



Kassenärztliche
Bundes**v**ereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Modifizierte RAND/UCLA-Methode
Anwendung im KBV-Projekt AQUIK® -
Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Inhalt

Abstract	3
1 Hintergrund	3
2 Das Expertenpanel	3
3 Der Bewertungsprozess – Ablauf	4
3.1 Zusammenfassung.....	4
3.2 Erste Bewertungsrunde.....	4
3.2.1 Erstes Panelmeeting (Vorbereitungsworkshop)	4
3.2.2 Individuelle Bewertung	4
3.3 Zweite Bewertungsrunde/Zweites Panelmeeting	5
3.3.1 Inhaltliche Schwerpunkte	5
3.3.2 Dokumente für die zweite Bewertungsrunde.....	5
3.3.3 Bewertung (schriftlich vor Ort).....	5
4 Der Bewertungsprozess – Methodik	5
4.1 Auswahl und Definition der Bewertungskriterien	5
4.2 Bewertung der Kriterien Relevanz und Machbarkeit durch das Panel	6
4.3 Auswertung der Ergebnisse für Relevanz und Machbarkeit.....	6
4.4 Darstellung der Ergebnisse der Bewertungsrunden 1 und 2	7

Abstract

Im Rahmen des Projektes AQUIK wurde auf der Basis einer systematischen Recherche ein Qualitätsindikatorenregister geschaffen, aus dem unter Einbeziehung von Experten mit medizinischem und methodischem Hintergrund ein Set von Qualitätsindikatoren (Qualitätsindikatoren-Rohset) zusammengestellt wurde, das im weiteren Projektverlauf durch Fachgruppenexperten bewertet und konsentiert sowie in Praxen einer Machbarkeitsanalyse unterzogen wird.

Auf der Grundlage einer Adaption der RAND/UCLA Appropriateness Methode bewertet ein Kreis von Fachgruppenexperten (Fachgruppenpanel) in einem strukturierten Konsentierungsprozess insgesamt 65 internationale, überwiegend validierte und konsentierte Qualitätsindikatoren unterschiedlicher Indikationsgebiete hinsichtlich ihrer Relevanz in Bezug auf den deutschen Versorgungskontext.

Diese Bewertung und Anpassung der Indikatoren erfolgt aufgrund der Tatsache, dass ein Transfer zahlreicher Originalindikatoren in das deutsche System aufgrund struktureller und kultureller Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Gesundheitssystemen u. U. nicht sinnvoll ist.

1 Hintergrund

Die RAND/UCLA Appropriateness Methode (RAM) wurde in den 1980er Jahren in den USA entwickelt. Ziel der RAM ist es, die Bewertung eines Sachverhalts durch eine Gruppe von Experten anhand einer Skala von 1 bis 9 zu ermitteln. Sie ist ein bewährtes Instrument, das systematisch Expertenmeinung und wissenschaftliche Evidenz kombiniert. Durch die individuellen, schriftlichen Bewertungen und die 2-stufige Methode (1. Bewertung ohne Gruppendiskussion z. B. vom Arbeitsplatz/Wohnort) wird der Bias durch gruppendynamische Effekte reduziert. Konsens bzw. Dissens hinsichtlich der Bewertungen werden dargestellt und diskutiert. Obwohl die RAM häufig als Konsensmethode bezeichnet wird, unterscheidet sie sich von den üblichen Konsensmethoden, da sie nicht darauf abzielt, unbedingt einen Konsens herzustellen.

Auf die RAND/UCLA Appropriateness Methode beziehen sich zahlreiche Publikationen als Methodik zur Erarbeitung von Indikatorsystemen (z. B. Primary Care Research and Development Centre in UK). Sie hat sich als anerkannte, valide Methode in diesem Kontext etabliert. Die Reproduzierbarkeit der ermittelten Ergebnisse stimmt mit derjenigen diagnostischer Tests überein [1, 2, 3].

1 Shekelle et al.: Assessing Care of Vulnerable Elders: Methods for Developing Quality Indicators. *Ann Intern Med.* 2001;135:647-652

MacLean et al.: Measuring Quality in Arthritis Care: Methodes for Developing the Arthritis Foundation's Quality Indicator Set. *Arthritis & Rheumatism.* 2004; 51(2):193-202

2 Brook RH: The RAND/ UCLA Appropriateness Method. *Clinical Practice Guideline Development: methodology perspectives*, HCPR Pub.1994;No.95-0009

3 Kravitz RL, Louri M, Kahan JP, Guzy P et al: Validity of Criteria Used for Detecting Underuse of Coronary Revascularization. *JAMA* 1995; 274 (8): 632-638

2 Das Expertenpanel

Die Zuordnung der Fachexperten zum jeweiligen Panel entspricht den Themengebieten und den Inhalten der zu bewertenden Indikatoren. Dabei wird eine Panelgröße von mindestens 6 Experten (Gewährleistung von Pluralität) und maximal 30 Experten (strukturierte Diskussion mit Beteiligung aller) angestrebt. Jedes Panel wird durch mehrere Fachgruppen besetzt, um einen multidisziplinären Zugang zu ermöglichen. Ferner sollte ein Gleichgewicht zwischen Haus- und Fachärzten bestehen.

