



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 137a Abs. 7 SGB V

zum Vorbericht des IQTIG "Qualitätsorientierte Vergütung Teil 1 - Vorbericht
zu Schritt 1 des Auftrags Qualitätszu- und -abschläge"

Berlin, den 02.06.2017

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 04.05.2017 als zu beteiligende Organisation gemäß §137a Abs. 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG "Qualitätsorientierte Vergütung Teil 1 - Vorbericht zu Schritt 1 des Auftrags Qualitätszu- und -abschläge" aufgefordert.

Der G-BA hat am 20.10.2016 das IQTIG mit der Entwicklung einer ersten Umsetzungsmöglichkeit von Qualitätszu- und -abschlägen beauftragt. Der nun zur Stellungnahme vorgelegte Vorbericht stellt das Zwischenergebnis der Beauftragung dar. Das IQTIG hat den G-BA den Abschlussbericht bis zum 30.06.2017 vorzulegen.

Vorbemerkungen

Das IQTIG legt mit dem Vorbericht seine Empfehlungen zur Einführung eines qualitätsorientierten Vergütungssystems für Krankenhäuser vor. Die qualitätsorientierte Vergütung von Krankenhäusern wurde durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) im Jahre 2016 eingeführt unter der Vorstellung des Gesetzgebers, der Qualität medizinischer Leistungen in der Versorgungssteuerung ein stärkeres Gewicht beizumessen. Weitere durch das KHSG initiierte Maßnahmen betreffen etwa die Koppelung der Bedarfsplanung von Krankenhäusern an Qualitätsaspekte (planungsrelevante Qualitätsindikatoren (PlanQI)) oder die Implementierung von Qualitätsverträgen für ausgewählte Leistungen und Leistungsbereiche.

Die Bundesärztekammer hatte sich zu den durch das KHSG vorgesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen im Einzelnen ausführlich in Stellungnahmen auseinandergesetzt, vergleiche etwa die Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 19.06.2015. Die Position der Bundesärztekammer zur qualitätsorientierten Vergütung (Pay for Performance) bezieht sich vor allem auf das Gutachten des BQS-Instituts aus dem Jahre 2012. Aus dem Gutachten lässt sich nach Überzeugung der Bundesärztekammer die Erkenntnis ableiten, dass Pay for Performance im deutschen Gesundheitswesen ohne vorherige Evaluation nicht flächendeckend eingeführt werden sollte. An dieser Bewertung wird seitens der Bundesärztekammer unverändert festgehalten.

Insofern ist die schrittweise Herangehensweise des G-BA bzw. des IQTIG bei der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zwar zu begrüßen. Die grundsätzlichen Zweifel der Bundesärztekammer an der Tragfähigkeit einer qualitätsorientierten Vergütung – insbesondere was die Aspekte von Aufwand und Nutzen sowie Risiken für Fehlsteuerungsanreize angeht –, bestehen unverändert fort.

I. Stellungnahme zum Vorbericht im Einzelnen

zu 1 Zusammenfassung

Die Einführung in das Thema beginnt mit der Aussage, qualitätsorientierte Vergütungsansätze hätten in den anderen Industrienationen bereits vor über 20 Jahren Einzug in das Gesundheitswesen gehalten. Dies mag zutreffen, erweckt aber den Eindruck, das deutsche Gesundheitswesen sei an dieser Stelle rückständig und es sei versäumt worden, innovative und erprobte Elemente der Versorgungssteuerung einzusetzen. Es fehlt der wichtige Hinweis auf die Limitationen und Risiken einer qualitätsorientierten Vergütung, die im Folgekapitel zutreffend und ausführlich dargelegt werden. Insofern ist die Zusammenfassung über die Hintergründe und Erkenntnisse von qualitätsorientierter Vergütung an dieser Stelle unvollständig.

zu 2.2 Wichtige Parameter von Projekten mit qualitätsorientierter Vergütung

Seite 20:

Es werden – als Quintessenz aus der Literatur – sechs Aspekte bzw. Parameter von Projekten mit qualitätsorientierter Vergütung benannt, die für einen Projekterfolg wesentlich seien.

Anmerkung:

Die Parameter finden sich in anderer Reihenfolge und unter anderen Bezeichnungen unter der Überschrift „Elemente und Ausgestaltungsmöglichkeiten des beauftragten Verfahrens“ (Kapitel 3.3.1) in Tabelle 1 wieder. Hier sollte der Bezug zu den „Parametern“ in Kapitel 2.2 explizit genannt und das Wording angeglichen werden.

zu 4.1.2 Überschneidung mit anderen Vergütungsmodellen mit qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen und/oder regulativen QS-Verfahren

Seite 33:

Es wird angegeben, dass zu einem späteren Zeitpunkt, wenn Erfahrungen mit dem planQI-Verfahren und dem Qualitätszu- und abschlagsverfahren (QZAb) bestehen, eine „Schnittstelle der beiden regulatorischen Verfahren zielführender und passgenauer gestaltet werden“ könne.

