In diesem Kapitel wird der zeitliche Ablauf beschrieben und auch beschrieben, welche Zwischenprodukte einer öffentlichen Stellungnahme unterzogen werden.

Folgende Schritte sind geplant:

*Literaturrecherche und Erstellung eines Indikatorenregisters*

*Auswahl von Experten und Bildung eines Panels*

*Durchführung der Panelbewertung*

*Entwicklung der Instrumente und Dokumentation*

*Vorbericht (AQUA)*

*schriftliche Stellungnahmen (G-BA bzw. beteiligte Organisationen nach §137a Abs.1 SGB V)*

*Entwurf Abschlussbericht (AQUA)*

*Präsentation der Ergebnisse durch AQUA*

*Prüfung des Abschlussberichts durch G-BA*

*Veröffentlichung des Abschlussberichts*

- Es wird deutlich, dass nur an einer Stelle (und das sehr spät im Ablauf des Verfahrens) die Möglichkeit für Stellungnahmen vorgesehen ist. Greift man hier auf Erfahrungen in der Arbeit des IQWiG zurück, so fällt auf, dass in dem hier durch AQUA vorgeschlagenen Verfahren die Möglichkeit der Stellungnahme zu einem Berichtsplan für die konkreten Projekte nicht vorgesehen ist; der Zwischenschritt der Veröffentlichung eines Berichtsplans fehlt vollständig.

Es ist aus Sicht des DNEbM unerlässlich, einen solchen Zwischenschritt einzuplanen. Stellungnahmeverfahren bieten die Möglichkeit der Absicherung der Ergebnisse eigener Vorarbeiten und stellen so eine wichtige Quelle zusätzlichen Wissens dar. Stellungnahmeverfahren dienen der späteren Akzeptanz der erarbeiteten Produkte und stellen einen wichtigen ersten Schritt auch im Hinblick auf die spätere Implementierung dar.

Die Kompetenz der Stellungnehmenden kann nur in einem frühen Stadium des Verfahrens sinnvoll genutzt werden, so dass ein solcher Schritt nach der Literaturrecherche und der Erstellung des Indikatorregisters einzuplanen wäre. Hier sollte auch die geplante Zusammensetzung des Expertenpanels, bezogen auf Berufsgruppen und Sektoren, (nicht auf Personen) dargestellt werden. Bezogen auf Verfahren beim IQWiG gehen die Forderungen vieler Beteiligter ja sogar noch darüber hinaus, im Sinne eines zusätzlichen Scoping Workshops, ganz

zu Beginn eines Verfahrens. Wir empfehlen, die hier gemachten Erfahrungen und kontroversen Diskussionen zu berücksichtigen [5] .

In jedem Fall erachten wir die Veröffentlichung eines Berichtsplans und die Einräumung der Möglichkeit von Stellungnahmen zu diesem als unbedingt erforderlich. Dieser Schritt ist unter Umständen bedeutender als die Veröffentlichung des Vorbereichtes, gerade auch im Sinne der Effizienz des Verfahrens und vor dem Hintergrund der Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Methodik.

### **zu 3.3 Methodische Konzepte zur Literaturrecherche**

In diesem Kapitel wird einerseits sehr detailliert und grundlagenorientiert dargestellt, in welcher grundsätzlichen Form Suchstrategien in Datenbanken aufzubauen sind, andererseits wird dem Problem der heterogenen Quellen, welche berücksichtigt werden sollen, nicht adäquat Rechnung getragen.

Folgende Einzelaspekte werden angemerkt:

- Hinsichtlich der Einbeziehung von Leitlinien (LL) ist explizit darauf hinzuweisen, dass insbesondere die Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) als eine wichtige Quelle von bereits formulierten Qualitätsindikatoren einbezogen werden sollten. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die NVL explizit einen sektorenübergreifenden Anspruch verfolgen und daher sowohl die Themenwahl als auch die Zusammensetzung der Leitliniengruppen entsprechend ausfallen.
- Hinsichtlich der geplanten Vergabe und Dokumentation von Evidenzgraden ist der enthaltene Absatz sehr pauschal und letztlich unpräzise:
  - es wird nicht dargestellt, wie mit dem Unterschied zwischen Primärstudien und bereits aufbereiteter Evidenz verfahren werden soll;
  - ist geplant alle Primärstudien hinsichtlich ihrer methodischen Qualität neu zu bewerten oder sollen bereits vergebene Bewertungen und Evidenzgraduierungen übernommen werden? Sollte letzteres Vorgehen geplant sein, fehlt eine Aussage dazu, wie mit den unterschiedlichen Evidenzhierarchien, die bei verschiedenen Leitliniengruppen zur Anwendung kommen, umgegangen werden soll.
  - internationalen methodischen Weiterentwicklungen folgend ist vom Prinzip der Einteilung von Studien in Evidenzklassen abzuweichen, und die Qualität der der Evidenz hinsichtlich einzelner Endpunkte unter Berücksichtigung der erzielten Effekte zu beurteilen;