3 Der Bewertungsprozess – Ablauf

3.1 Zusammenfassung

Der Bewertungsprozess erfolgt in Anlehnung an die RAND/UCLA Appropriateness Methode. Aufgabe der Mitglieder des Fachgruppenpanels ist es, die ausgewählten Indikatoren anhand zweier Kriterien (Relevanz und Machbarkeit) auf einer Skala von 1 bis 9 Punkten zu bewerten. Einleitend findet dazu ein erster Panelworkshop statt, um einen einheitlichen Wissensstand herzustellen. Die Bewertung erfolgt in zwei Bewertungsrunden. In einer ersten Runde bewerten die Experten die Indikatoren individuell. Die Bewertungsergebnisse werden postalisch oder elektronisch übermittelt. Anschließend erfolgt eine zweite, gemeinsame Bewertungsrunde. Das Bewertungsergebnis jedes Panelteilnehmers hat gleiches Gewicht. Die Punktebewertung aus der zweiten Runde entscheidet über die endgültige Aufnahme des Indikators in das finale Indikatorenset.

3.2 Erste Bewertungsrunde

3.2.1 Erstes Panelmeeting (Vorbereitungsworkshop)

- Informationen zum Projekt AQUIK (Zielstellung, Projektablauf, Projektstand)
- Einführung zum Thema Qualitätsindikatoren (Chancen und Grenzen, Bedeutung für die vertragsärztliche Versorgung)
- Informationen zum Fachgruppenprozess (Vorstellung der Moderatoren, Organisation, zeitlicher Ablauf, Vereinbarung von Regeln)
- Methodik des Bewertungsprozesses (Aufgaben der Panelmitglieder, zweistufiges Bewertungsverfahren, Bewertungsinstrumente, Bewertungssystematik)

3.2.2 Individuelle Bewertung

Innerhalb eines 14-tägigen Zeitraums im Anschluss an den Auftaktworkshop ist es Aufgabe der Panelmitglieder, die ausgewählten Qualitätsindikatoren individuell und eigenständig hinsichtlich der Bewertungskriterien Relevanz und Machbarkeit (vgl. Tabelle 1) zu bewerten. Bei Unklarheiten besteht die Möglichkeit, Vorschläge für die Adaptation von Qualitätsindikatoren zu unterbreiten. Die Bewertung erfolgt nach den eigenen Wissens- und Erfahrungswerten. Die Ergebnisse dieser ersten Bewertungsrunde werden durch die KBV aufbereitet und zusammengefasst.

Tabelle 1: Bewertung der Kriterien Relevanz und Machbarkeit

Indikator	Relevanz	Machbarkeit
Nr./Kurzbezeichnung	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

3.3 Zweite Bewertungsrunde/Zweites Panelmeeting

3.3.1 Inhaltliche Schwerpunkte

- Zielstellung des Workshops
- Einteilung der Panelgruppen A bis C
- Inhalte des Workshops (Information zu den Ergebnissen der ersten Bewertungsrunde, Diskussion und erneute Bewertung der Indikatoren)

Ziel des Panelmeetings ist es nicht zwingend, einen Konsens herzustellen, sondern unterschiedliche klinische Auffassungen und extrem abweichende Bewertungen zu diskutieren und ggf. aufgetretene Missverständnisse auszuräumen. Im Fokus der Diskussion stehen alle in der ersten Bewertungsrunde als unsicher bewerteten Indikatoren, d. h. alle Indikatoren mit einem Bewertungsdissens oder einem Median innerhalb der mittleren Terzile.

3.3.2 Dokumente für die zweite Bewertungsrunde

Zu Beginn des 2. Panelworkshops erhalten alle Panelmitglieder ihre individuellen Bewertungsunterlagen für die 2. Bewertungsrunde sowie die eigenen Bewertungsunterlagen aus der ersten Bewertungsrunde.

3.3.3 Bewertung (schriftlich vor Ort)

Nach der Diskussion der Indikatoren eines Themengebietes erfolgt die erneute schriftliche Bewertung der Indikatoren individuell durch jedes Panelmitglied auf der vorgegebenen Skala von 1-9. Die Bewertungen werden am Ende jedes Themas abgegeben.

4 Der Bewertungsprozess – Methodik

4.1 Auswahl und Definition der Bewertungskriterien

In Anlehnung an die RAND/UCLA Appropriateness Methode und Adaptationen der originalen Methode erfolgt die Bewertung der Indikatoren nach den Kriterien Relevanz (Validität) und Machbarkeit.

Relevanz (entspr. Validität nach RAND-UCLA):

- Der Qualitätsindikator wird von einer ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz oder ausreichendem professionellen Konsens unterstützt.
- Patienten, die so wie vom Qualitätsindikator spezifiziert behandelt werden, erfahren erkennbaren gesundheitlichen Nutzen.
- Auf der Basis der professionellen Erfahrungen der Panelmitglieder kann konstatiert werden, dass solche Leistungserbringer als hochqualitativ angesehen werden, die signifikant öfter den Qualitätsindikator befolgen.
- Der Großteil der Faktoren, die die Ausprägung des Qualitätsindikators determinieren, ist durch die Leistungserbringer beeinflussbar.