Anmerkung:

Die Schnittstelle zwischen PlanQI und QZAb ist durch § 8 Abs. 1b KHG bereits vorgegeben. Fachabteilungen, bei denen wiederholt Abschläge erhoben wurden, sind aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Die Definition von „unzureichender Qualität“ im QZAb-Verfahren wird sich also indirekt auch auf die Krankenhausplanung chirurgischer, unfallchirurgischer oder orthopädischer Fachabteilungen auswirken.

zu 4.1.3 Direkte vs. indirekte Verfahren

Seite 33:

Da die Vereinbarungen bei qualitativen Auffälligkeiten und die Budget-Vereinbarungen vor Ort stattfinden, erscheine es sinnvoller, die Verfahren mit qualitätsorientierter Vergütung primär als indirekte Verfahren, also Verfahren auf Landesebene zu gestalten.

Anmerkung:

Die Argumentation ist nicht unbedingt schlüssig, da es – Abschläge für die Nichteinhaltung der Vollzähligkeitsvorgaben in der QS ausgenommen – eigentlich keine Verbindung zwischen einem Strukturierten Dialog der Qualitätssicherung auf Landesebene und den Budget-Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse gibt.

zu 4.2.1 Reife im Regelbetrieb

Seite 36:

Als ein Kriterium zur Auswahl eines Qualitätsindikators für die QZAb wird herangezogen, dass der Indikator einen Referenzbereich haben müsse.

Anmerkung:

Ab dem Verfahrensjahr 2016 hat das IQTIG alle Indikatoren der ESQS ohne Referenzbereich ohnehin gestrichen. Dieses Kriterium hat sich somit erübrigt.

zu 4.2.4 Evidenzprüfung

Seite 38:

Es wird angegeben, dass (nur) bei Prozessindikatoren die Evidenz für den Zusammenhang zwischen Prozess und patientenrelevantem Outcome zu prüfen sei.

Anmerkung:

Die Notwendigkeit einer Evidenzüberprüfung gilt grundsätzlich auch für Surrogat-Ergebnisindikatoren, wie dies vom IQTIG an anderer Stelle (z. B. im Abschlussbericht PlanQI) auch ausführlich dargestellt wurde.

Konkret kann im Leistungsbereich der osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen die Gehfähigkeit bei Entlassung als ein solches Surrogat angesehen werden. Die Mobilität des Patienten oder der Patientin bei Entlassung (im Mittel ca. 12 Tage nach der OP) ist eher ein Zwischenergebnis als ein Endergebnis der Behandlung. Die einschlägige Literatur belegt allerdings, dass die Mobilität bei Entlassung ein Prediktor für das Langzeit-Outcome ist, zu messen z. B. im 1-Jahres-Follow-Up. Dies sollte im Bericht entsprechend berücksichtigt werden.

zu 4.3.2 Entwicklung eines theoretischen Indexmodells

Seite 43:

Es wird auf die Vorteile der Verwendung der qualitativen anstelle der rechnerischen Auffälligkeit im Index hingewiesen.

Anmerkung:

Die qualitative Auffälligkeit würde allerdings durch das vorgeschlagene Verfahren eine wesentliche Veränderung erfahren. Sie wäre nicht mehr nur ein qualitatives Urteil von Fachexperten, sondern erhielte zusätzlich eine quantitative Komponente, da sie rechnerisch in den Indexalgorithmus einginge. Es besteht die Gefahr, dass sich diese Instrumentalisierung des Fachvo-

tums negativ auf die Arbeit der (ehrenamtlich tätigen) Experten in den Fachgruppen auswirken wird.

zu 6.1.4 Verbesserungspotenzial

Seite 48:

„Im Leistungsbereich Karotis-Revaskularisation sind die Ergebnisse jedoch seit Jahren gleichbleibend sehr gut. Die rechnerischen Ergebnisse zeigen deutliche „Deckeneffekte“. Nach dem Strukturierten Dialog (Schreibweise) waren im EJ 2015 in keinem Indikator mehr als 10 Standorte qualitativ auffällig.“

Anmerkung:

Die Einschätzung mag korrekt sein. Ohne einen Vergleich mit Ergebnissen des Strukturierten Dialogs aus anderen Leistungsbereichen ist sie aber schwer nachzuvollziehen. Auch eine genauere Angabe, ab wann das IQTIG von „Deckeneffekten“ spricht, fehlt.

zu 6.2 Prüfung der Qualitätsindikatoren

Seite 49:

Beschrieben werden die Ergebnisse der Indikatorprüfungen der verbliebenen Leistungsbereiche. „Geprüft wurde auf der Basis der Indikatoren des Erhebungsjahres 2016 (IQTIG 2016b)“

Anmerkung:

Die Literaturreferenz ist nicht korrekt. IQTIG 2016b ist „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Indikatoren 2016“. Der Link müsste eine Verzeichnisebene höher gesetzt werden.

zu 6.2.1 Indikatorenprüfung im Leistungsbereich Ambulant erworbene Pneumonie

Seite 49:

Indikator Sterblichkeit im Krankenhaus:

Es wird angegeben, dass die Dokumentationsqualität des entsprechenden Feldes fraglich sei. „So haben Plausibilitätsprüfungen ergeben, dass 50 % der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Therapieabbruch angegeben war, die Klinik lebend verlassen haben“.