- AHCPR gibt es in dieser Form nicht mehr, warum ist die Entscheidung gefallen eine so veraltete Evidenzhierarchie zu verwenden?
  - auch bei bereits in Leitlinien vorhandenen Indikatoren ist ggf. die methodische Qualität der zu Grunde liegenden LL zu prüfen, wobei beachtet werden sollte, dass ein Unterschied zwischen einer LL im ganzen und der Evidenzbasiertheit der einzelner Empfehlungen resp. Indikatoren besteht.
  - die deutsche Weiterentwicklung des AGREE Instrumentes (Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung / DELBI) [6] bietet zumindest den Vorteil, dass auch LL, die auf anderen LL beruhen, in ihrer Qualität bewertet werden können.
- Zusammenfassend lässt sich zu diesem Punkt festhalten, dass es möglicherweise nicht erforderlich ist, die geplanten Suchstrategien in der gewählten Form darzustellen. Sollte allerdings die gewählte Detailtiefe beibehalten werden, müsste auch auf die oben genannten Punkte eingegangen werden. Dann wäre es insbesondere wünschenswert zwischen der Suche nach Indikatoren, Leitlinien und Primärstudien zu unterscheiden.

#### ***Zu 3.4 Methodisches Konzept zum Aufbau eines Indikatorenregisters***

- Es fehlt eine Aussage, wie vorgegangen werden soll, wenn aus vielen Quellen Indikatoren zu einem bestimmten Thema vorliegen. Sollen diese alle in das Panel zur Abstimmung gegeben werden? Ist hier geplant ein „ranking“ durchzuführen? Wenn ja, welche Kriterien sollen für ein solches ranking verwendet werden? Es ist ja durchaus vorstellbar, dass aus unterschiedlichen Quellen sich „widersprechende“ Indikatoren resultieren.
- Die reine Auflistung national und international vorliegender Instrumente zur Bewertung und Beschreibung von Qualitätsindikatoren löst das Problem nicht, da eine Angabe, welches der Instrumente verwendet werden soll, vermisst wird.
- Es wird empfohlen auch die im Projekt AQUIK unter Leitung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemachten Erfahrungen, Vorarbeiten (umfangreiche Recherchen) und ggf. Indikatoren zu berücksichtigen [7].
- Eine konkrete Aussage zum geplanten Umgang mit den im Rahmen der DMP Programme bereits existierenden Qualitätsindikatoren wird vermisst.



---

### **zu 3.5 Methodik der Bewertung und Auswahl von Indikatoren durch Einbeziehung von Experten**

Es ist beschrieben, dass sowohl Fachexperten als auch Patientenvertreter in die Auswahlgremien (Panel), welche dann über die zu verwendenden Indikatoren entscheiden, einbezogen werden sollen. Zum konkreten Auswahlprozess wird auf die „allgemeinen Methoden“ des IQWiG (Methoden Version 3.0) verwiesen und gesagt, dass diese zur Anwendung kommen sollen.

- Die inzwischen in anderen Kapiteln der allgemeinen Methoden des IQWiG sehr dezidierte Darlegung der Methodik weist gerade im Bereich der Auswahl der Experten (externen Sachverständigen) Schwächen bzw. Unklarheiten auf. Es ist nicht nachvollziehbar nach welchen Kriterien diese ausgewählt werden. Eine Unklarheit die auch nicht durch die allgemeine Forderung, dass die Experten unabhängig sein sollen und potenzielle Interessenkonflikte darzulegen haben, gelöst wird.

Der Verweis in den Methoden des AQUA auf diese unklaren Passagen in den allgemeinen Methoden des IQWiG ist also in keiner Weise hilfreich. Es ist unbedingt erforderlich, dass hier konkrete Angaben in die Methoden aufgenommen werden.

- Der Satz, in den hier vorgestellten Methoden von AQUA, *dass es das vorrangige Ziel bei der Auswahl der Fachexperten sei, dass diese die Auswahl der Indikatoren mit der bestmöglichen Evidenz unterstützen können*, ist unverständlich. Ebenso die Aussage, *dass ein wichtiges Kriterium zur Auswahl der Fachexperten ihre Fach- bzw. Methodenkompetenz sei*

Folgende Fragen bleiben offen:

- sollen die Experten eigene Studien mitbringen?
- was wird in diesem Zusammenhang unter „bestmöglicher Evidenz“ verstanden?
- wer beurteilt die Methoden und/oder Fachkompetenz der sich bewerbenden Fachexperten?

Insbesondere wenn sektorenübergreifende Indikatoren entwickelt werden sollen, ist die Zusammensetzung der Abstimmungsrunde hinsichtlich der Zugehörigkeit zu bestimmten „Sektoren“ und Berufsgruppen (in diesem Fall werden hierunter auch verschiedene Facharztgruppen gefasst) von allergrößter Bedeutung. Welche Regeln sind hier geplant?

Darf die Expertenrunde weitere Personen benennen?

In Abhängigkeit vom jeweiligen Thema wird die Zusammensetzung different sein. Bezugnehmend auf die oben bereits dargelegte Notwendigkeit der Veröffentlichung eines Berichtsplans sollte die geplante Zusammensetzung (nicht die Personen) bereits in diesem veröffentlicht werden und damit Stellungnahmen zur Verfügung stehen.