Machbarkeit (nach RAND-UCLA):

- Die Informationen, die notwendig sind, um die Ausprägung eines Qualitätsindikators zu messen, sind hochwahrscheinlich in einer typischen Patientenakte aufzufinden.
- Schätzungen der Ausprägung eines Qualitätsindikators auf der Basis von Patientenaktendaten sind hochwahrscheinlich reliabel und unverzerrt.
- Das Fehlen der Dokumentation relevanter Daten zum Qualitätsindikator ist ein Zeichen für schlechte Qualität.

4.2 Bewertung der Kriterien Relevanz und Machbarkeit durch das Panel

Beide Kriterien, Relevanz und Machbarkeit, werden zunächst separat auf einer Skala von 1-9 bewertet. Jeder Experte hat jeweils eine Stimme für die Bewertung der beiden Kriterien.

Klassifikation der Relevanz

- a) Irrelevant: 1-3
- b) Unentschieden: 4-6
- c) Relevant: 7-9

Klassifikation der Machbarkeit

- a) Nicht machbar: 1-3
- b) Machbar: 4-9

4.3 Auswertung der Ergebnisse für Relevanz und Machbarkeit

Die Auswertung der Ergebnisse für Relevanz und Machbarkeit (Praktikabilität) erfolgt hinsichtlich zweier Aspekte:

Aspekt 1: Median aller Bewertungen für einen Indikator auf der Skala von 1-9.

Aspekt 2: Auswertung hinsichtlich Dissens (vgl. Tabelle 2)

Das Kriterium Dissens ist ein Indikator für Streuung der Bewertungen und stellt einen Hinweis für möglichen Diskussionsbedarf im Panel dar.

Tabelle 2: Definitionen von Dissens für verschiedene Panelgrößen

Panelgröße	Dissens (Anzahl der Experten in jedem Extrem 1-3 / 7-9)
5,6,7	≥ 2
8, 9, 10	≥ 3
11, 12, 13	≥ 4
14, 15, 16	≥ 5
17, 18, 19	≥ 6
20, 21, 22	≥ 7
23, 24, 25	≥ 8
26, 27, 28	≥ 9
29, 30, 31	≥ 10

A) Relevanz

Ein Indikator gilt dann als **relevant**, wenn der Panel-Median bezüglich des Kriteriums Relevanz 7-9 beträgt und kein Dissens besteht. Ein Indikator gilt als **unsicher**, wenn der Median bezüglich des Kriteriums Relevanz 4-6 beträgt oder bei jedem Median mit Dissens. Ein Indikator gilt als **irrelevant**, wenn der Median bezüglich des Kriteriums Relevanz 1-3 beträgt und kein Dissens besteht.

B) Machbarkeit

Die Machbarkeit stellt ein zusätzliches Auswertungskriterium dar. Ein Indikator gilt als **machbar**, wenn der Panel-Median bezüglich des Kriteriums Machbarkeit 4-9 beträgt.

Ein Indikator gilt als **nicht machbar**, wenn der Median bezüglich des Kriteriums Machbarkeit 1-3 beträgt.

Zusammenfassung: Wertigkeit der Kriterien Relevanz und Machbarkeit

Wird ein Indikator als irrelevant oder unsicher hinsichtlich Relevanz oder nicht machbar eingestuft, gilt er als abgelehnt. Ein Indikator gilt nur dann als angemessen und findet Eingang in das Testset, wenn er als relevant und machbar eingestuft wird.

4.4 Darstellung der Ergebnisse der Bewertungsrounden 1 und 2

Die Darstellung der Ergebnisse (vgl. Tabelle 3) beinhaltet

- a) die Bewertung des gesamten Panels [6 2 2 1 2 1 1]
- b) den Median [M]
- c) die Klassifikation des Kriteriums Relevanz (ja/nein/unsicher)
- d) die Klassifikation des Kriteriums Machbarkeit (ja/nein)

Tabelle 3: Gruppenergebnis der Bewertung der Kriterien Relevanz und Machbarkeit

Indikator	Relevanz		Machbarkeit	
Nr./ Kurzbeschreibung	6 2 2 1 2 1 1	M2 relevant:	5 3 4 1 2	M2 machbar:
	1 2 3 4 5 6 7 8 9	nein	1 2 3 4 5 6 7 8 9	nein

M= Median

Die Auswertung der Gruppenergebnisse der ersten Bewertungsrunde wird zu Beginn der Diskussion jedes Themengebiets dargestellt (vgl. Tabelle 2). Ferner werden den Teilnehmern individuell die eigenen Bewertungen aus der ersten Bewertungsrunde widergespiegelt. Ein schriftliches Feedback zur 2. Bewertungsrunde ergeht innerhalb von 4 Wochen nach dem Panelmeeting an alle Panelmitglieder.