Anmerkung:

Es wird keine Quelle für die Zahl 50 % unplausibler Dokumentationen angegeben. Da mit dieser knappen Begründung der einzige Ergebnisindikator des Leistungsbereichs in Frage gestellt wird und in der Konsequenz der gesamte Leistungsbereich aus der weiteren Betrachtung des IQTIG fällt, ist hier eine genauere Quellenangabe erforderlich.

zu 6.2.2 Indikatorenprüfung in den Leistungsbereichen Herzschrittmacherversorgung und Implantierbare Defibrillatoren

Seite 51ff.: Tabellen 6 - 10

Anmerkung:

Die Tabellen beziehen sich auf die Qualitätsindikatorendatenbank (QIDB) 2016 des IQTIG. Die Anmerkung „Indikator muss aktualisiert werden“ zu den Indikatoren „Eingriffsdauer“ ist aus der QIDB nicht ersichtlich. In Tabelle 9 müsste zu QI 52316 das Tabellenfeld mit dem Eintrag „ok“ nach der IQTIG-Systematik eine andere Farbe aufweisen.

zu 6.2.3 Indikatorenprüfung im Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Seite 58: Angabe der QI-IDs

Anmerkung:

Angabe der QI-ID nicht korrekt:

- Postoperative Wundinfektion: 54037 statt 54034,
- Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur: 54035 statt 54036.

Seite 58:

Es wird dargestellt, dass der Indikator „Reoperation“ herausfalle, da er eine Doppelmessung darstelle. Die hier erfassten Fälle seien in den anderen Komplikationsindikatoren enthalten.

Anmerkung:

Gleiches dürfte auch für den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ gelten. Die meisten der nach dem Eingriff verstorbenen Patienten dürften ebenfalls durch den Indikator „Allgemeine Komplikationen (Pneumonie, tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie)“ erfasst werden. Dies wäre zu quantifizieren.

Seite 59

Es wird konstatiert, dass die im QI 54030 avisierte präoperative Verweildauer von maximal 24 Stunden „kürzer angesetzt“ sei als in den evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen der eingeschlossenen internationalen Leitlinien. Später ist in der Zusammenschau von der Leitlinienempfehlung „Operation innerhalb des 1. bzw. 2. Tages“ die Rede. Diese Zeitangabe ist eher mit der Zeitgrenze „spätestens innerhalb von 48 Stunden“ als mit „innerhalb von 24 Stunden“ gleichzusetzen.

Dennoch wird die Evidenzlage für den Einschluss des Indikators mit der Zeitgrenze „24 Stunden“ in das Indikatorenset für Qualitätszu- und -abschläge als ausreichend angesehen (Seite 60).

Anmerkung:

Aus der zitierten Literatur lässt sich eigentlich nur die Evidenz für die 48-Stunden-Grenze ableiten.

zu 7.2.1 Prozessindikator „präoperative Verweildauer“

Seite 67:

Anmerkung:

Zahl der relevanten Publikationen: $500 + 1 - 440 = 61$ statt 60.

Ein Grund für die unterschiedliche Verortung und Art der Darstellung der Ergebnisse der Literaturrecherche zu den Indikatoren erschließt sich dem Leser nicht direkt. Die Ergebnisse zum Qualitätsindikator Präoperative Verweildauer über 24 h sind im Kapitel 6.2.3 (Indikatorenprüfung im Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung) aufgeführt mit tabellarischer Übersicht der Literatur im Anhang, die Ergebnisse zu den Ergebnisindikatoren aber im Kapitel 7.2.1 (Aktueller Stand der Literatur: Ergebnisindikatoren) mit tabellarischer Übersicht der Literatur im Fließtext. Hier wäre eine einheitliche Darstellung in einem Kapitel lesefreundlicher.

zu 8.1 Das theoretische Indexmodell

Anmerkung:

Die genannten theoretischen Beispiele wie „0,8 unerwünschte Ereignisse pro Patient jenseits der Referenzbereiche“ sind sehr abstrakt formuliert und für den Leser deshalb schwierig nachzuvollziehen. Zum besseren Verständnis würde eine grafische Darstellung helfen.

zu 8.1.1 Indexmodell für Abschläge

Anmerkung:

Durchgehend in Text und Abbildungen sollte zum besseren Verständnis der Indikator-Referenzbereich vom Index-Referenzbereich sprachlich klar getrennt werden.

zu 8.1.2 Indexmodell für Zuschläge

Anmerkung:

Die Verständlichkeit des Indexmodells für die beiden Zuschlagsindikatoren wird dadurch erschwert, dass die Indikatoren selbst in Verneinung formuliert sind („keine zu lange Verweildauer“ und „Gehunfähigkeit“ statt „kurze Verweildauer“ und „Gehfähigkeit“). Das „möglichst seltene Auftreten unerwünschter Ereignisse“ (Abbildung 6) ist also eigentlich ein möglichst häufiges Auftreten erwünschter Ereignisse.

zu 8.2.2 Zuordnung der ausgewählten Variablen in den Zu- und Abschlagsindex

Seite 98:

„Beim Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer über 24 h nach Aufnahme“ tritt dabei die Besonderheit auf, dass mehr als 50 % der Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis haben. Der Median der Einrichtungsergebnisse liegt außerhalb des Referenzbereichs. Daher werden bei diesem Qualitätsindikator zur Berechnung der Zuschlagswerte die Ergebnisse oberhalb des Referenzbereichs gewertet. Der Median der der (Schreibfehler) Einrichtungsergebnisse ist zu schlecht.“

Anmerkung:

Dass von der oben eingeführten Regel, den Zuschlag über den Abstand zum Median zu berechnen, schon in der ersten konkreten Anwendung bei einem von zwei Zuschlagsindikatoren abgewichen werden muss, legt die Frage nahe, ob der Median überhaupt das geeignete Maß ist. Andere Alternativen, z. B. das 25er-Perzentil, sollten diskutiert werden.

Hinweis: Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte einheitlich von „innerhalb“ bzw. „außerhalb“ (und nicht „unterhalb“ und „oberhalb“) des Referenzbereichs gesprochen werden.

zu 8.4 Indexbildung: Aggregation und Gewichtung der Komponenten zum Zu- und Abschlagsindex

Seite 108:

„Das IQTIG schlägt eine Gewichtung nach klinisch-inhaltlich (Schreibfehler) Aspekten vor. Prozessindikatoren erhalten dabei die Gewichtung 1, Ergebnisindikatoren die Gewichtung 1,2 und Ergebnisindikatoren von vitaler Bedeutung wie Dauerschaden oder Tod erhalten die Gewichtung 2.“

„Diese Gewichtungen konnten aufgrund zeitlicher Beschränkung nicht in einem Expertenpanel formal erarbeitet werden, fanden aber innerhalb des Instituts sowie in externen Einzelgesprächen Zustimmung, zumal jede Lösung stets eine subjektive Setzung darstellt.“

Anmerkung:

Dass eine Erörterung im Expertenkreis nicht möglich war, ist nachvollziehbar. Auch die Wahl der Gewichte erscheint auf den ersten Blick plausibel.

Die Gewichtung von Indikatorergebnissen, je nach Bedeutung des Indikators, stellt allerdings einen Paradigmenwechsel in der externen Qualitätssicherung dar mit medizinischen, methodischen, ökonomischen und ggf. auch ethischen Aspekten. Das Thema könnte zukünftig auch in anderen QS-Verfahren eine Rolle spielen und sollte daher vom IQTIG in grundsätzlicher Weise, z. B. im Methodenpapier, aufgegriffen werden.

Seite 111:

„Die Werte des Zuschlagsindex Z_k ergeben sich damit als Summe der gewichteten Anteile an Patienten bei denen über den Median hinaus kein unerwünschtes Ereignis eingetreten ist.“

Anmerkung:

Dies widerspricht der Darstellung auf Seite 98, dass für den Indikator Präoperative Verweildauer über 24 h der Referenzbereich anstelle des Medians herangezogen wurde.

Seite 111:

„Für den Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung sollen die Zuschlagswerte der Qualitätsindikatoren Präoperative Verweildauer über 24 h nach Aufnahme und Gehunfähigkeit bei Entlassung gleichgewichtet in den Zuschlagsindex eingehen.“

Anmerkung:

„Gleichgewichtet“ widerspricht der Darstellung auf Seite 109, nach welcher der Indikator Präoperative Verweildauer über 24 h als Prozessindikator das Gewicht 1 und der Indikator Gehunfähigkeit bei Entlassung als Ergebnisindikator das Gewicht 1,2 erhalten.

zu 8.5 Berechnung der Indizes für den Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Seite 125:

„Hierfür wird die gewichtete Summe der Abschlagswerte für die Präoperative Verweildauer über 24 h (1-faches Gewicht), Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (1-faches Gewicht),...“

Anmerkung

Dies widerspricht der Darstellung auf Seite 109, nach welcher der Indikator Präoperative Verweildauer über 24 h als Prozessindikator das Gewicht 1 und der Indikator Gehunfähigkeit bei Entlassung als Ergebnisindikator das Gewicht 1,2 erhalten.