### **zu 3.5.2 Methodisches Konzept zur Durchführung der Panelbewertung**

Die grundsätzliche Vorgehensweise orientiert sich an der Appropriatness Methode von RAND/UCLA. Different ist das Kriterium der Bewertung „öffentliche Berichterstattung“. Hier wird es sicher spannend sein, wie das Kriterium hinterlegt wird.

Es wird ebenfalls beschrieben, dass unabhängig von den Bewertungen des Expertenpanels sich das Institut die Möglichkeit vorbehält Indikatoren im Set zu belassen, für die kein Konsens besteht. Abweichungen des Entwicklerteams bzw. der Projektgruppe vom Expertenpanel müssen in jedem Fall deutlich gekennzeichnet werden.

- Hier wäre es wünschenswert zu betonen, dass dieses Vorgehen nur in Ausnahmesituationen gewählt werden sollte, um sich nicht dem Vorwurf der Beliebigkeit bzw. einer Alibifunktion des Panels auszusetzen.

### **zu 3.8 Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren und Instrumente**

Bei diesem Punkt wird zwischen der Systempflege eingeführter Verfahren und der der inhaltlichen Evaluation und Überarbeitung unterschieden.

#### **zu 3.8.1 Systempflege**

- In Analogie zu Leitlinien sollte hier ein Punkt zur kontinuierlichen Wartung der Indikatoren aufgenommen werden, mit welchem sichergestellt werden kann, dass nicht auf Grund einer veränderten Datenlage bestimmte Indikatoren ihre Validität verloren haben. Vor dem Hintergrund des großen Impacts von Indikatoren kommt diesem Punkt im Kontext von Qualitätsindikatoren mindestens ebenso große Bedeutung zu wie bei der kontinuierlichen Überprüfung und Wartung von Leitlinienempfehlungen.

#### **zu 3.8.2 Inhaltliche Evaluation und Überarbeitung**

- Qualitätsindikatoren werden zukünftig einen wesentlichen Einfluss auf die Steuerung von Leistungen und Erlösen im Gesundheitssystem haben. Einmal festgeschriebene

Indikatorensätze werden nach bisheriger Erfahrung nur mit großer zeitlicher Latenz veränderbar sein. Aus diesem Grunde ist vor ihrer Einführung eine dezidierte und methodisch transparente Folgeabschätzung der Anwendung von Qualitätsindikatoren in den Bereichen Versorgungs- und Kostensteuerung unverzichtbar. Wird diese Folgeabschätzung unterlassen oder methodisch intransparent realisiert, entlässt dies Experten und Politik aus der Verantwortung für die Konstruktion und Anwendung von solchen Indikatorensätzen. Bei dem manifesten Druck dritter Parteien solche Indikatorensätzen im Sinne ihrer Steuerungsinteressen zu nutzen, wäre der Verzicht auf eine aussagekräftige Folgeabschätzung inakzeptabel und politisch verantwortungslos.

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin würde es sehr begrüßen, wenn die weitere Entwicklung der vorgelegten Methoden, unter Berücksichtigung der eingehenden Stellungnahmen, transparent verlaufen würde. Es wird empfohlen, einen Workshop unter Beteiligung aller Stellungnehmenden zu erwägen, und insbesondere auch die bereits außerhalb von AQUA gemachten Erfahrungen mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren in Deutschland zu berücksichtigen.

## Literatur

1. Lohr KN. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Lohr KN. 1990. National Academy Press, Washington DC.  
[http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=1547#toc](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=1547#toc)
2. Wennberg JE, Fisher ES, Goodman DC, and Skinner JS. The Dartmouth Atlas of Health Care 2008 / Tracking the care of patients with severe chronic illness. 2008. Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice.  
[http://www.dartmouthatlas.org/atlas/2008\\_Chronic\\_Care\\_Atlas.pdf](http://www.dartmouthatlas.org/atlas/2008_Chronic_Care_Atlas.pdf)
3. Keirns CC, Goold SD. Patient-centered care and preference-sensitive decision making. JAMA 2009;302(16):1805-6.
4. Wennberg JE, Brownlee S, Fisher ES, Skinner JS, and Weinstein JN. An Agenda for Change. Improving Quality and Curbing Health Care Spending: Opportunities for the Congress and the Obama Administration. A Dartmouth Atlas White Paper. 2008. Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice.  
[http://www.dartmouthatlas.org/topics/agenda\\_for\\_change.pdf](http://www.dartmouthatlas.org/topics/agenda_for_change.pdf)
5. Bekkering GE, Kleijnen J. Procedures and methods of benefit assessments for medicines in Germany. Eur J Health Econ 2008;9 Suppl 1:5-29.
6. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2005;99(8):468-519.  
<http://www.delbi.de>
7. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Ergebnisse des Projektes „AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. 2009. Kassenärztliche Bundesvereinigung. 25-1-2010.  
<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=77b7368df95ee122a01cbbd155add9d1&DocId=003759278&Page=1>