Seite 134

„Die Verantwortlichkeit liegt damit sowohl für die Qualitätsbeurteilung als auch hinsichtlich der Verhandlungen über Qualitätszu- und -abschläge auf Landesebene und letztlich in den Budgetverhandlungen vor Ort.“

Anmerkung:

Erneut wird als Argument aufgeführt, dass durch den Verfahrensvorschlag des IQTIG die Qualitätsbeurteilung zusammen mit den Verhandlungen über Qualitätszu- und -abschläge auf Landesebene blieben. Beide Bereiche sind kaum als „Landesebene“ zu subsumieren. Bei letzterer müsste man eigentlich von einer Krankenhaus- oder Verhandlungspartnerebene sprechen.

zu 9.2 Enge Anlehnung an die QSKH-RL

Seite 135:

Es wird eine „Reform des Strukturierten Dialogs mit Vorgaben für eine einheitliche Gestaltung, transparente Durchführung, Dokumentation und Ergebnisdarlegung“ – quasi als positiver Nebeneffekt des Zu- und Abschlagsverfahrens vorgeschlagen.

Anmerkung:

Eine Reform des Strukturierten Dialogs ist im Rahmen der Weiterentwicklung der gesamten Qualitätssicherung zu diskutieren und nicht Gegenstand des G-BA-Auftrags zu QZAb.

zu 9.3.1 Aufgaben der Krankenhäuser

Seite 135:

Es wird angegeben, dass die Auswertung jährlich erfolge und „Zwischenauswertungen und Zwischenberichte nicht vorgesehen“ seien.

Anmerkung:

Abgesehen davon, dass Angaben zur Auswertung eigentlich unter „Aufgaben des IQTIG“ stehen müssten, stellt sich die Frage, warum die z. B. im PlanQI-Verfahren vorgesehene Unterstützung der Krankenhäuser durch unterjährige Auswertung nicht auch hier gewährt werden sollte, zumal Abschläge im Wiederholungsfall ja auch zum Krankenhausplanausschluss führen können.

zu 9.3.2 Aufgaben des IQTIG

Seite 136

Es wird ein Gremium zur Systempflege für Qualitätszu- und abschläge beim IQTIG vorgeschlagen.

Anmerkung

Nicht nachvollziehbar ist, dass das Systempflegegremium für Zu- und Abschlagsverfahren nicht analog zum Gremium beim PlanQI-Verfahren zu besetzen ist. Insofern sind auch hier als Vertreter der maßgeblichen Professionen ein(e) durch den Deutschen Pflegerat (DPR) und ein(e) durch die Bundesärztekammer benannte(r) Vertreter(in) einzubeziehen.

Im Übrigen ist die Kompetenzüberschneidung zwischen dem Systempflegegremium und der regulären, für den Leistungsbereich zuständigen Fachgruppe der ESQS aufzulösen.

zu 9.3.3 Aufgaben der Landesebene

Seite 136ff:

Anmerkung:

Für die Landesebene der QS werden unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet („auf Landesebene beauftragte Stellen“, „die LQS“, „die Länder“). Hier wäre eine Vereinheitlichung wünschenswert. „Die Länder“ ist zudem sachlich falsch, da hierunter üblicherweise die Landesbehörden verstanden werden.

zu 9.4 Rolle des Strukturierten Dialogs

Seite 138:

Es wird auf ein entsprechendes „Konzept (des IQTIG) für den Strukturierten Dialog für den G-BA“ hingewiesen, das später in den „Abschlussbericht integriert“ werden sollte.

Anmerkung:

Zum einen liegt dieses Papier den Institutionen außerhalb des G-BA nicht vor, ist also ein „Non-Paper“. Zum anderen ist eine grundsätzliche Überarbeitung des Strukturierten Dialogs in der ESQS – und damit der QSKH-RL – nicht Thema des G-BA-Auftrags an das IQTIG, der diesem Bericht zugrunde liegt.

zu 9.5 Datenflusskonzept

Anmerkung:

Für die Landesebene der QS wird es zudem zunehmend schwierig, die verschiedenen QS-Verfahren mit ihren Detailvorgaben der Richtlinien (ESQS, sQS, PlanQI, QZAb) parallel zu managen.

Die geplante Berechnung der Indizes im QZAb-Verfahren – nach Vorgaben des IQTIG – verursacht eine erhebliche Komplexität der Arbeit auf Landesebene. Es dürfte die Landesebene überfordern, den Krankenhäusern und den Landesfachgruppen die Algorithmen, die den Ergebnissen zugrunde liegen, zu erklären. Eine Verweisung an das IQTIG dürfte häufig unumgänglich werden.

zu 9.5.4 Sollstatistik

Anmerkung:

Es ergibt sich ein Widerspruch zu Kapitel 9.3.3, da dort eine Umstellung des Verfahrensjahres auf das Entlassdatum empfohlen wird, die langfristig auch für die gesamte ESQS vorgesehen ist. In Kapitel 9.5.4 entspricht die Definition des Verfahrensjahres aber noch der alten Systematik nach dem Aufnahmedatum.

zu 9.6.1 Stichprobenverfahren

Seite 140:

Es wird vorgeschlagen, jährliche Stichproben mit Zweiterfassung vor Ort durch die Landesebene durchführen zu lassen. Zusätzlich sollen (jährlich?) Stichproben aus Krankenhäusern mit außerordentlich guter oder grenzwertig unauffälliger Qualität gezogen werden.

Anmerkung:

Der sich abzeichnende Verfahrensaufwand jährlicher Datenvalidierungen in den PlanQI- und in den Zu- und Abschlagsleistungsbereichen, in Ergänzung zur Datenvalidierung in der ESQS und sQS, dürfte auf QS-Landesebene personell kaum zu bewältigen sein. Auch eine Auslagerung der Aufgaben an den MDK dürfte an Kapazitätsgrenzen stoßen.

zu 9.6.2 Zusätzliche Datenvalidierung

Seite 140:

Die Neuberechnung der Indizes bei korrigierten Daten soll durch das IQTIG erfolgen und das Krankenhaus und die LQS „entsprechend informiert werden“.

Anmerkung:

Unabhängig davon, dass die Neuberechnung von Indizes aufgrund von Stichproben methodisch zu hinterfragen ist, ist hier schwer nachzuvollziehen, warum die Erstberechnungen der Indizes durch die Landesebene und die Nachberechnungen durch das IQTIG erfolgen sollen.

zu 9.7 Abgrenzung QZAb und PlanQI

Seite 140:

Zur Abgrenzung der Verfahren QZAb und PlanQI wird festgestellt, dass aufgrund der unterschiedlichen regulatorischen Konsequenzen das Maß und das Messverfahren, nach dem unzureichende Qualität festgestellt wird, in den beiden Verfahren variere.

Anmerkung:

Dies ist zwar zutreffend, aber für die Analyse der Verfahrensabgrenzung zu wenig. Der komplette Ablauf ist in beiden Verfahren unterschiedlich. Beim PlanQI-Verfahren ist er eher zentralisiert, beim QZAb-Verfahren eher dezentralisiert. Bedeutender in der Konsequenz ist aber die vom Gesetzgeber vorgesehene Verbindung der Regelungskreise nach § 8 Abs. 1b. Nach dem QZAb-Verfahren festgestellte „unzureichende Qualität“ hat (bei Wiederholung) letztlich für ein betroffenes Krankenhaus und die Planungsbehörde den gleichen Effekt des Ausschlusses aus dem Krankenhausplan.

zu 9.9.2 Ergebnisse

Anmerkung:

In Tabelle 20 beginnen alle DRG-Kodes mit einer „1“ statt einem „I“.

II. Zentrale Kritikpunkte der Stellungnahme

Wahl des Leistungsbereichs

Die Auswahl geeigneter Leistungsbereiche aus der ESQS ist offensichtlich a priori sehr begrenzt. Einige Leistungsbereiche befinden sich zurzeit im Verfahrensumbruch. Durch das PlanQI-Verfahren sind die Leistungsbereiche Gynäkologie, Geburtshilfe und Mammachirurgie und durch das Qualitätsvertragsverfahren die Hüft- und Knieendoprothetik schon anderweitig eingebunden. Die Grundsatzentscheidung, ein indirektes Verfahren auszuwählen, hat das IQTIG vor allem damit begründet, dass die Budgetvereinbarungen „vor Ort“ stattfinden und daher die QS-Landesebene für ein erstes Zu- und Abschlagsverfahren geeigneter sei. Dieser Zusammenhang erschließt sich nicht unmittelbar. Im gleichen Atemzug wird betont, dass der Strukturierte Dialog auf der Landesebene in der jetzigen Form nicht stringent und transparent genug sei und dringend reformiert werden müsse.

Auch die Auswahl eines herzchirurgischen Leistungsbereichs als direktes Verfahren wäre grundsätzlich denkbar gewesen. Hier besitzt das IQTIG selbst die unmittelbare Verantwortung für die Stringenz und Transparenz des Strukturierten Dialogs. Das gewichtigere Argument für die Nichtberücksichtigung der Herzchirurgie – wie auch der Transplantationsmedizin – dürfte eher die geringe Zahl der Patienten und der betroffenen Krankenhäuser sein.

Die Nichtberücksichtigung des Leistungsbereichs Karotischirurgie mag richtig sein. Der alleinige Verweis auf „Deckeneffekte“ und wenig qualitativ auffällige Häuser im Strukturierten Dialog ist allerdings ohne Vergleichszahlen mit den anderen Leistungsbereichen kaum zu beurteilen.

Auch die Nichtauswahl des Leistungsbereichs der ambulant erworbenen Pneumonie ist unter verschiedenen Gesichtspunkten sicher richtig. Die Begründung erscheint hier gleichwohl ein wenig artifiziell. Ohne Quellenangabe wird hier ausgeführt, dass beim Indikator Sterblichkeit so erhebliche Dokumentationsprobleme bestehen, dass der Indikator nicht valide sei.

Bei der letztendlichen Wahl des Leistungsbereichs der osteosynthetisch versorgten Hüftfraktur wurde im Bericht ein bedeutender Nebeneffekt nicht thematisiert. Die eigentlich rein medizinische Entscheidung, wie eine Hüftfraktur operativ zu versorgen ist, wäre durch einen pekuniären Fehlanreiz potenziell gefährdet. Wird die Fraktur osteosynthetisch versorgt, greift das Zu- und Abschlagsverfahren, wird sie hingegen endoprothetisch versorgt, der Qualitätsvertrag, sofern das Haus einen solchen abgeschlossen hat.

Wahl der Indikatoren

Der Indikator Präoperative Verweildauer über 24 h ist ein seit über zehn Jahren diskutierter Qualitätsindikator. Er ist im Verlaufe der letzten Jahre wiederholt modifiziert worden, bis 2014 galten 48 Stunden als Verweildauergrenze, seit 2015 24 Stunden. Dass es sich um einen wichtigen Indikator handelt, der auf mögliche Missstände in der Versorgung hinweist, ist unbestritten. In der Analyse der Ergebnisse hat sich wiederholt gezeigt, dass bei Auffälligkeiten die Ursachen vielschichtig sind.

Die Literaturanalyse im Bericht belegt, dass die 24-Stunden-Grenze nicht aus der Literatur ableitbar, sondern eine aktive Setzung ist. Insofern ist es ein Widerspruch, dass hier von einer „ausreichenden Evidenzlage“ für Zu- und Abschläge ausgegangen wird. Hier wäre zu begründen, warum der Begriff der „Evidenzlage“ in diesem Fall anders als üblich anzuwenden ist.

Der Indikator Gehunfähigkeit bei Entlassung ist ein relevanter Outcome-Parameter. Anders als im Bericht dargestellt, handelt es sich hierbei aber nur um ein Zwischenoutcome und nicht um einen Endpunkt. Die Evidenzlage, bezogen auf übliche Endpunkte, ist hier demnach darzustellen. Der mögliche Bias im Indikatorergebnis, dass je nach Verlegungsmanagement der Krankenhäuser (frühe oder späte Verlegung in Reha) die postoperative Verweildauer und damit der Bewertungszeitraum extrem variieren kann, sollte im Bericht zumindest diskutiert werden.

Index

Das Konzept zur Ermittlung der Zu- und Abschlagsindizes, inklusive der Normalisierung der Skalen und der Gewichtung der Indikatoren, erscheint sorgfältig und auf hohem methodischem Niveau ausgearbeitet. An manchen Stellen hätte man sich gewünscht, dass alternative Vorgehensweisen zumindest diskutiert werden. Z. B. zeigte sich in einem von zwei Zuschlagsindikatoren, dass der Abstand vom Median möglicherweise nicht das optimale Maß darstellt. Detailgenauigkeiten sollten korrigiert werden (z. B. ob für den Indikator Gehunfähigkeit bei Entlassung das Gewicht 1 oder 1,2 verwendet wurde).

Sobald ein Krankenhaus bei einem Indikator auffällig ist, sollen alle seine Indikatoren in den Abschlagsindex eingehen. Der Index wäre damit eine Mischung aus rechnerisch und qualitativ auffälligen Indikatorergebnissen einerseits und rechnerisch, aber nicht qualitativ auffälligen Indikatorergebnissen andererseits.

Auch die Datenbasis der Berechnungen ist heterogen. Weil im Rahmen der Datenvalidierung in einigen Krankenhäusern Stichproben gezogen und ggf. einzelne Daten korrigiert werden, ist die Datenbasis letztlich eine Mischung aus nicht überprüften sowie aus überprüften und ggf. korrigierten Falldaten.

Letztlich wird die Beurteilung der Praxistauglichkeit der Zu- und Abschlagsindizes dadurch erschwert, dass die endgültigen Verteilungen der Indizes im Vorbericht noch nicht enthalten sind. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2015 lagen zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch nicht vor. Dieser Schritt sollte im Rahmen des Abschlussberichts unbedingt nachgeholt werden.

Verfahren auf Landesebene

Das IQTIG betont im Vorbericht, dass mit der Einführung von Zu- und Abschlägen vor Ort die Qualitätskultur gestärkt werde, da ja die Beurteilung der qualitativen Auffälligkeit im Strukturierten Dialog maßgeblich für den Abschlagsindex sei. Damit sei zugleich die Vorgabe von § 5 Abs. 3a KHEntgG erfüllt, dass krankenhausspezifische Besonderheiten bei der Beurteilung zu berücksichtigen seien.

Die „Kehrseite der Medaille“, dass die mit ehrenamtlich tätigen ärztlichen und pflegerischen Fachexperten besetzten Landesfachgruppen nun mit ihrem Urteil direkt die Vergütung beeinflussen, wird dabei außer Acht gelassen. Die Abschläge werden nicht als letzte Eskalationsstufe eines Strukturierten Dialogs eingesetzt, sondern berechnen sich quasi automatisch aus einem – zudem noch unter einem zeitlichen Druck – abgegebenen Votum der Fachgruppen. Insofern wird nicht die Qualitätskultur, also der fachliche Austausch vor Ort über Qualitätsprobleme, gestärkt, sondern über ein Sanktionssystem der Druck vor Ort erhöht.

III. Fazit der Stellungnahme

Unter Ausklammerung der schon eingangs gestellten grundsätzlichen Frage, inwieweit die Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung in Form von Zu- und Abschlägen vor dem Hintergrund der hinreichend bekannten Studienlage tatsächlich mehr Vor- als Nachteile für die Patientinnen und Patienten generieren wird, stellt der vorliegende Vorbericht des IQTIG einen methodisch über weite Strecken gelungenen Ansatz dar, den Auftrag des G-BA in einem ersten Schritt zu erfüllen. Gleichwohl ist im Verfahrensvorschlag des Vorberichts eine Reihe von Schwierigkeiten erkennbar.

Die orthopädischen Leistungsbereiche der ESQS sollen zusätzlich zu ihrer eigentlichen Kernfunktion der Qualitätsförderung, die durch einen fachlichen Dialog über Qualitätsergebnisse erreicht wird, weitere Funktionen übernehmen. Im Leistungsbereich der Hüft- und Knieendoprothetik sollen nach Beschluss des G-BA Qualitätsverträge nach §110a SGB V geschlossen werden. In dem jetzt vorliegenden Vorbericht empfiehlt das IQTIG, den Leistungsbereich der osteosynthetisch versorgten Hüftfrakturen in ein QS-Verfahren mit Qualitätszu- und abschlägen zu überführen. Die Überschneidung der drei genannten QS-Verfahren ist damit vorgezeichnet. Eine Patientin oder ein Patient mit osteosynthetisch versorgter Hüftfraktur würde dann zukünftig unter das Verfahren der Zu- und Abschläge fallen, eine Patientin oder ein Patient mit endoprothetisch versorgter Hüftfraktur unter das alte ESQS-Verfahren sowie ggf. unter einen Qualitätsvertrag zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. Dass hierdurch ein Fehlreiz gesetzt wird, die Art der Versorgung an der Art der Vergütung zu orientieren, liegt auf der Hand.

Zudem wird die Zahl verschiedener QS-Verfahren für einen Versorgungsbereich immer größer. Weitere, nicht gesetzlich verankerte Verfahren, wie etwa das Deutsche Endoprothesenregister, sind hierbei noch nicht einmal berücksichtigt. Es ist zu befürchten, dass dies sowohl auf Seiten der behandelnden Ärztinnen und Ärzten als auch der Patientinnen und Patienten zur Frage führt, welche Qualitätssicherungsmaßnahme im konkreten Fall im Vordergrund steht bzw. verpflichtend zu beachten ist.

Der Vorbericht sieht – anders als in der Konzeption der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – eine stärkere operative Einbindung der Landesgeschäftsstellen in den Verfahrensablauf vor. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist diese Einbindung darauf ausgerichtet, dass das Votum der Landesfachgruppen zum Vorliegen mindestens einer qualitativen Auffälligkeit je Krankenhaus möglichst zügig an das IQTIG weitergeleitet wird, damit dieses die Berechnung der Zu- und Abschlagsindizes vornehmen kann. Diese Umwidmung des Strukturier-ten Dialogs in ein zuarbeitendes Instrument der Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern sollte nicht als Beitrag zur Qualitätskultur vor Ort verklärt werden. Weder das Ziel noch das enge Zeitkorsett, sind mit dem bisherigen Verständnis der Qualitätsförderung auf Landesebene kompatibel. Es ist zu befürchten, dass für die ursprüngliche Philosophie der Qualitätsförderung, die auf fortwährende Verbesserung der Versorgung durch Lernen der Akteure setzt, auf Dauer kein Platz mehr sein wird.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Vorbericht des IQTIG
"Qualitätsorientierte Vergütung Teil 1 - Vorbericht zu Schritt 1 des Auftrags Qualitätszu- und -abschläge"

Berlin, den 02.06.2017

i. A.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Oliver Boy", with a long horizontal stroke extending to the right.

Dr. med. Oliver Boy M. A.
Referent Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit