



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. November 2021

Impressum

Thema:

Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal. Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Ansprechpartner:

Roman Prinz

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Januar 2019

Datum der Abgabe:

15. November 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
(AWMF)

Bundesärztekammer (BÄK)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen DIE Diabetes-Kliniken e. V. (BVKD)

Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG) / Deutsche Diabetes Föderation e. V. (DDF)

Deutsche Gesellschaft für Angiologie e. V. (DGA)

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e. V. (DGG)

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO)

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) / Deutsche Gesellschaft für
Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK) / Deutsche Gesellschaft für
Nephrologie e. V. (DGfN) / Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von
Herz-Kreislaferkrankungen e. V. (DGPR)

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP)

Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)

Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG)

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Maßgebliche Organisationen nach § 140f SGB V (PatV)

Robert Koch-Institut (RKI)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)

Berlin, 21.10.2020

**Stellungnahme
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften (AWMF) zum Zwischenbericht des IQTIG:
Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal**

Die AWMF wurde am 09.09.2020 um eine Stellungnahme zu dem oben genannten Zwischenbericht gebeten. Die AWMF hat ihrerseits ihre thematisch befassten Mitgliedsfachgesellschaften gebeten, bei Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen. Die bis einschließlich 21.10.2020 bei der AWMF eingegangenen Stellungnahmen von 8 Fachgesellschaften sind der Stellungnahme der AWMF als Anlage beigefügt (s. Anlage 1). Diese äußern sich auch zu weiteren Aspekten, die wir ebenfalls zu berücksichtigen bitten.

Der dem Zwischenbericht zugrundeliegende Auftrag des G-BA vom 17.01.2019 sieht vor, dass das IQTIG einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung erstellt und diese in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet veröffentlicht. Dies soll auf der Grundlage geeigneter Daten aus Qualitätsberichten der Krankenhäuser und unter Einbeziehung der Ergebnisse der verpflichtenden, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (esQS-Daten) erfolgen.

Die AWMF begrüßt das durch den G-BA und das IQTIG verfolgte Anliegen, Patient*innen und Bürger*innen Entscheidungshilfen für die Auswahl von geeigneten Einrichtungen für ihre individuelle Versorgung über ein nationales Informationsportal in verständlicher Form zur Verfügung zu stellen.

Zur Umsetzung wurde seitens des G-BA zunächst eine Sonderveröffentlichung für die Themen planungsrelevante Qualitätsindikatoren und Mindestmengen beauftragt. Hierzu verweisen wir auf die Stellungnahme der AWMF und die Stellungnahmen von 9 Fachgesellschaften vom 30.08.2019 zum Vorbericht des IQTIG (Stand 16.08.2019), verfügbar: <https://www.awmf.org/die-awmf/awmf-stellungnahmen.html>. Das IQTIG hat am 17.01.2020 dazu seinen Abschlussbericht an den G-BA eingereicht. Hierzu merken wir an, dass das Verfahren zur Würdigung von Stellungnahmen Verbesserungspotentiale aufweist. Eine direkte Würdigung durch Rückmeldung an die Stellungnehmenden wäre als Anerkennung der eingebrachten Arbeit zu erwarten, zu fordern ist eine konsequente, leicht auffindbare, würdigende Zusammenfassung auf der Website des IQTIG, wie dies auch durch das IQWiG praktiziert wird.

Zur Umsetzung wurde im Folgenden die Entwicklung eines Gesamtkonzepts beauftragt. Hierzu hat das IQTIG einen Zwischenbericht vorgelegt. Auf diesen bezieht sich die vorliegende Stellungnahme.

Allgemeine Anmerkungen zu den Ausarbeitungen des IQTIG

Das IQTIG hat den Auftrag des G-BA für ein Gesamtkonzept sinnvoll und nachvollziehbar durch die Gliederung in 6 Teilaspekte operationalisiert:

1. Inhaltliches Konzept
2. Methodisches Konzept zur Informationsaggregation
3. Visualisierungskonzept
4. Informationstechnisches Konzept
5. Umsetzungs- und Evaluationskonzept
6. Empfehlungen zur Weiterentwicklung

Im Zwischenbericht wird allerdings nur für die ersten beiden Teilaspekte eine detaillierte Vorstellung entwickelt, die entsprechend kommentiert werden kann. Für weitere Teilaspekte werden entweder nur Ausblicke formuliert (Visualisierungskonzept, Informationstechnisches Konzept) oder gleich angekündigt, dass sie erst im Abschlussbericht adressiert werden sollen (Umsetzungs- und Evaluationskonzept). Damit werden diese Teilaspekte der Kommentierung entzogen. Dies ist aus wissenschaftlicher Sicht nicht akzeptabel. Vor Abgabe des Abschlussberichts sollten auch die Ausführungen zu diesen Aspekten zur Kommentierung zur Verfügung gestellt werden.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass im Konzeptentwurf des IQTIG eine Vorstellung zur digitalen Transformation komplett fehlt. Zwar wird die notwendige Passung des Qualitätsportals zum geplanten und durch das IQWIG umzusetzenden Gesundheitsportal erwähnt, notwendige Voraussetzungen für die Interoperabilität bei der Gestaltung des Qualitätsportals werden jedoch nicht adressiert (z.B. Einhaltung von HL7 Standards).

Außerdem ist anzumerken, dass die alleinige Fokussierung auf Qualitätsberichte der Krankenhäuser und Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) zu kurz greift. Eine systematische Recherche und Bewertung bereits existierender, vergleichbarer Portale auf nationaler und internationaler Ebene wird vermisst (siehe dazu Stellungnahme der DGP mit beispielhafter Nennung eines Portals). Zudem wird auf Qualitätsinitiativen der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften nicht eingegangen, auf die die AWMF bereits vielfach hingewiesen hat und die auch in den beiliegenden Stellungnahmen der Fachgesellschaften erneut benannt sind (Peer Review Verfahren, Register, Personenzertifikate der Fachgesellschaften - Siehe dazu Stellungnahmen der DGG, DDG, DGP und gemeinsame Stellungnahme von DGIM, DGK, DGfN und DGPMR).

Wenngleich der Auftrag des G-BA die Betrachtung dieser Qualitätsinitiativen nicht explizit adressiert hat, sollte das IQTIG als Wissenschaftliche Institution mit dem Auftrag der Förderung von Qualität und vor allem Transparenz im Gesundheitswesen entsprechende, relevante Informationen recherchieren, berücksichtigen, bewerten und resultierende wissenschaftliche Überlegungen an den G-BA übermitteln.

Schließlich befürchten wir einen Neglect des strukturierten Dialogs und verweisen dazu auf die Stellungnahme der AWMF und die Stellungnahmen von 12 Fachgesellschaften vom 21.09.2019 zum Vorbericht des IQTIG zur Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern, (Stand 16.08.2019), verfügbar <https://www.awmf.org/die-awmf/awmf-stellungnahmen.html>. Wir möchten in diesem Zusammenhang daran erinnern, dass regelmäßig nur ein geringer Bruchteil der rechnerisch ermittelten Auffälligkeiten nach strukturiertem Dialog tatsächlich auf Qualitätsdefizite zurückzuführen ist.

Spezifische Anmerkungen zu Teilaspekten der Ausarbeitungen des IQTIG

- *Inhaltliches Konzept*

Tabelle 35 weist auf eine Reihe wichtiger und wertvoller Aspekte hin, die für die Auswahl eines Krankenhauses relevant sind. Allerdings stellt sich die Frage, ob der Umfang (14 Informationsmodule, 67 Themen/Unterthemen) tatsächlich dem Informationsbedürfnis und der Lesebereitschaft von Patient*innen /Bürger*innen entspricht- insbesondere, da ein smartes Digitalkonzept für die Darstellung der Information fehlt und stattdessen offenbar auf traditionelle (pdf-) Formate gesetzt wird. Der Hinweis auf ein geplantes „Responsive Design“ zur Anpassung der Darstellung auf mobilen Endgeräten allein hilft hier nicht weiter. Auch wird die Umsetzung der geplanten Bezugnahme auf die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ nicht sichtbar- wie sollen die Inhalte konkret entsprechend vermittelt werden?

In der Tabelle 35 werden zudem wichtige Aspekte aus nicht nachvollziehbaren Gründen ausgeschlossen (Siehe beispielhaft Stellungnahme der DDG zu Menschen mit Diabetes). Schließlich ist die Fokussierung auf die stationäre Versorgung zu kritisieren- wodurch der schon jetzt große und weiter zunehmende Teil der ambulanten Leistungen eines Krankenhauses nicht erfasst wird. Hieraus resultiert ein Verzerrungspotential zu Ungunsten der kränkeren, stationären Patient*innen (siehe gemeinsame Stellungnahme von DGIM, DGK, DGfN und DGPMR).

- *Methodisches Konzept zur Informationsaggregation*

Prinzipiell ist eine Aggregation von Daten mit dem Ziel einer einfach verständlichen Information von Patient*innen/Bürger*innen zu begrüßen. Die Aggregation birgt allerdings mathematische Herausforderungen (siehe Stellungnahme der GQMG).

Im Public Health Bereich finden sich aber auch einfache Beispiele, z.B. Nutri-Score (<https://www.lebensmittelverband.de/de/lebensmittel/kennzeichnung/naehrwert/nutri-score>). Es wäre wünschenswert gewesen, dass das IQTIG sich neben komplexen Rechenmodellen mit der Recherche und Bewertung solch einfacher Lösungen befasst hätte.

Fazit

Insgesamt ergibt sich ein erhebliches Entwicklungspotential für die Konzeptionierung des „Qualitätsportals“, bevor hierzu seitens des IQTIG abschließend berichtet werden sollte.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Ina Kopp, [REDACTED]
Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner, [REDACTED]
Prof. Dr. Rolf Kreienberg, [REDACTED]

Anlage 1:

Stellungnahmen der Fachgesellschaften:

1. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)
2. Deutsche Diabetesgesellschaft (DDG)
3. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP)
4. Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG)
5. Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Versorgung (GQMG)



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Zwischenbericht des IQTIG
„Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“

Berlin, 21.10.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 09.09.2020 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Absatz 7 Nr. 5 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Zwischenbericht „Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“ aufgefordert.

1. Hintergrund

Gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V ist das IQTIG vom G-BA zu beauftragen, „auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen“.

Am 17.01.2019 erfolgte die Beauftragung für ein Gesamtkonzept eines so genannten G-BA-Qualitätsportals. Im Gesamtkonzept soll eine Reihe von Aspekten berücksichtigt werden, unter anderem:

- Identifikation von maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten
- Identifikation der Zielgruppen des Portals
- Ermittlung des Informationsbedürfnisses und der Entscheidungskriterien der Zielgruppen
- Identifikation, welche Informationen innerhalb bzw. außerhalb des strukturierten Qualitätsberichts der Krankenhäuser vorliegen
- Sicherstellung einer Risikoadjustierung und der Berücksichtigung des Bewertungsverfahrens im Strukturierten Dialog
- Entwicklung von Methoden zur Darstellung vergleichbarer Einheiten von Krankenhäusern
- Entwicklung einer Informationsaggregation/Indexbildung
- Angemessene Darstellung kleiner Fallzahle
- Vorschläge zur Visualisierung und Gestaltung des Portals
- Umsetzungsplanung
- Evaluationskonzept
- Abstimmung mit dem vom IQWiG erstellten Konzept für ein nationales Gesundheitsportal
- Exemplarische inhaltliche und grafische Aufbereitung von zwei maßgeblichen Bereichen

Nach Vorlage des Gesamtkonzepts will der G-BA weitere Vorgaben machen. Dann erst soll die Umsetzung erfolgen.

2. Grundlegende Bewertung des Zwischenberichts

Der Zwischenbericht des IQTIG für ein Konzept zur Einrichtung eines Qualitätsportals befasst sich mit einem Teil des umfangreichen Aufgabenpakets, das vom G-BA am 17.01.2019 beauftragt wurde. Mittels Literaturrecherche, Fokusgruppensitzungen, Online-Befragung und Experten-Workshop erfolgt eine ausführliche systematische Analyse, welche Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten für ein Qualitätsportal relevant sein könnten.

Die Zwischenergebnisse der Analyseschritte werden strukturiert tabellarisch wiedergegeben und sind dadurch gut nachvollziehbar.

Die Zielgruppe des Portals wird definiert (erwachsene Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige), Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen werden jeweils besonders betrachtet. Anhand der Literaturrecherche und als Ergebnis der Fokusgruppen wird festgestellt, dass bei Patientinnen und Patienten ein Informationsbedarf nicht nur zur Strukturqualität, sondern auch zur Prozessqualität und Ergebnisqualität der Krankenhausbehandlung besteht.

Der Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten wird vom IQTIG in 13 sogenannte Informationsmodule eingeordnet, zu denen in unterschiedlichem Ausmaß in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser nutzbare Informationen vorliegen. Ob dieses neu geschaffene Konzept der Informationsmodule an anderer Stelle ggf. wegen inhaltlicher Überschneidung zu bestehenden Konzepten, wie z. B. den Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität zu Verwirrung führen kann, wird sich noch erweisen müssen.

Das IQTIG schlägt vor, für die Deckung des identifizierten Informationsbedarfes der Patientinnen und Patienten ausschließlich die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser heranzuziehen. Die Überprüfung der Einbeziehung anderer Datenquellen habe laut IQTIG ergeben, dass aus Gründen der eingeschränkten Datenqualität, des Datenschutzes, der mangelnden Datenverfügbarkeit oder wegen einschränkenden Nutzungsrechten jegliche andere Datenquelle für das geplante Qualitätsportal auszuschließen sei. Diese Einschätzung ist zu hinterfragen. Leider ist dem Bericht nicht zu entnehmen, welche Datenquellen genau geprüft wurden, welche Kriterien angelegt wurden, und welche Ergebnisse die Prüfungen jeweils ergaben. Hier müsste im Abschlussbericht nachgebessert werden, um beurteilen zu können, ob die Einschätzung des IQTIG zu diesem wichtigen Aspekt angemessen ist. Anstelle einer pauschalen Aussage hätte man eine detaillierte Auseinandersetzung mit den potenziellen Datenquellen erwartet – gerade angesichts der ansonsten im Bericht erkennbaren systematischen und strukturierten Vorgehensweise. Zu ergänzen wäre z. B. eine tabellarische Übersicht aller analysierten Datenquellen mit Vor- und Nachteilen ihrer Nutzung für das Portal. Eine perspektivische Anbindung an Datenverfahren mit öffentlichem Auftrag, wie z. B. klinische Krebsregister, Implantateregister, Transplantationsregister oder Intensivregister hätte zumindest grundsätzlich diskutiert werden können – einschließlich eines ggf. notwendigen Weiterentwicklungsbedarfs, um eine Anbindung zu ermöglichen.

Die Einbeziehung der Ergebnisse des Strukturierten Dialoges in die Qualitätsdarstellung im Portal wird vom IQTIG abgelehnt. Die Bundesärztekammer sieht dies äußerst kritisch. Auf die Nutzung der Erkenntnisse des Strukturierten Dialogs sollte keinesfalls verzichtet werden. Das über Jahrzehnte bewährte Grundprinzip der datengestützten Qualitätssicherung, dass Qualitätsdaten und deren fachliche Bewertung zwingend zusammengehören, würde dadurch ohne Not aufgekündigt. Vielmehr erscheint der Bundesärztekammer gerade diese Qualitätsinformation, die sich nicht eins zu eins in Qualitätsindikatoren oder Indizes einrechnen lässt, als besonders hilfreich für Patientinnen und Patienten. Im Übrigen wäre nach Einschätzung der Bundesärztekammer mit Auslassung des Strukturierten Dialoges auch der

Auftrag des G-BA nicht erfüllt, der in I.2.f eindeutig fordert: „Des Weiteren müssen insbesondere für QS-Verfahren entsprechend § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V rechnerische Auffälligkeiten immer durch ein abschließendes Bewertungsverfahren geprüft werden“.

Inwiefern die Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung des G-BA den von Patientinnen und Patienten formulierten Informationsbedarf decken können oder nicht, oder wie ihre Aufbereitung verbessert werden könnte, wird im Zwischenbericht nicht ausreichend thematisiert. In den Fokusgruppensitzungen ist zudem augenscheinlich versäumt worden, zu thematisieren, ob Patientinnen und Patienten bezüglich der Qualität von Krankenhäusern Zahlenangaben von Indikatorergebnissen oder Expertenurteile präferieren. Dennoch entscheidet sich das Institut, letztere in seinem Konzept für aggregierte Qualitätsinformationen im Portal nicht weiter zu berücksichtigen.

Nur drei von 13 Informationsmodulen werden teilweise von der bestehenden externen Qualitätssicherung des G-BA abgedeckt: „Behandlungserfolg“, „Sichere Versorgungsprozesse“ und „Kommunikation und Interaktion“. Das IQTIG fokussiert im Zwischenbericht auf diese Informationsmodule mit der Begründung, dass nur mit diesen eine Indexbildung statthaft sei. Die Aggregation der jeweilig vorhandenen Indikatorergebnissen zu Indizes, wird vom IQTIG als der zentrale Mehrwert für Patientinnen und Patienten postuliert.

Nachdem die Qualitätsindikatorergebnisse der externen Qualitätssicherung über nunmehr 20 Jahre hinweg stets isoliert berichtet wurden, werden im vorliegenden Zwischenbericht erstmals methodische Überlegungen angestellt, wie man Einzelindikatorergebnisse zu Indizes zusammenfassen könnte. Dabei geht das IQTIG von der Prämisse aus, dass für die Qualitätsaussage eines Indikators allein das metrische Indikatorergebnis maßgeblich sei. Dies beschreibe den Grad der Erfüllung einer konkreten Qualitätsanforderung in Form der Abweichung des beobachteten Wertes vom Referenzbereich. Die Aggregation zu Qualitätsindizes, welche im Portal über die Qualität eines Krankenhauses informieren sollen, solle daher ausschließlich über metrische Indikatorergebnisse erfolgen.

Um die statistische Evidenz für die Einhaltung des Referenzbereichs bei einem Indikator auszudrücken, wird die Berechnung der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit nach Bayes vorgeschlagen. Dadurch sei die fallzahlabhängige Sicherheit der Qualitätsaussage ausreichend berücksichtigt. Da verteilungsabhängige Referenzbereiche (z. B. Perzentilen) keine Aussagen über die Erfüllung „definierter Standards“ zuließen, seien ausschließlich feste Referenzbereiche zu verwenden.

Nach Einschätzung der Bundesärztekammer wird die Bedeutung der Referenzbereiche im Ansatz des IQTIG überschätzt. In der externen Qualitätssicherung sind Referenzbereiche historisch entstanden und in den meisten Fällen nicht evidenzbasiert, sondern eher erfahrungsorientiert gewählte Setzungen. Für den Zweck des Strukturierten Dialogs ist dies auch adäquat. Die Referenzbereiche können aber nicht als absoluter Maßstab für die Qualitätsinformation verwendet werden, da sie nicht mit diesem Ziel entwickelt wurden. Die historische Umwandlung von Perzentilen in feste Referenzbereiche bei zahlreichen Indikatoren der externen Qualitätssicherung war ebenfalls eine Setzung und ist nicht evidenzbasiert. Die im Bericht vorgeschlagene Anwendung differenzierter statistischer Verfahren auf die jeweilige Abweichung eines Indikatorergebnisses vom Referenzbereich birgt die Gefahr einer Pseudogenauigkeit und damit der Desinformation der Patientinnen und Patienten, die das Portal nutzen.

Die Vorschläge des Instituts zur Indexbildung basieren auf der Maßgabe, dass Qualität als formatives mehrdimensionales Konstrukt zu interpretieren sei, dessen Dimensionen durch die einzelnen Indikatoren abgebildet werden. Ein Index sei dann inhaltsvalide, wenn die re-

levanten Dimensionen der Versorgungsqualität bezogen auf den jeweiligen Versorgungsanlass (z. B. elektive Hüft-TEP), enthalten sind.

Es wird eingeräumt, dass Qualitätsindikatorensets Qualität nie vollumfänglich abbilden können, sondern sich immer nur auf bestimmte Aspekte fokussieren und ein Index daher einen Kompromiss darstellen würde. Da zusätzlich die Einschränkung besteht, dass nicht alle Krankenhäuser in den Grundgesamtheiten aller Indikatoren repräsentiert sind, müsse zudem ein Schwellenwert gefunden werden, bei welcher Indikatorzusammensetzung die meisten Krankenhäuser vom Index eingeschlossen werden.

Aus Sicht der Bundesärztekammer dürfte eine Qualitätsaussage mit dem gewählten Indexmodell schwer möglich sein. Für einen inhaltvaliden Index ist es zwingend, dass wirklich alle relevanten Qualitätsaspekte abgebildet sind. Dies ist aber in vielen Leistungsbereichen der externen Qualitätssicherung nicht der Fall. Grundsätzlich zeigt sich an der Diskussion zur Indexbildung, dass die ex-post-Anwendung einer neu entwickelten Methodik auf die etablierte externe Qualitätssicherung zu nicht angemessenen Ergebnissen führen kann, da diese historisch mit einer anderen Zielsetzung entwickelt wurde. Gleichwohl könnte das Indexkonzept des Instituts bei zukünftigen Verfahrensentwicklungen Berücksichtigung finden, wenn von vornherein auf Basis eines vollständigen Qualitätsmodells Inhaltvalidität eines Indikatorensets angestrebt wird.

Das Institut empfiehlt auf Basis der Indizes schlussendlich eine Klassifikation in Ergebniskategorien. Vorgeschlagen werden fünf Kategorien von 1 bis 5 für aufsteigend gute Qualität. Um die Informationspräferenzen „eher numerisch orientierter Nutzerinnen und Nutzer“ des Portals zu bedienen, soll außerdem korrespondierend eine ordinale Skala mit 10 Kategorien zur Anwendung kommen. Der Vorteil zweier paralleler Ergebnisskalen ist zumindest auf den ersten Blick nicht einleuchtend. Hier muss sich in der konkreten Testung mit Nutzerinnen und Nutzern zeigen, ob ein Mehrwert erreicht wird oder hier eher Verwirrungspotenzial besteht.

Der Zwischenbericht enthält abschließend einige Vorüberlegungen zum Visualisierungskonzept und zum informationstechnischen Konzept und verweist im Übrigen auf den Abschlussbericht, der die Ergebnisse der weiteren Teilaufträge abdecken wird.

Zusammenfassend sieht die Bundesärztekammer insbesondere bei Herleitung der Indizes für das Qualitätsportal methodische Schwierigkeiten. In der jetzigen Form ohne Berücksichtigung des Strukturierten Dialogs sieht die Bundesärztekammer Änderungsbedarf beim Konzept des Instituts.

Die Fragestellung, ob wirklich keine weitere Datenquelle als die Qualitätsberichte der Krankenhäuser genutzt werden kann, bedarf einer ausführlicheren Darstellung.

Ob das geplante Qualitätsportal des G-BA einen tatsächlichen Mehrwert gegenüber den zahlreichen schon existierenden Krankenhausvergleichsportalen für Patientinnen und Patienten verspricht, kann frühestens anhand des Abschlussberichtes, wahrscheinlich aber erst nach Evaluation der tatsächlichen Nutzung, beurteilt werden.

3. Stellungnahme im Einzelnen

Kapitel 1 Beauftragung und Projekt

Das Kapitel enthält grundlegende Ausführungen zum Auftragsverständnis des Instituts und zur beabsichtigten Abarbeitung des Auftrags.

Das IQTIG strebt für das Portal ein Konzept an, das „weitestgehend indikations- und prozedurenübergreifend tragfähig“ ist. Es werden sechs Schwerpunkte identifiziert, die in Unterkonzepten abgebildet werden:

- Inhaltliches Konzept
- Methodisches Konzept zur Informationsaggregation,
- Visualisierungskonzept,
- Informationstechnisches Konzept,
- Umsetzungs- und Evaluationskonzept,
- Empfehlungen zur Weiterentwicklung.

Das inhaltliche Konzept sowie das methodische Konzept sind vorrangig Gegenstand dieses Zwischenberichts. Die übrigen Konzepte werden im Zwischenbericht andiskutiert, aber vollumfänglich erst im Rahmen des Abschlussberichts vorgelegt.

Der Abgabetermin des Abschlussberichts wurde, abweichend vom ursprünglichen Auftrag des G-BA, auf den 15.11.2021 verschoben.

Es wird im Weiteren ein kurzer Überblick über zentrale Elemente von Krankenhausvergleichsportalen in Deutschland und international gegeben. Allen Portalen gemeinsam ist die Unterstützung von Suchanfragen. In deutschen Portalen werden bereits jetzt die Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser genutzt und den anfragenden Nutzerinnen, Nutzern Strukturinformationen zu den Krankenhäusern sowie Qualitätsinformationen ausgegeben. Häufig werden weitere externe Datenquellen, wie z. B. Patientenbefragungen, einbezogen.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Im Abschlussbericht sollte herausgearbeitet werden, in welchen Punkten genau sich das geplante G-BA-Qualitätsportal von den zahlreichen bereits bestehenden Portalen von Krankenkassen, gemeinnützigen Organisationen oder kommerziellen Anbietern für die Patientinnen und Patienten unterscheiden wird - außer seinem Alleinstellungsmerkmal, dass es das offizielle Portal des G-BA ist.

Kapitel 2 Einführung in die Methodik

Es wird erläutert, wie das Institut bei der Gestaltung der Website des Portals vorgehen will. Dazu orientiere man sich an der User Experience (UX)-Konzeption nach Jacobsen und Meyer. Maßgebliche Norm sei die ISO 9241 Teil 2010. Es handelt sich um einen iterativen Prozess der Erhebung der Nutzerbedürfnisse, der Spezifikation der Nutzeranforderungen, der Erstellung von Gestaltungsprototypen und der Rückkopplung der Nutzer über Usability-Reviews.

Die Erhebung der Informationsbedürfnisse und -präferenzen der Nutzerinnen und Nutzer sowie die Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl erfolgt über eine Literaturrecherche in Verbindung mit Fokusgruppensitzungen.

Das Institut verweist auf die methodischen Herausforderungen des Auftrags. Zum einen ist die Zielgruppe des G-BA-Portals, die Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörige, sehr heterogen. Zum anderen muss das Portal so flexibel konstruiert sein, dass zukünftige Inhalte ohne erhöhten Aufwand zu integrieren sind.

Als zentrale Informationsquellen für das Portal sollen die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V und die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser dienen. Bezüglich der externen Qualitätssicherung weist das IQTIG darauf hin, dass „eine besondere Herausforderung“ „zum einen darin“ bestehe, „dass Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht mit dem Ziel der Patienteninformation bzw. des Public Reporting entwickelt wurden“ (Seite 42). Zu den strukturierten Qualitätsberichten wird festgestellt, dass diese einen erheblichen Gesamtumfang an inhaltlich und sprachlich sehr komplexen Informationen aufweisen, der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige zu überfordern drohe. Das Institut empfehle daher für das Portal eine Reduktion von Qualitätsinformationen und eine Aggregation von Qualitätsindikatorergebnissen.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer stimmt der Einschätzung des Instituts bezüglich der Herausforderung des Auftrags grundsätzlich zu. Dies darf aber nicht zu einer Reduktion und Aggregation von Qualitätsinformationen dahingehend führen, dass wesentliche Komponenten, wie die Qualitätsbewertung im Strukturierten Dialog, vollständig wegfallen. Bei den Vorschlägen des Instituts zur Methodik der Informationsaggregation (Kapitel 10, siehe Anmerkungen dort) findet die Tatsache zu wenig Beachtung, dass die Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung nicht mit dem Ziel entwickelt wurden, den Patientinnen und Patienten in ihrer persönlichen Situation eine Auswahlentscheidung für ein Krankenhaus zu ermöglichen. Eine ähnliche Problematik findet sich schon bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, wo es auch nach mehreren methodischen Anläufen des IQTIG bis jetzt nicht gelungen ist, mit den Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung die Qualität einer Krankenhausfachabteilung repräsentativ abzubilden.

Kapitel 3 Literaturrecherche und -analyse

Als Ziel der Literaturrecherche und -analyse von Übersichtsarbeiten und Primärliteratur wird die Identifikation der Informationsbedürfnisse und -präferenzen sowie der Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen vor dem Krankenhausaufenthalt angegeben. Es gingen von den ursprünglich aus den Jahren 2009 bis 2019 identifizierten 10.242 Abstracts insgesamt 170 Publikationen in die Auswertung ein.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die beschriebene Vorgehensweise ist gut nachvollziehbar, auch wenn letztlich die geringe Anzahl identifizierter relevanter Publikationen zu dem recht weit gefassten Themenbereich verwundert.

Eine Inkonsistenz ergibt sich zum eingeschlossenen Publikationszeitraum: Während auf Seite 46 angegeben ist, dass vor dem Jahre 2009 publizierte Studien ausgeschlossen worden seien, werden im weiteren Zwischenbericht zahlreiche vor diesem Zeitpunkt veröffentlichte Studien zitiert.

Kapitel 4 Fokusgruppen

Es wurden Sitzungen abgehalten mit 11 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen, zwei Fokusgruppen mit Eltern mit Entbindungserfahrung, zwei Gruppen mit Eltern erkrankter Kinder, eine Fokusgruppe mit Hausärztinnen und Hausärzten bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzten und zwei Fokusgruppen mit „Gesundheitsberaterinnen und -beratern“. Neben der Erhebung ihrer Informationsbedürfnisse und -präferenzen und der Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl stand auch ihr Nutzungsverhalten bei der Suche nach einem Krankenhaus im Fokus der Sitzungen.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Der Einsatz von Fokusgruppen ist schon aus früheren Entwicklungsberichten des IQTIG zu neuen QS-Verfahren bzw. zu Patientenbefragungen bekannt. Die Vorgehensweise ist gut nachvollziehbar. Der hohe Aufwand erscheint angesichts der Bedeutung und der angestrebten Zielgruppe des geplanten Portals sachgerecht.

Kapitel 5 Halbstrukturierte Bedarfserhebung von Beratungsstellen und Patientenorganisationen

Zusätzlich zu den Fokusgruppen wurde eine Online-Erhebung durchgeführt, um auch Patientengruppen zu erfassen, die schwerer erreichbar sind bzw. die in Fokusgruppen nicht einbezogen werden können. Als Zielgruppen werden genannt: Menschen mit Demenzerkrankungen, mit psychischen Erkrankungen, mit seltenen Erkrankungen und mit geistigen, körperlichen Behinderungen oder Mehrfachbehinderungen. Die Ansprache erfolgte über Dachverbände beziehungsweise Patientenorganisationen. Insgesamt 39 halbstrukturierte, d. h. mit offenen Fragen versehene Erhebungsbögen kamen zur Auswertung.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Der gesonderte Einbezug dieser besonderen Patientengruppen ist zu begrüßen. Bei einer Online-Befragung hätte man allerdings eine etwas höhere Zahl als 39 beantwortete Bögen erwartet. Da es sich in der Regel um Angehörige oder Betreuende von Patientinnen und Patienten gehandelt haben dürfte, hätten mit dieser geringen Anzahl von Personen eigentlich auch eigene Fokusgruppensitzungen durchgeführt werden können.

Kapitel 6 Beratung durch ein Expertengremium

Im Rahmen der Auftragsbearbeitung wurde ein Expertengremium aus 16 Expertinnen und Experten eingesetzt, das in Zusammenschau der Ergebnisse der Literaturrecherche, der Fokusgruppensitzungen und der Online-Bedarfserhebung das IQTIG unterstützen sollte. Im Fokus standen die Fragen, ob zu einem bestimmten Thema aus Patientensicht ein Informationsbedürfnis besteht, ob aus fachlicher Sicht ein Informationsbedarf besteht, ob vergleichbare geeignete Informationen zur Verfügung stehen und wie die Verständlichkeit des jeweiligen Informationsgehalts zu werten ist. Die Einbindung der Expertinnen und Experten erfolgte in zwei Stufen, d. h. einer Befragung und einem daran anschließenden Workshop. Im Anhang C des Zwischenberichts werden die Empfehlungen der Expertinnen und Experten summarisch in Form von Trends (positiv, negativ, neutral) zum Einbezug eines Themenbereichs in das Portal wiedergegeben.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Form, in der Expertinnen und Experten in das Verfahren einbezogen wurde, erscheint sachgerecht. Vielleicht hätte das Institut zumindest stichpunktartig hervorheben können, in

welchen Punkten seine abschließenden Empfehlungen von den Empfehlungen des Expertengremiums abweichen.

Kapitel 7 Identifikation und Prüfung geeigneter Daten

Das IQTIG hat überprüft, welche der identifizierten Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten sich mit dem Datensatz der Qualitätsberichte der Krankenhäuser (Anlage 1 der Qb-R) als Datenquelle in einem Portal abbilden lassen. Auftragsgemäß wurde auch geprüft, welche Datenquellen sich potenziell außerhalb der Qualitätsberichte für das Portal eignen könnten. Dazu wurden weitere Richtlinien des G-BA geprüft und die Eignung von Datenquellen weiterer Datenhalter, wie z. B. das Statistische Bundesamt oder das Robert-Koch-Institut, überprüft.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die vom IQTIG überprüften Datenquellen außerhalb der Qb-R werden nur cursorisch benannt. Eine Angabe der identifizierten Datenquellen und der Ergebnisse der systematischen Prüfungen wären im Bericht oder zumindest im Anhang zu erwarten gewesen.

Kapitel 8 Grundlegende Anforderungen an das G-BA-Qualitätsportal

Die grundlegenden Anforderungen, die nach Einschätzung des Instituts an das Portal zu stellen sind, werden in diesem Kapitel kurz aufgeführt. Dies sind:

1. Zielgruppenorientierung: Inhalte des Portals sind an den von Patientinnen und Patienten geäußerten Bedürfnissen zu orientieren. Patientinnen und Patienten sind in die Entwicklung des Portals einzubinden.
2. Diversitätssensibilität: Möglichst viele Nutzerinnen und Nutzer sollen sich vom Angebot der Website angesprochen fühlen.
3. Barrierefreiheit: Das Institut schlägt vor, sich bei der Gestaltung des Portals an international anerkannte Standards für barrierefreie Webinhalte zu richten.
4. Benutzerfreundlichkeit: Die einschlägigen IT-technischen Normen sind einzuhalten. Mit der Prototypenstellung soll die Benutzerfreundlichkeit überprüft werden.
5. Transparenz und Sachrichtigkeit: Es wird eine Zertifizierung der Website nach den Transparenzkriterien vom Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V. sowie dem HONcode der Health on Net Foundation (HON) empfohlen. Qualitätsinformationen sollen auf objektiv nachvollziehbaren Kriterien beruhen und einen fairen Vergleich zwischen den Krankenhäusern ermöglichen. Dazu soll die Informationsaufbereitung „unter Einhaltung anerkannter wissenschaftlicher Standards“ erfolgen.
6. Allgemeinverständlichkeit: Es wird empfohlen, textbasierte Inhalte an den Prinzipien Einfachheit, Gliederung/Ordnung, Kürze/Prägnanz und anregende Zusätze des Hamburger Verständlichkeitskonzepts zu orientieren. Numerische und grafische Inhalte sind nach den Empfehlungen der Leitlinie für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen aufzubereiten.
7. Aktualität: Aktuelle Daten sollen ein entscheidendes Kriterium für die Brauchbarkeit des G-BA-Qualitätsportals sein. Es wird zudem empfohlen, Daten für Suchanlässe jeweils aus

einem identischen Veröffentlichungszeitraum bereitzustellen und nicht Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen zu mischen.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die hier dargestellten Grundsätze zur Gestaltung des G-BA-Qualitätsportals sind aus Sicht der Bundesärztekammer zu unterstützen. Die Aktualität der Qualitätsinformationen hängt von der Aktualität der zugrunde liegenden Daten ab. Der Anspruch, alle Daten zu Suchanfragen aus einem identischen Erfassungszeitraum darstellen zu wollen, erscheint jedoch kaum erfüllbar, da die Erfassungszeiträume mit einer zunehmenden Zahl von Datenquellen unterschiedlich sein dürften. Exemplarisch genannt seien Daten, die von Krankenhäusern dokumentiert werden, aus Patientenbefragungen stammen oder von Krankenkassen übermittelt werden.

Kapitel 9 Inhaltliches Konzept

9.1 Maßgebliche Bereiche der stationären Versorgung

Auftragsgemäß analysiert das Institut, welche „maßgeblichen Bereiche der Krankenversorgung“ durch das Qualitätsportal abgedeckt werden könnten. Darunter versteht es Leistungsbereiche sowie Hauptdiagnosen und durchgeführte Prozeduren, die medizinische und/oder pflegerische Leistungen darstellen. Aus veröffentlichten Analysen der Suchportale wird abgeleitet, dass das Spektrum der Suchanlässe breit gefächert ist. Zum Kriterium der epidemiologischen Häufigkeit von Versorgungsbedarfen stellt das Institut auf Basis von Destatis-Daten fest, dass die 20 am häufigsten durchgeführten Operationen in Deutschland nur 27 % des gesamten OP-Spektrums abbilden. Zu lediglich fünf der 20 Operationen liegen Ergebnisse der externen Qualitätssicherung vor. Das IQTIG empfiehlt, beim Qualitätsportal von einer Beschränkung auf bestimmte Leistungsbereiche/Versorgungsanlässe abzusehen. Liegen jeweils keine Qualitätsindikatorergebnisse vor, so sollen Nutzerinnen und Nutzern zumindest „grundlegende Informationen“ zu den infrage kommenden Krankenhäusern erhalten (z. B. Fallzahlen), auf die sie ihre Entscheidung bei der Krankenhauswahl stützen könnten.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer schließt sich dieser Einschätzung an. Es deutet sich allerdings bereits jetzt an, dass nur zu einem kleinen Teil der „Versorgungsanlässe“ im Portal tiefergehende Qualitätsinformationen vorliegen werden. Diese bedeutende Einschränkung sollte im Abschlussbericht herausgearbeitet werden, auch um falsche Erwartungen an das Portal zu vermeiden.

9.2 Zielgruppe des G-BA Portals

Es wird ausgeführt, wie sich die zu erwartende Zielgruppe eines Qualitätsportals zusammensetzt. Bildungshintergründe und damit Lese- und alltagsmathematische Kompetenz dürften sehr heterogen sein. Das Institut empfiehlt, die Allgemeinverständlichkeit der Webseite an erwachsenen Nutzerinnen und Nutzern mit Kompetenzstufe II nach OECD auszurichten. Patientinnen und Patienten sollen ohne fachliches Vorwissen schnell an Informationen zu elektiven oder dringlich elektiven Behandlungen gelangen.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer schließt sich der Einschätzung bezüglich der Zielgruppe grundsätzlich an. Sprachliche und kulturelle Nutzungshürden (z. B. Migrationshintergrund) werden im Bericht kurz erwähnt. Inwiefern das geplante Online-Portal diesen und ggf. anderen Nutzungshürden begegnen kann, sollte weiter ausgeführt werden.

9.3 Nutzungskontext bei der Krankenhauswahl

Aus den Erkenntnissen der Literatur zur psychosozialen Situation von Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl folgert das Institut, dass Informationen im Portal schnell zugänglich und leicht erfassbar sein sollten und das Portal einen seriösen und vertrauenswürdigen Eindruck hinterlassen müsse. Als beängstigend empfundene Themen sollten sensibel präsentiert werden.

Nach Erkenntnissen der Literatur haben Informationen im Internet als Informationsquelle meist nur eine sekundäre Bedeutung bei der Krankenhauswahl der Patientinnen und Patienten. Eigene Vorerfahrungen und Empfehlungen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder Verwandten und Freunden stehen im Vordergrund. In diesem Sinne sei das Portal eher als ein begleitendes Informationsangebot zu verstehen. Für Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen, namentlich schwangeren Frauen, Menschen mit schweren und Menschen mit chronischen Erkrankungen, sollten Inhalte zielgruppenspezifisch aufbereitet werden.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Den Ausführungen wird zugestimmt. Bei Erkenntnissen bzw. Zitation von internationalen Studien ist zudem zu berücksichtigen, dass aufgrund der Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme nicht alle Ergebnisse eins zu eins auf Deutschland übertragbar sind.

9.4 Nutzungsverhalten bei der Suche nach Qualitätsinformationen

Nach Erkenntnissen der Literatur werden Krankenhausvergleichsportale in Deutschland, welche die Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser nutzen, zwar in jüngerer Zeit zunehmend, aber immer noch relativ wenig genutzt. Als Gründe für die Nichtnutzung werden unter anderem die unzureichende Verfügbarkeit, ein Überfluss an Informationen, eine geringe Vertrauenswürdigkeit, fehlende Verständlichkeit und wenig nutzerfreundliche Darstellung genannt. Nutzerinnen und Nutzer rufen Krankenhausvergleichsportale in der Regel nicht direkt auf, sondern werden durch Suchmaschinenanfragen auf diese geleitet. Die Diskussion in den Fokusgruppen bestätigte diese Aussagen der Literatur.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Soziale Medien, die auch als Informationsquelle und zur Meinungsbildung der Patientinnen und Patienten beitragen dürften, werden erstaunlicherweise im Bericht gar nicht erwähnt.

9.5 Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl aus Patientenperspektive

Es wird ein ausführlicher Überblick über Ergebnisse der internationalen Literatur gegeben zur Frage, unter welchen Entscheidungskriterien Patientinnen und Patienten ein Krankenhaus auswählen. Neben übergeordneten Aspekten, wie z. B. die Reputation des Krankenhauses, kann dies Strukturen der Versorgung betreffen, wie z. B. Wohnortnähe, Spezialisierung des Krankenhauses oder Qualifikation des Personals. Es kann Themen der Prozesse der Versorgung betreffen, wie z. B. Hygiene und Sauberkeit oder Wartezeiten, oder die Ergebnisse der Versorgung, wie z. B. Komplikationsraten.

Zu vielen der diskutierten Kriterien scheinen die Studienergebnisse widersprüchlich zu sein, beispielsweise, welches Gewicht das Kriterium der Wohnortnähe für Patientinnen und Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses aufweist.

Für jedes der in diesem Kapitel zuvor aus der Literatur berichteten Entscheidungskriterien wird im Weiteren angegeben, was dazu in den Fokusgruppen von den Patientinnen und Patienten bzw. den anderen Fokusgruppenteilnehmern – basierend auf ihren Erfahrungen mit Krankenhausbehandlungen - gesagt wurde. Dabei werden vereinzelt transkribierte Originaläußerungen zitiert.

Danach werden die Ergebnisse der Online-Bedarfserhebung wiedergegeben. Sie decken sich weitgehend mit den Ergebnissen aus den zuvor genannten Quellen.

Abschließend erfolgt in diesem Kapitel eine Zusammenfassung aller Ergebnisse – geordnet nach den jeweiligen Entscheidungskriterien.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Veranschaulichung der Ergebnisse durch Originalzitate aus den Fokusgruppenprotokollen entspricht der bekannten Methodik des IQTIG. Sie vermittelt einen lebhaften Eindruck vom Ablauf der Sitzungen und illustriert die Erfahrungen der Beteiligten. Es ist allerdings auffällig, dass neben den Patientinnen und Patienten wiederholt aus den Fokusgruppen der Gesundheitsberater zitiert wird, aber kein einziges Mal aus der Fokusgruppe der Ärztinnen und Ärzte. Hier wäre zu erläutern, warum dies der Fall ist.

9.6 Patientenrelevante Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen

Die in Kapitel 9.5 identifizierten Informationsbedürfnisse und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl werden in diesem Kapitel systematisch eingeordnet zu sogenannten Themenbereichen, Themen und Unterthemen. Auf Ebene der Unterthemen wird jeweils angegeben, ob in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser dazu Daten vorliegen. Tabellarisch wird dargestellt, aus welchem „Wissensbestand“ (Literatur, Fokusgruppen, Online-Befragung) die Hinweise stammen. Zusätzlich schlägt das Institut ergänzend weitere Unterthemen vor:

- Teilnahme an Disease-Management-Programmen
- Intensivmedizinische Versorgung im Haus
- Spezialsprechstunden
- Bedarf von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße
- Zusammenarbeit mit Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen
- Ehrenamtlicher Empfangs- und Begleitdienst
- Seelsorge
- Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit
- Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit schweren Allergien
- Erfüllung von Mindestmenvorgaben

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Form der zusammenfassenden Ergebnisdarstellung aus Literaturrecherche, Fokusgruppen, Online-Befragung und der daraus abgeleitete Katalog relevanter Themen für ein Portal ist gut nachvollziehbar. Es wäre hilfreich, wenn die im Anhang erfassten Einschätzungen der Expertinnen und Experten zu den Unterthemen ebenfalls in die Tabellen 6 bis 33 integriert werden.

Immerhin haben sich die Expertinnen und Experten bei einigen (Unter-)Themen gegen die Aufnahme in den Katalog ausgesprochen. Sämtliche vorliegende Informationen, welche die Basis für die weitere Entwicklung des Portals darstellen, könnten so gebündelt dargestellt werden.

Unter **Punkt 9.6.1.8** Unterpunkt „Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte“ (Seite 158) gibt das Institut an, dass von einem großen Informationsbedarf von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der fachlichen Qualifikation von Krankenhausärztinnen und -ärzten auszugehen sei. Die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser dokumentierte ärztliche Fachexpertise der Abteilung in Form von nicht personenbezogenen Angaben der Facharztbezeichnungen und Zusatz-Weiterbildungen entspräche aber nicht den Informationsbedürfnissen von Patientinnen und Patienten. Stattdessen wird als Unterthema „Kompetenzprofile von einzelnen Ärztinnen und Ärzten mit beruflicher Qualifikation, Berufserfahrung und Forschungsaktivitäten“ vorgeschlagen. Die Expertinnen und Experten lehnen diesen Vorschlag der Bildung personengebundener Kompetenzprofile ab (Seite 388 Anhang).

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer unterstützt nachdrücklich die Anmerkungen der Expertinnen und Experten. Grundsätzlich liegt es in der Organisationsverantwortung der Krankenhäuser, den Patientinnen und Patienten eine Behandlung unter Facharztstandard zu gewährleisten. Unabhängig von möglichen datenschutzrechtlichen Aspekten wäre es zum einen extrem aufwändig, die Berufserfahrung der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus personengebunden auf einer öffentlichen Internetseite zu operationalisieren und aktuell zu halten. Zum anderen lassen sich diese Informationen für Patientinnen und Patienten nicht eins-zu-eins in Nutzen für ihren jeweils eigenen Behandlungsfall übersetzen. Es muss Ärztinnen und Ärzten selbst überlassen sein, ob sie auf den Homepages ihrer Krankenhäuser personengebundene Kompetenzprofile darstellen wollen oder nicht.

Zurecht schlägt das IQTIG selbst im nächsten Kapitel des Berichts (Seite 190) letztendlich vor, „Kompetenzprofile“ bei der Gestaltung des Portals nicht zu berücksichtigen.

Unter **Punkt 9.6.1.9** „Diagnose- bzw. prozedurbezogene Fallzahlen“ wird aus den Fokusgruppen berichtet, dass Patientinnen und Patienten hohe Fallzahlen unterschiedlich für ihre persönliche Situation interpretieren: entweder als Vorteil, im Sinne eines Surrogats für Erfahrung der behandelnden Fachabteilung, oder als Nachteil, im Sinne einer unpersönlichen Massenabfertigung mit „erhöhter Fehleranfälligkeit infolge zu starker Routine“(!).

Kommentar der Bundesärztekammer:

Dieses Beispiel belegt, wie wichtig die Befassung mit der Perspektive von Patientinnen und Patienten ist bzw. wie unterschiedlich die Interpretation z. B. von Kennzahlen bei Patientinnen und Patienten einerseits und dem Fachpublikum andererseits ausfallen kann.

Punkt 9.6.1.10 „Sichere Behandlungsprozesse“, Unterpunkt „Angemessene Behandlung“: Unter einer angemessenen Behandlung ist nach Angaben des Instituts vor allem die Indikationsqualität zu verstehen, d. h., ob die angewendeten Behandlungsmethoden den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und dem aktuellen Forschungsstand entsprechen. Das IQTIG sieht hier einen Informationsbedarf für Patientinnen und Patienten und hält daher die entsprechenden Qualitätsindikatoren für geeignet.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Diese Darstellung erscheint stark vereinfacht. Die Operationalisierung von Indikationsqualität mittels Qualitätsindikatoren ist bekanntermaßen deutlich anspruchsvoller als andere Formen der Prozessqualität oder von Struktur- und Ergebnisqualität. Die Interpretation der entsprechenden Ergebnisse ist bereits für Expertinnen und Experten schwierig. Erst recht dürfte dies für Patientinnen und Patienten gelten. In der individuellen Rechercituation dürften ihnen die Indikatorergebnisse häufig kaum eine Entscheidungshilfe sein.

Unter den Punkten **9.6.1.10** „Sichere Behandlungsprozesse“, **9.6.1.13** „Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung“, **9.6.1.14** „Behandlungsergebnisse und -erfolg“ und **9.6.1.15** „Komplikationen und Sterblichkeit“ werden die Unterthemen jeweils gleichgesetzt mit den „Qualitätsindikatoren gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG“.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Der Wechsel von einer allgemeinen Themensammlung für das Portal auf die Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung, bzw. die Gleichsetzung „Unterthema = Qualitätsindikatoren“ stellt einen gewissen methodischen Bruch im Bericht dar. Diese Indikatoren waren nicht Thema der Literaturrecherche, der Fokusgruppen oder der Onlinebefragung - weder im konkreten Sinne (Sind die existierenden Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung für Patientinnen und Patienten geeignet?) noch im allgemeinen Sinne (Sind Qualitätsindikatoren grundsätzlich geeignet?). Die Aussage, ob sich das Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten mit diesen Indikatoren befriedigen lässt, ist auf dieser Basis eigentlich nicht möglich.

Unter Punkt **9.6.1.11** „Hygiene und Krankenhausinfektionen“ wird angegeben, dass in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser (nur) Informationen zum Aufnahmescreening im Rahmen des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern verfügbar seien.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Es verwundert, dass die Aufzählung nur diesen einen Punkt enthält. Die Qualitätsberichte enthalten deutlich mehr Informationen zur Hygiene (siehe Qb-R Anlage 1 Kapitel A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte).

Unter Punkt **9.6.1.12** „Kommunikation und Interaktion“ werden die Themen „Umgang mit Patientinnen und Patienten“ und „Aufklärung und Patienteninformationen während des Krankenhausaufenthalts“ subsumiert. Es wird darauf hingewiesen, dass die Qualitätsberichte der Krankenhäuser dazu keine Informationen enthalten.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Erkenntnisse zum wertschätzenden Umgang mit Patientinnen und Patienten oder die Angemessenheit von Aufklärung lassen sich nur aus sorgfältig entwickelten Patientenbefragungen gewinnen. Nach dem Konzept der Qualitätssicherung des G-BA und des IQTIG sind diese Entwicklungen thematisch gebunden an ein bestimmtes QS-Verfahren. Es hätte im Bericht zumindest erwähnt werden müssen, dass in den nächsten Jahren Patientenbefragungen in der externen Qualitätssicherung zu erwarten sind (beginnend mit QS PCI im Jahre 2021), in denen ein großer Teil der genannten Informationsbedürfnisse abgedeckt werden sollen. Ob, wann und in welcher Form die Befragungsergebnisse in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser integriert werden können, ist aktuell noch offen.

9.7 Für das G-BA-Qualitätsportal empfohlene Informationsmodule und Weiterentwicklungen

9.7.1 Übersicht zentraler Veränderungen der Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen

Auf Basis der Diskussion in den vorherigen Kapiteln führt das IQTIG tabellarisch auf, welche Themenbereiche, Themen und Unterthemen nach seiner Einschätzung in der weiteren Entwicklung des Portals berücksichtigt werden sollten, welche Modifikationen in den Bezeichnungen vorzunehmen sind, bzw. welche Aspekte nicht weiterverfolgt werden sollten. Kriterien für einen Ausschluss sind: hoher Aufwand bei der Datenbeschaffung oder -aktualisierung, geringe inhaltliche Relevanz oder Überschneidungen zwischen den Themenbereichen.

Unter 1.2.3 (neu) „Informationen zu unterstützenden Angeboten“ empfiehlt das IQTIG, Hinweise in Form von Informationen und Kontaktmöglichkeiten (ggf. Verlinkung) aufzunehmen zur Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, zur Website gesundheitsinformation.de des IQWiG und zum Nationalen Gesundheitsportal.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Sollte eine solche Querverlinkung eingefügt werden, so schlägt die Bundesärztekammer vor, auch das Web-Portal patienten-information.de des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zu verlinken.

Unter 11.2 (neu) „Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren“ schlägt das IQTIG vor, auf die Nennung von Selbstbezeichnungen zu verzichten und perspektivisch die im Rahmen der Zentrums-Regelungen gemäß § 136c Abs. 5 SGB V erfassten Daten zu berichten.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer unterstützt grundsätzlich den Vorschlag, auf Zentrumsbezeichnungen, die von den Krankenhäusern selbst gewählt wurden, zu verzichten. Inwieweit das in der Praxis im Einzelnen möglich oder für Patientinnen und Patienten tatsächlich hilfreich ist, muss sich allerdings zeigen, z. B. dann, wenn Zentrumsbezeichnungen fest zum Namen der Einrichtung gehören.

Zu einer Vielzahl von Themen, welche die Strukturen der Krankenhäuser betreffen, wie z. B. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten, Spezialsprechstunden, Ausstattung der Zimmer etc., wird ebenfalls empfohlen, diese nicht im Qualitätsportal einzubeziehen, sondern auf den Webpräsenzen der Krankenhäuser zu verorten. Lediglich die Ausstattung der Zimmer mit WLAN und TV soll einbezogen werden.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Der Vorschlag ist grundsätzlich nachzuvollziehen. Ggf. kann es aber dennoch notwendig werden, in zukünftigen QS-Verfahren definierte Strukturqualitätsindikatoren einzubeziehen.

Unter **Punkt 8 (neu)** „Hygiene und Informationsmanagement“ empfiehlt das IQTIG, auf die Unterthemen Hygienemängel, Vermeidung von Infektionen und Nosokomiale Infektionen zu verzichten. Wundinfektionen seien „mit den derzeit verfügbaren Daten nicht angemessen abbildbar.“ Perspektivisch könne man ggf. die Qualitätsergebnisse aus den noch in Erprobung bzw. Entwicklung befindlichen QS-Verfahren aufnehmen.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Mit der Krankenhaushygiene wäre ein – auch in den Augen des Gesetzgebers – wichtiges Thema primär nicht Bestandteil des Qualitätsportals.

Das beim G-BA in Erprobung befindliche QS-Verfahren „Nosokomiale Wundinfektionen“ wird anscheinend auch vom IQTIG selbst in der gegenwärtigen Form als nicht zielführend eingeschätzt.

9.7.3 Datengrundlage

In diesem Kapitel geht das IQTIG auf die möglichen Datengrundlagen für das Qualitätsportal ein. Es kommt zu dem Schluss, dass außerhalb der jährlichen strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser gegenwärtig keine weitere Datenquelle nutzbar sei. Stichwortartig werden Gründe aufgeführt:

- Inhaltliche Anschlussfähigkeit zu den Informationsbedürfnissen sowie den in den strukturierten Qualitätsberichten verfügbaren Daten
- Erfüllung methodischer Anforderungen
- Datenqualität
- Organisatorischer und logistischer Aufwand zur Etablierung eines Datenflusses
- Datenschutz
- Datenverfügbarkeit und -aktualität im Zeitverlauf
- Nutzungsrechte für Datenquellen

Das Institut empfiehlt ausdrücklich, die Qualitätsberichte als einzige Datenquelle zu belassen. Weiterentwicklungen, Ergänzungen oder Modifikationen der Datengrundlage sollten in den Qualitätsberichten selbst integriert werden. Andererseits weist das IQTIG auf bekannte „erhebliche Einschränkungen der Datenqualität in den strukturierten Qualitätsberichten“ hin und empfiehlt, zu prüfen, inwiefern die Datenflüsse beschleunigt und die Datenqualität verbessert werden können. Themen, die zurzeit noch nicht abbildbar sind, sondern sich in Entwicklung befinden oder noch zukünftig beauftragt werden, sollten in Form von „Platzhaltern“ im Portal berücksichtigt werden.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Dass keinerlei Datenquellen neben den Qualitätsberichten der Krankenhäuser als für das Portal geeignet angesehen werden, ist überraschend. Anstelle einer pauschalen Begründung hätte man hier eine detaillierte Auseinandersetzung mit den potenziellen Datenquellen erwartet – gerade angesichts der ansonsten im Bericht erkennbaren systematischen und strukturierten Vorgehensweise. Zumindest eine tabellarische Übersicht aller analysierten Datenquellen mit Vor- und Nachteilen wäre zu erwarten. Eine perspektivische Anbindung an andere Datenverfahren mit öffentlichem Auftrag, wie z. B. klinische Krebsregister, Implantateregister, Transplantationsregister oder Intensivregister hätte grundsätzlich diskutiert werden können.

Das IQTIG empfiehlt, Indizes nur für die Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung zu berechnen. Nur diese seien bei ihrer Entwicklung auf Eignungskriterien überprüft worden. Eine Vermischung von Indikatorergebnissen mit anderen Kennzahlen der Qualitätsberichte zu einem Index sollte unterbleiben.

Da gemäß den Datenschutzvorgaben der strukturierten Qualitätsberichte kleine Fallzahlen in Zähler oder Nenner von Indikatorergebnissen (< 4) „maskiert“, d. h. nicht dargestellt werden, können hier auch keine Indizes berechnet werden. Am Beispiel der Ergebnisse des Jahres 2018 aus dem QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung wird gezeigt, dass dies bei einzelnen Indikatoren bis über 60 % der Krankenhausstandorte betreffen würde. Es wird daher empfohlen, für die Indexberechnung dem IQTIG zu ermöglichen, mit „unmaskierten“ Daten zu rechnen. Am gleichen Beispiel wird gezeigt, dass bei einem Index aus allen 10 Indikatoren des QS-Verfahrens bei maskierten Daten nur 1,1 % der Krankenhausstandorte dargestellt werden könnte, bei unmaskierten Daten wären dies 75,6 %.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Tabelle 37 ist schwer verständlich. In der dritten Spalte wäre die Überschrift zu erwarten: „Anteil Leistungserbringer mit mindestens vier Fällen pro Indikator (...)“

9.7.4 Zuordnung von Qualitätsindikatoren zu Informationsmodulen zur Aggregation

Es wird erläutert, welche Qualitätsindikatoren nach Vorschlag des Instituts den „Informationsmodulen“ zuzuordnen seien. Dem Informationsmodul „Behandlungserfolg“ sollen Qualitätsindikatoren zu Behandlungsergebnissen, Komplikationen und Sterblichkeit zugeordnet werden. Dem Informationsmodul „Sichere Versorgungsprozesse“ sind Qualitätsindikatoren zuzuordnen, welche die angemessene Behandlung, Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit sowie die rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung betreffen. Zum Informationsmodul „Kommunikation und Interaktion“ sollen Indikatoren zum Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie zur Aufklärung und Patienteninformation zählen.

Kommentar der Bundesärztekammer:

An dieser Stelle wäre ein Hinweis hilfreich, dass die Verfahren der externen Qualitätssicherung des G-BA gegenwärtig nur in seltenen Fällen zu allen drei „Informationsmodulen“ Indikatoren aufweisen. Z. B. wird im Leistungsbereich Lungentransplantation nur die Ergebnisqualität und im Leistungsbereich Mammachirurgie nur die Prozessqualität gemessen.

10 Methodik für die Informationsaggregation

10.1 Ziele und theoretischer Rahmen der Informationsaggregation

Gemäß Auftrag soll das IQTIG Auswahl und Darstellung der Informationen so wählen, dass faire Vergleiche zwischen Krankenhäusern möglich sind. Das Institut postuliert, dass Fairness bedeute, dass Einflussfaktoren auf Prozesse und Ergebnisse, die die Krankenhäuser nicht beeinflussen können, ausreichend berücksichtigt werden und dass dies durch die Eignungskriterien bei der Konstruktion der Indikatoren bereits ausreichend geschehe. Weiterhin beinhalte Fairness die Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit der Indikatorergebnisse.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Aus Sicht der Bundesärztekammer gehört zur Fairness auch die Möglichkeit für das Krankenhaus, sich zu sogenannten „auffälligen“ Ergebnissen äußern zu können. Das Element des Dialogs (im Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL bzw. im Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL) gehört also zwingend zur Fairness. Dies ist auch dem G-BA-Auftrag zu entnehmen (Punkt 1.2.f).

Im Weiteren wird Qualität als „formatives Konstrukt“ definiert. Das Konstrukt sei multidimensional. Die Zusammensetzung der Dimensionen in dem Konstrukt sei inhaltlich bestimmt, im Gegensatz zu reflektiven eindimensionalen Konstrukten sei keine hohe Korrelation zwischen den Dimensionen erforderlich. Als Gütekriterium für formative Konstrukte wird Inhaltsvalidität benannt, d. h. das Ausmaß, in dem die Variablen (Indikatoren) das Konstrukt repräsentativ abbilden. Alle relevanten Dimensionen müssten sich im Indexmodell wiederfinden. Dadurch begründe sich zudem, dass Indikatoren grundsätzlich gleich zu gewichten sind.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die grundsätzlichen methodischen Überlegungen zur Qualität als formatives Konstrukt sind nachvollziehbar. Mit Blick auf die postulierte Multidimensionalität würde dies aber auch bedeuten, dass zwingend alle relevanten Aspekte (Indikatoren) in den Index eingehen müssen. Das mag für zukünftige anhand eines konsistenten Qualitätsmodells entwickelten QS-Verfahren der Fall sein. Für die historischen Verfahren der externen Qualitätssicherung ist dies sicher nicht der Fall. Die Berechnung von Indizes für diese Verfahren ist demnach methodisch eigentlich nicht zulässig.

10.2.3 Festlegung eines einheitlichen Qualitätsindikatorensatzes

Da bekanntermaßen nicht alle Krankenhäuser bei allen Indikatoren Fälle aufweisen, soll die Auswahl der Indikatoren anhand empirischer Ergebnisse so erfolgen, dass möglichst viele Krankenhäuser einbezogen sind. Anhand des Beispiels der QS Hüftendoprothesenversorgung aus dem Verfahrensjahr 2018 wird gezeigt, dass bezogen auf die Informationsmodule „Sichere Versorgungsprozesse“ und „Behandlungserfolg“ zwischen 75,6 % und 88,9 % Krankenhäuser einbezogen werden könnten (je weniger Indikatoren, desto mehr Krankenhäuser). Bei QS Mammachirurgie wären dies zwischen 51,7 % und 86,5 % bezogen auf das Informationsmodul „Sichere Versorgungsprozesse“. Es wird vorgeschlagen, einen Schwellenwert, z. B. 80 %, zu wählen.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Aus den Ausführungen ist nicht ersichtlich, wieso bei Verwendung von zwei („Sichere Versorgungsprozesse“ und „Behandlungserfolg“ bei QS Hüftendoprothesenversorgung) oder gar nur einem Informationsmodul („Sichere Versorgungsprozesse“ bei QS Mammachirurgie) eine inhaltsvalide Abbildung der Qualität möglich sein soll. Verwendet man einen Schwellenwert von 80 % bei QS Mammachirurgie, so würde dies bedeuten, dass bereits zwei Prozessindikatoren einen „inhaltsvaliden“ Index ermöglichen. Unabhängig davon, dass sich bei Anwendung von Schwellenwerten aufgrund empirischer Daten Jahr für Jahr die Zahl der einbezogenen Krankenhäuser ändern würde, deutet sich mit den Rechenbeispielen an, dass mit den Indikatorergebnissen der externen Qualitätssicherung nicht oder nur eingeschränkt – weil lückenhaft – Gesamtindizes berechnen lassen. Zumindest wäre zu fordern, dass die drei Informationsmodule „Behandlungserfolg“, „Sichere Versorgungsprozesse“ und „Kommunikation und Interaktion“ für einen inhaltsvaliden Index grundsätzlich immer abgedeckt sind.

10.2.4 Auswahl der Informationsgrundlage

Es werden drei Optionen diskutiert, wie Daten der externen Qualitätssicherung in einen Gesamtindex eingehen können. Zur Auswahl stehen die Daten aus den beiden Stufen im strukturierten Dialog, d. h. aus Stufe 1 die metrischen Indikatorergebnisse der rechnerischen Abweichung vom Referenzbereich und aus Stufe 2 die kategorisierende Bewertung der

qualitativen Auffälligkeit im Strukturierten Dialog. Auch eine Kombination von beiden Stufen ist möglich.

- Option 1: Das Institut stellt fest, dass die **Ergebnisse des Strukturierten Dialogs** mangels einer „bundeseinheitlichen sowie richtlinienübergreifenden Methodik“ eine „erhebliche, bewertungsstellenabhängige Heterogenität“ gezeigt hätten. Diese deute „auf eine mangelnde Objektivität und daher eingeschränkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs“ hin. Zudem werde rechnerisch lediglich dichotom festgestellt, ob ein Indikatorergebnis innerhalb oder außerhalb des Referenzbereichs liege und nicht wie weit entfernt davon. Zudem bestehe die bekannte Unsicherheit der Qualitätsaussage bei kleinen Fallzahlen. Aus diesen Gründen wird Option 1 nicht empfohlen.
- Option 2: Die alleinige Verwendung der „**metrischen Indikatorergebnisse**“ würde wegen der bundeseinheitlichen Berechnungsvorschrift eine hohe Objektivität ermöglichen. Fallzahlbedingte Unsicherheiten ließen sich durch statistische Verfahren berücksichtigen, der Strukturierte Dialog würde nicht benötigt, dadurch ständen die Ergebnisse schneller zur Verfügung. Die Ergebnisunterschiede seien nicht dichotom, sondern feiner granuliert. Durch die Aggregation würden Messfehler an Bedeutung verlieren. Die Brauchbarkeit der Informationen für Nutzerinnen und Nutzer des G-BA-Qualitätsportals sei erheblich erhöht. Ein Ranking von Leistungserbringern auf Basis dieser Aggregationen wird allerdings nicht empfohlen. Das IQTIG spricht sich dafür aus, diese Option 2 zu verwenden.
- Option 3: Würde man die **quantitativen Indikatorergebnisse und die qualitativen Ergebnisse des Strukturierten Dialogs** zu einem Indexwert zusammenfassen, so erfordere dies eine „Rückübersetzung“ der qualitativen Ergebnisse des Strukturierten Dialogs in einen quantitativen Wert. Dies bedeute einen „höchst selektiven Eingriff in die Objektivität und in die Validität der metrischen Indikatorergebnisse“. Die mangelnde Objektivität des Strukturierten Dialogs bedeute auch hier eine Limitation. Die qualitativen Bewertungen des Strukturierten Dialogs seien nicht als Goldstandard für quantitative Auffälligkeitseinstufungen anwendbar. Diese Option wird daher nicht empfohlen.

In Zusammenfassung kommt das IQTIG zu dem Schluss, dass metrische Indikatorergebnisse geeigneter seien als die kategorialen Ergebnisse des Strukturierten Dialogs.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Das Plädoyer des Berichts, bei der aggregierten Ergebnisdarstellung für das Qualitätsportal auf die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs, also einer fachlichen Expertenbewertung, ob ein Qualitätsmangel vorliegt oder nicht, gänzlich zu verzichten, wird von der Bundesärztekammer nicht geteilt. Dies würde einen Rückschritt gegenüber den strukturierten Qualitätsberichten bedeuten. Eine mögliche Option, die metrischen Ergebnisse zu Indizes zu aggregieren und die Kategorien der Qualitätsbewertung dennoch mitzuführen, wird z. B. nicht diskutiert.

Die vom IQTIG vorgeschlagene Vorgehensweise, aus aggregierten Indizes eine Qualitätsinformation zu gewinnen, stellt aus unserer Sicht nur einen scheinbaren Nutzen für Patientinnen und Patienten dar, wenn der errechnete Wert die Qualität des Versorgungsbereichs gar nicht repräsentativ und angemessen abbildet.

In den Fokusgruppensitzungen ist augenscheinlich vermieden worden, ein Kernthema des Auftrags, in welcher Form genau Qualitätsinformationen für das Portal aufgearbeitet werden

sollten, systematisch zu thematisieren. So hätte erfragt werden können, ob die Anzeige isolierter Ergebniskategorien den Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten ausreichend befriedigt oder ob die zusätzliche Einbeziehung von Expertenurteilen das Vertrauen in diese Ergebnisse stärken kann.

10.2.5 Einheitliche Skalierung

Der Vorteil verteilungsunabhängiger (fester) Referenzbereiche gegenüber verteilungsabhängigen Referenzbereichen (z. B. über Perzentilen) wird beschrieben und daher als angemessener für das Qualitätsportal empfohlen. Perzentilbasierte Referenzbereiche der externen Qualitätssicherung seien daher in feste Referenzbereiche umzuwandeln.

Weiterhin wird argumentiert, dass die direkte Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit in den skalierten Indikatorergebnissen gegenüber der Angabe von Vertrauensintervallen vorzuziehen sei, da sie Patientinnen und Patienten eher den Vergleich von Krankenhausergebnissen ermöglichen würde.

Es wird vorgeschlagen, die „A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung der Referenzbereiche im Rahmen eines Bayesianischen statistischen Modells“ zu berechnen. Dabei sei die Wahrscheinlichkeit von Interesse, dass der einem beobachteten Wert zugrunde liegende Kompetenzparameter θ im Referenzbereich liegt.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Schon zum Bericht des IQTIG zur Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs hatte die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass die Variablenbezeichnung „Kompetenzparameter“ nicht angemessen ist, da sie suggeriert, dass mit Qualitätsindikatoren Kompetenz (von Leistungserbringern) gemessen werden könne.

10.2.8 Klassifikation

Um einen Index, der die gewichtete A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung der jeweiligen Referenzbereiche der zugrunde liegenden Indikatoren repräsentiert, für Patientinnen und Patienten anschaulicher zu machen, wird die Überführung des Index in Kategorien in zwei Darstellungsformen empfohlen: einer visuellen Skala mit 5 Kategorien sowie zusätzlich „für eher numerisch orientierte Nutzerinnen und Nutzer“ eine höher auflösende Skala mit Zahlen zwischen 1 und 10. Drei Optionen der Kategorienaufteilung werden diskutiert. Das Institut spricht sich bei der 5er-Skala für eine Einteilung in 10er-Schritte ab 60 und analog bei der 10er-Skala in 5er-Schritten aus.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die parallele Anwendung zweier Skalen für eine Ergebnisdarstellung erscheint ungewöhnlich. Sie erschließt sich nicht auf den ersten Blick, zumal die detailliertere Skala gedanklich auch mühelos in die gröbere Skala überführt werden kann. Es wird im Bericht nicht angegeben, ob es Erfahrungen mit vergleichbaren Darstellungen in der Literatur gibt.

Im Sinne einer Vereinfachung und Verständlichkeit für Patientinnen und Patienten wäre aus Sicht der Bundesärztekammer eine Skala ausreichend. Ein Index stellt lediglich die „statistische Evidenz für die Einhaltung der Referenzbereiche“ dar. Diese ist nicht gleichzusetzen mit der Qualität des Krankenhauses. Eine gröbere 5er-Skala ist daher ausreichend, eine 10er-Skala suggeriert eine Präzision, die nicht vorhanden ist.

4. Fazit

Der Zwischenbericht des IQTIG für ein Konzept zur Einrichtung eines Qualitätsportals basiert auf einer ausführlichen systematischen Analyse, deren einzelne Schritte transparent dargestellt und gut nachvollziehbar sind. Die Strukturierung des dabei ausgemachten Informationsbedarfs von Patientinnen und Patienten mittels sogenannter Informationsmodule kann aus Sicht der Bundesärztekammer ein gangbares Konzept sein, es bestehen aber Risiken der Überschneidung mit bereits bestehenden Kategorisierungen, etwa mit den klassischen Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Noch nicht überzeugend wirken die Fixierung auf die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser als alleinige Datenquelle des Portals, die Ausklammerung von Ergebnissen aus dem Strukturierten Dialog bei der Qualitätsdarstellung und die methodische Herangehensweise bei der Bildung von Indizes aus Indikatoren, die zu einer statistischen Pseudogenauigkeit führen können und damit die Gefahr der Desinformation von Patientinnen und Patienten bergen.

Anhand des vorgelegten Zwischenberichts ist insofern noch nicht vorherzusagen, ob das geplante Qualitätsportal des G-BA einen tatsächlichen Mehrwert gegenüber den zahlreichen schon existierenden Krankenhausvergleichsportalen für Patientinnen und Patienten erzielen wird.

Stellungnahme

Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal
Zwischenbericht des IQTIG zur Durchführung des
Beteiligungsverfahrens nach § 137a Absatz 7 SGB V

15.10.2020

1 Einleitung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) begrüßt die Entwicklung eines G-BA-Qualitätsportals mit dem Ziel, die verfügbaren Qualitätsinformationen über Krankenhäuser vergleichend darzustellen und damit Patient*innen und ihre Angehörigen bei Bedarf bei der Krankenhauswahl zu unterstützen. Hierfür soll das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unter anderem prüfen, inwiefern die identifizierten Informationsbedürfnisse der Patient*innen mit den in den strukturierten Qualitätsberichten vorliegenden Daten abgebildet werden können. Darüber hinaus soll gemäß dem Auftrag an das IQTIG geprüft werden, welche weiteren Datenquellen innerhalb – hier insbesondere die relevanten Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA – sowie außerhalb der gesetzlichen Qualitätssicherung zur Deckung der Informationsbedürfnisse der Patient*innen auf dem G-BA-Qualitätsportal Berücksichtigung finden sollten.

Es ist nachvollziehbar, dass das IQTIG aus Gründen der Praktikabilität, inhaltlichen und methodischen Anschlussfähigkeit sowie Nachvollziehbarkeit für die Patient*innen im Zwischenbericht zu der Empfehlung kommt, für die Erstentwicklung des G-BA-Qualitätsportals zunächst nur die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser als Grundlage heranzuziehen. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass die in den relevanten Richtlinien und Beschlüssen des G-BA (z. B. Strukturqualitätsvorgaben zu bestimmten Leistungsbereichen) enthaltenen Daten mehrheitlich bereits für eine Veröffentlichung in den Qualitätsberichten vorgesehen sind. Dennoch besteht in Bezug auf die in den Qualitätsberichten enthaltenen Daten und ihre Darstellung aus Sicht der BpTK zum Teil erheblicher Weiterentwicklungsbedarf, damit diese für Patient*innen und Angehörige eine relevante Informationsgrundlage für die Krankenhauswahl darstellen können. Dies gilt insbesondere auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

2 Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen

2.1 Menschen mit psychischen Erkrankungen

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden im Zwischenbericht des IQTIG als Patientengruppe mit spezifischen und zusätzlichen Informationsbedürfnissen sowie besonderen Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl identifiziert. Die Entwicklung und Aufnahme von Informationsangeboten für Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen, in diesem Fall „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ ist stufenweise im Rahmen der weiteren Projektentwicklung des G-BA-Qualitätsportals vorgesehen.

Die BpTK begrüßt, dass perspektivisch im Rahmen des G-BA-Qualitätsportals auf die besonderen Informationsbedürfnisse dieser Patientengruppe eingegangen werden soll. Stationäre Behandlungen von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sind besonders personalintensiv. Hauptbehandlungsmittel sind die therapeutische Beziehung und das ärztliche, psychotherapeutische und pflegerische Gespräch in ihren unterschiedlichen Interventionsformen und Settings. Hinzu kommen Leistungen der weiteren therapeutischen Berufsgruppen, wie Ergotherapie, künstlerische Therapie, Sozialberatung etc. Eine ausreichende Ausstattung insbesondere mit ärztlichem, psychotherapeutischem und pflegerischem Personal ist deshalb ein zentrales Merkmal für die Versorgungsqualität. Informationen zur Struktur- und Prozessqualität eines Krankenhauses – d. h. auch, in welchem Umfang welche patientenbezogenen Behandlungsleistungen mit dem Personal mit welcher Qualität und Qualifikation realisiert werden – spielen für Patient*innen mit psychischen Erkrankungen deshalb eine besondere Rolle.

2.2 Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser als Datenquelle

Auch die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser sind verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen. Die in ihnen enthaltenen Informationen sind derzeit jedoch unzureichend, um den Patient*innen relevante Informationen für die Krankenhauswahl zur Verfügung zu stellen. Sie können daher nur bedingt als Datengrundlage für das G-BA-Qualitätsportal im Bereich „psychische Erkrankungen“ genutzt werden.

- **Informationen zur Strukturqualität:** Wie in den Qualitätsberichten der somatischen Krankenhäuser geben die psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilungen und Krankenhäuser an, über wie viel Personal sie in den verschiedenen Berufsgruppen (u. a. Ärzt*innen, Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen) verfügen. Zudem wird das Verhältnis von behandelten Patient*innen pro Jahr (Fallzahl pro Jahr) zu Vollkräften in den einzelnen Berufsgruppen angegeben. Das Verhältnis von behandelten Patient*innen pro Jahr zu Vollkräften ist jedoch keine zuverlässige Kennzahl für den Betreuungsschlüssel, da diese maßgeblich durch die Verweildauer beeinflusst wird. Damit die Angaben der Krankenhäuser zur Personalausstattung von den Patient*innen bewertet werden können, muss deshalb ein anderes Verhältnis wie z. B. das Verhältnis von vorhandenem Personal zu belegten Betten oder Behandlungsplätzen betrachtet werden.

Zukünftig muss in den Qualitätsberichten der psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen und Krankenhäuser zudem über die Einhaltung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung gemäß der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie des G-BA (PPP-Richtlinie) berichtet werden. Auch hier wird es entscheidend sein, dass dies in einem für Patient*innen aussagekräftigen Format erfolgt.

- **Informationen zur Prozessqualität:** Entscheidend für die Versorgungsqualität in Psychiatrie und Psychosomatik ist jedoch nicht nur, welche Personalausstattung eine Klinik hat, sondern auch welche Leistungen mit dem vorhandenen Personal realisiert werden. Zwar geben die psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen und Krankenhäuser an, welche Operationen- und Prozedurenschlüssel wie häufig im Berichtsjahr kodiert wurden, die bloße Häufigkeit eines Prozedurenschlüssels wie z. B. „Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal (OPS Kode 9-617)“ oder „Anzahl der Therapieeinheiten (OPS Kode 9-649)“ allein ist jedoch in keiner Weise für Patient*innen aussagekräftig. Die Versorgungsqualität einer Klinik – insbesondere auch im Vergleich zu anderen Kliniken – lässt sich erst beurteilen, wenn eine Zuordnung der Leistungen auf bestimmte Patientengruppen erfolgt. Nur so lassen sich später patientenrelevante Informationen dazu ableiten, in welchem Umfang und in welchen Anteilen beispielsweise Patient*innen mit der Diagnose Schizophrenie in einer Klinik Psychotherapie erhalten.

Die BpTK hält es deshalb für erforderlich, dass das IQTIG für die Entwicklung eines Informationsangebots für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen des G-BA-Qualitätsportals auf die Notwendigkeit einer umfangreichen Weiterentwicklung der strukturierten Qualitätsberichte für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen bzw. entsprechende Neuentwicklungen hinweist und konkrete Entwicklungsmöglichkeiten hierfür aufzeigt.

BVKD e. V. · Kirchberg 21 · 37431 Bad Lauterberg im Harz

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im
Gesundheitswesen
Frau Dr. Melanie Messer
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Bundes-Geschäftsstelle
Kirchberg 21
37431 Bad Lauterberg

Telefon 05524 / 81 218
Telefax 05524 / 81 398

info@die-diabetes-kliniken.de
www.die-diabetes-kliniken.de

Bad Lauterberg, 16. Oktober 2020

Stellungnahme zum Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Der Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen unterstützt grundsätzlich die Idee eines Qualitätsportals für die Krankenhausversorgung.

Wir sind insbesondere daran interessiert, dass die stationäre Diabetologie im künftigen Qualitätsportal einen angemessenen Platz findet. Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Suche nach diabetologisch orientierten Einrichtungen in bisherigen Portalen erschwert ist, da die Diabetologie keine eigenständige Fachrichtung darstellt und wenn vorhanden, in den einzelnen Krankenhäusern den unterschiedlichsten Fachabteilungen zugeordnet wird.

Kritisch sehen wir die Empfehlung des Expertengremiums für einen Ausschluss der Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) aus dem Qualitätsportal. Aus unserer Sicht sollte diese Empfehlung überdacht werden, um einen nahtlosen Übergang vom ambulanten Bereich in die stationäre Weiterbehandlung zu gewährleisten. Diese Information ist aus unserer Sicht sowohl für Patienten als auch für die Einweiser wichtiger Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Behandlung (Schnittstellenproblematik).

Wir sind gern bereit, die weitere Entwicklung des G-BA-Qualitätsportals mit unserer Expertise zu unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Thomas Werner
1. Vorsitzender



Prof. Dr. med. Matthias Weck
Vorstandsmitglied

Beteiligungsverfahren des IQTiG nach § 137a Abs. 7 SGB V zum Zwischenbericht des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) dankt dem IQTiG für die Möglichkeit, zu dessen Zwischenbericht des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal Stellung nehmen zu dürfen.

Diabetes mellitus ist eine weltweit und in Deutschland stark zunehmende chronische Erkrankung, von der nach Daten der Diabetes Surveillance des Robert-Koch Instituts etwa 7,5 Millionen Menschen betroffen sind, für das Jahr 2040 wird mit einer Prävalenz von bis zu 12 Millionen gerechnet [1,2]. Ca. 90% der Betroffenen sind an Typ-2-Diabetes erkrankt, der im späteren Erwachsenenalter auftritt und häufig mit einer arteriellen Hypertonie, einer Fettstoffwechselstörung und Adipositas einhergeht. Diese Patienten haben ein mindestens verdoppeltes Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen (z.B. Myokardinfarkt, Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit, diabetisches Fußsyndrom), für mikrovaskuläre Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) und neuropathische Komplikationen. Bei unzulänglicher Stoffwechselkontrolle ist die Sterblichkeit an diabetesbedingten Komplikationen deutlich erhöht. Typ-1-Diabetes, der häufig im Kindes- und Jugendalter manifestiert und von dem in Deutschland ca. 400.000 Menschen betroffen sind, erfordert eine lebenslange komplexe Insulintherapie. Darüber hinaus nimmt auch der Diabetes bei Schwangeren (Gestationsdiabetes) zu.

Im Krankenhaus haben nach derzeitigem Kenntnisstand ca. 20-25% der stationären Patienten einen Diabetes mellitus, der im Regelfall nicht Aufnahmegrund und daher nicht Hauptdiagnose ist, der aber einen Krankenhausaufenthalt verlängern oder komplizieren kann [3,4]. Eine normnahe, hypoglykämiefreie Stoffwechseleinstellung bei Diabetes mellitus kann Komplikationen vermindern und Outcomes verbessern [5].

Aus diesen Gründen ist es essentiell, dass das Qualitätsportal bei den chronischen Erkrankungen explizit den Diabetes mellitus berücksichtigt und mit aufführt – analog den onkologischen Erkrankungen, die im Entwurf berücksichtigt sind.

Patienten mit Diabetes und auch im Gesundheitswesen Tätige benötigen detaillierte Informationen zu Qualitätsangaben bzgl. Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität im Diabetesbereich. In diesem Zusammenhang weist die DDG darauf hin, dass sie ein umfassendes Qualifizierungs- und

Zertifizierungssystem für Krankenhäuser etabliert hat und desgleichen strukturierte Qualifikationsmöglichkeiten für Ärzte, Diabetesberatungsberufe, Pflege und andere Professionen bestehen [6,7].

Um die Versorgung im stationären Bereich zu verbessern und die Schnittstellen zwischen ambulanter Versorgung und stationärer Versorgung sektorenübergreifend zu verbessern, ist eine spezifische Aufnahme des Diabetes in das Qualitätsportal aus DDG-Sicht, aber auch aus Sicht der spezialisierten Verbände für stationäre Diabetesbehandlung (BVDK [Bundesverband der Diabetologen in Kliniken e.V.] und BVKD [Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen e.V.]) sowie des Fachbeirats Diabetes des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg unerlässlich [8].

Konkret geht es hier besonders um die folgenden Konstellationen:

- Ersteinstellung und Schulung von Kindern und Angehörigen mit Typ-1-Diabetes in stationären Einrichtungen
- Notfallversorgung von Stoffwechsellstörungen bei Diabetes
- Diabetesmitbehandlung bei Gefäßerkrankungen (Kardiologie, Neurologie mit Stroke units, Dialyseeinheiten, Augenkliniken, gefäßchirurgischen Abteilungen, interdisziplinäre Einrichtungen zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms)
- Diabetesmitbehandlung in chirurgischen/internistischen/onkologischen "Pankreaszentren"
- Stationäre Behandlung von Schwangeren mit Diabetes

Die DDG bittet das IQTiG nachdrücklich, entsprechende Ergänzungen im Entwurf vorzunehmen, um den Wert und die Aussagekraft des G-BA Qualitätsportals zu erhöhen. Die DDG ist gerne bereit, sich als Fachgesellschaft in den weiteren Entwicklungsprozess der Entwicklung des G-BA Qualitätsportals konstruktiv einzubringen und Hilfestellungen zu leisten. Begleitend zu dieser Stellungnahme geben wir dem IQTiG eine zusätzliche Stellungnahme der AG Geriatrie und Pflege der DDG mit ab. Die DDG verweist zudem auf eine weitere Stellungnahme von Seiten der Patientenvertretung der Diabetes-Selbsthilfe.

Literatur:

1. <https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/startseite/startseite-node.html>
2. Tönnies T, Röckl S, Hoyer A, Heidemann C, Baumert J, Du Y, Scheidt-Nave C, Brinks R. Projected number of people with diagnosed Type 2 diabetes in Germany in 2040. *Diabet Med.* 2019 Oct;36(10):1217-1225. doi: 10.1111/dme.13902
3. Kufeldt J, Kovarova M, Adolph M, Staiger H, Bamberg M, Häring HU, Fritsche A, Peter A. Kufeldt J, Kovarova M, Adolph M, Staiger H, Bamberg M, Häring HU, Fritsche A, Peter A. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2018 Feb;126(2):123-129. doi: 10.1055/s-0043-112653
4. Matthaei S, Müller-Wieland D, Hamann A, Siegel E. Erhebung einer systematischen HbA1c-Messung zum Zeitpunkt der Aufnahme zur Bestimmung der Prävalenz des Typ-2-Diabetes (T2DM) bei Krankenhauspatienten in Deutschland. *Diabetologie und Stoffwechsel* 2016; 11 - FV14 doi: 10.1055/s-0036-1580761
5. Moghissi ES, Korytkowski MT, DiNardo M, Einhorn D, Hellman R, Hirsch IB, Inzucchi SE, Ismail-Beigi F, Kirkman MS, Umpierrez GE; American Association of Clinical Endocrinologists; American Diabetes Association. American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association consensus statement on inpatient glycemic control. *Diabetes Care* 2009 Jun;32(6):1119-31. doi: 10.2337/dc09-9029
6. <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung>
7. <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/behandlung/zertifizierung>
8. <https://www.gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/landesebene/fachbeirat-diabetes/>
Diabetes mellitus in der Klinik - Stellungnahme des Fachbeirates Diabetes des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg

An die Deutsche Diabetesgesellschaft

z.Hd. Frau Vite

Albrechtstr. 9
10117 Berlin

10. Oktober 2020

Betrifft: Beteiligungsverfahren des IQTIG nach § 137a Abs. 7 SGB V zum Zwischenbericht des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal

Sehr geehrte Frau Vite, geehrter Herr Prof. Gallwitz,

die AG Geriatrie und Pflege erachtet Menschen mit Diabetes selbstverständlich als eine Patientengruppe, die zusätzliche Informationsbedürfnisse zur Auswahl eines Krankenhauses hat. Insgesamt erscheint das vorgelegte Konzept sehr fundiert.

In den vorliegenden gesendeten Dokumenten fand die AG Geriatrie und Pflege jedoch, dass bezüglich des Informationsbedarfs die Fokusgruppe der Menschen mit Diabetes berücksichtigt war:

- S. 50: Personen mit verschiedenen Erkrankungen und Behandlungen als Anlass für den letzten Krankenhausaufenthalt v. a. aus folgendem Spektrum: [...]elektive nicht operative, operative oder diagnostische Behandlung von chronischen Erkrankungen, z. B. Lungenerkrankungen, Diabetes, Rheuma etc.
- Auf S. 59 in der kurzgefassten Tabelle sind die chronischen Erkrankungen nochmals erwähnt – wir gehen davon aus, dass der Diabetes (auch dort) eine davon ist – und entsprechend Berücksichtigung findet.
Außer Krebserkrankungen fand sich dort kein anderes Krankheitsbild speziell erwähnt – derer es ja sehr, sehr viele andere auch noch gäbe! Die Nennung von Demenzerkrankungen, psychischen usw. (weiter oben, S. 58) interpretieren wir als Hilfe bei der Erfassung möglicher Bedienungsprobleme auf Anwender- bzw. Nutzerseite, und nicht als eigentliche „Krankheitsentitäten“ per se bzw. als eigentlichen Suchbegriff.

Das finden wir speziell aus geriatrischer Sicht heraus natürlich sehr gut!

Auf Seite 269:

Targeting und Tailoring von Informationen

Im Hinblick auf eine verständliche, benutzerfreundliche Darstellung von Qualitätsinformationen weist eine qualitative australische Studie auf die Notwendigkeit hin, die Inhalte der Qualitätsberichterstattung stärker an den Bedürfnissen der Zielgruppen auszurichten (sogenanntes Targeting) (Canaway et al. 2017). Informationen können auch durch das Zuschneiden (sogenanntes Tailoring) auf spezifische Situationen oder Patientengruppen besser auf Rezeptionsgewohnheiten ausgerichtet werden, um so die Nutzbarkeit zu erhöhen (vgl. Abschnitt 8.1) (Schaeffer 2006: 38). Ein Vorteil dieses Ansatzes ist, dass er kognitive Belastungen und Überforderungen reduziert, da Nutzerinnen und Nutzer nur die Informationen erhalten, die zu ihrer spezifischen Situation passen

(Schaeffer 2006: 38, Shaller et al. 2014, Sinaiko et al. 2012). Positiv ist auch, dass so die Anschlussfähigkeit der Informationen gesichert ist. Das heißt, die Nutzerinnen oder Nutzer werden in die Lage versetzt, die Informationen ausgehend von ihrem spezifischen Wissen aufzunehmen und zu verarbeiten (Schaeffer 2006: 38, Zwijnenberg et al. 2011). Eine weitere Analyse fordert entsprechend eine Abkehr vom „angebotsorientierten“ Ansatz, bei dem alle verfügbaren Qualitätsinformationen ungefiltert dargestellt werden, und eine Hinwendung zu patientenorientierten, flexiblen Ansätzen mit maßgeschneiderten Informationsangeboten für spezifische Ziel- und Bedarfsgruppen auf interaktiven Websites (Shaller et al. 2014).

Dies interpretieren wir so, dass es auch möglich ist, z.B. die besonders für Menschen mit Diabetes relevanten Informationen herauszufiltern und Interessenten dann gezielt zur Verfügung zu stellen.

Dementsprechend wäre es dann natürlich auch wichtig, dass diese erhoben werden.

Wir fanden jedoch keinen Hinweis, dass es beabsichtigt wäre, solche – Diabetiker/-innenrelevanten - Informationen **n i c h t** zu erheben.

Insofern sind wir nicht sicher, dass die Problematik des Diabetes bzw. der konkrete Bedarf der Diabetiker /-innen in dieser grundsätzlichen (!) Konzeption tatsächlich zu kurz gekommen wäre. Wenn die DDG der Ansicht ist, dass der Diabetes als Fokusgruppe noch stärker zum Ausdruck gebracht werden sollte, ist das selbstverständlich in besonderem Maße im Interesse der AG Geriatrie und Pflege.

Mit freundlichen Grüßen,



PD Dr. med. Anke Bahrmann

Dr.med. Alexander Friedl

Dr. med. Jürgen Wernecke

Für die AG Geriatrie und Pflege der DDG

Diabetes bewegt uns ... !

DDF · Nürnberger Str. 16 10789 Berlin

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Frau Dr. Melanie Messer

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin



Deutsche Diabetes Föderation
Nürnberger Str. 16
10789 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 12088170
Telefax: +49 (0) 30 12088172
E-Mail: Info@ddf.de
www.ddf.de

14.10.2020

Stellungnahme der Diabetes-Selbsthilfe zum Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Als Patientenvertreter für Diabetiker* und Diabetikernenn, der größten Gruppe der chronisch Kranken, nehmen wir wie folgt Stellung:

Ziele des Gesamtkonzepts nach eigenen Angaben:

die Ermittlung von Informationsbedürfnissen, -präferenzen und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen vor dem Hintergrund ihres Nutzungskontextes und -verhaltens.

Sie orientiert sich an den Nutzerbedürfnissen von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen. Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG erfolgten hierzu eine systematische Literaturrecherche sowie (Befragung von?) Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten sowie Gesundheitsberaterinnen und -beratern. Ergänzend wurde eine Online-Bedarfserhebung durchgeführt.

Anschließend wurde zur externen Beratung der thematisch-inhaltlichen Nutzerbedürfnisse ein Expertengremium eingebunden. Auf Grundlage der Beratung wurden die identifizierten Themenbereiche, Themen und Unterthemen ggf. modifiziert und in Informationsmodulen gebündelt. Die Informationsmodule beschreiben die inhaltlichen Themenkomplexe, die auf dem G-BA-Qualitätsportal adressiert werden sollten.

Deutsche Diabetes Föderation e.V. Telefon: +49 (0) 30 12088170 Amtsgericht:

Nürnberger Str. 16
10789 Berlin

Fax: +49 (0) 30 12088172

E-Mail: info@ddf.de

Web: www.ddf.de

Berlin- Charlottenburg

VR 35200 B

Freistellungsbescheid

St. Nr. 27/663/64091 F131

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE21 1002 0500 0001 5123 00

BIC: BFSWDE33BER

Vorstand: Dr. Klaus-D. Warz, Matthias Nieft, Sarah Porschen, Jutta Katgely, Barbara Dvorak
Mitglied:

B.A.G
SELBSTHILFE

 **DER PARITÄTISCHE**
GESAMTVERBAND

Ergebnisse

Konzeptübergreifend definiert das IQTIG folgende Anforderungen als grundlegend für die Konzeption und Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals: Zielgruppenorientierung, Diversitätssensibilität, Barrierefreiheit, Benutzerfreundlichkeit, Transparenz und Sachrichtigkeit, Allgemeinverständlichkeit sowie die Aktualität der Daten.

Problematische Ergebnisse:

S. 172:

Ohne Begründung:

In Bezug auf die Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen wurde seitens des Expertengremiums lediglich ein Ausschluss für die Patientengruppe der Menschen mit Diabetes nahegelegt.

16.4 Menschen mit Diabetes

Das Expertengremium weist darauf hin, dass davon auszugehen ist, dass es sich bei diesem Thema häufig nicht um den primären Suchanlass handele. Es seien überwiegend keine spezifischen Informationsbedürfnisse in der Suche nach einem Krankenhaus erwartbar, die über andere chronische Erkrankungen bzw. über die zielgruppenübergreifenden Themen hinausgehen. Themen wie „DMP“ seien zu voraussetzungsvoll und den meisten Patientinnen und Patienten nicht bekannt bzw. spielen bei der Krankenhaussuche eine untergeordnete Rolle. Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.

Jährlich werden ca. 4,5 Mio. Diabetespatienten, mit Haupt- oder Nebendiagnose Diabetes, stationär behandelt. Zirka 20 % aller stationär behandelten Patienten haben einen Diabetes. In ca. 83% der Krankenhäuser existiert jedoch keine besondere zertifizierte Diabetesbehandlung. (Quelle www.aerzteblatt.de/lit4117)

Aus Jahrzehntelanger Erfahrung in der Arbeit mit Diabetikerinnen und Diabetikern gehen diese prinzipiell davon aus, dass in jedem Krankenhaus, jeder Klinik, Diabeteskompetenz vorhanden ist, da es sich bei Diabetes mellitus um die häufigste chronische Erkrankung handelt. Sie übersehen dabei, dass die qualifizierte Behandlung eines Diabetes und die ausreichende Berücksichtigung eines Diabetes bei der Behandlung einer anderen Erkrankung oder der Durchführung eines Eingriffs aufgrund der differenzierten Behandlungsstrategien und kompliziert zu handhabenden diagnostischen und therapeutischen Hilfsmittel eine besondere Qualifikation und Sachkunde erfordert.

Es häufen sich jedoch die Beschwerden und Hilferufe der Betroffenen, dass Diabeteskompetenz leider fehlt. Nicht selten kommt es durch Stoffwechsellentgleisungen zu Problemen bei Operationen und chirurgischen wie diagnostischen Eingriffen, die auch den Heilungsprozess gefährden. Besonders betroffen sind Patienten mit einem insulinpflichtigen Diabetes Typ 1 und Typ 2.

Seit langem fordern wir als Patientenvertreter eine Mindestzertifizierung der stationären Einrichtungen nach den Kriterien der DDG („Klinik für Patienten mit Diabetes geeignet DDG“).

Deutsche Diabetes Föderation e.V. Telefon: +49 (0) 30 12088170 Amtsgericht:

Nürnberger Str. 16
10789 Berlin

Fax: +49 (0) 30 12088172 Berlin- Charlottenburg
E-Mail: info@ddf.de VR 35200 B
Web: www.ddf.de Freistellungsbescheid

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE21 1002 0500 0001 5123 00

BIC: BFSWDE33BER

St. Nr. 27/663/64091 F131

Vorstand: Dr. Klaus-D. Warz, Matthias Nieft, Sarah Porschen, Jutta Katgely, Barbara Dvorak

Mitglied:

Wir empfehlen den Betroffenen bei der Suche nach einer Klinik für einen planbaren Eingriff explizit nach entsprechend zertifizierten Häusern zu suchen. Dieses Suchkriterium ist zwingend für Qualitätsportal des G-BA notwendig.

Versorgungsqualität wird grundsätzlich an Ergebnisqualität geknüpft; Strukturqualität (z.B. Vorhandensein eines Diabetologen) bzw. Zertifizierungen wurden dem Bericht zufolge nicht gewertet.

Fokusgruppen bei den Patienten

Diabetiker wurden nur bei den > 65jährigen Patienten eingeschlossen. Wie viele dies waren und mit welchen Ergebnissen wird nicht berichtet.

Auf Seite 22 ist aufgefallen, dass hier die Patienten mit Diabetes fehlen:

E) Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen

Menschen mit Diabetes gehören zu dieser Patientengruppe.

Bei der Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Fokusgruppen ist uns aufgefallen, dass hier keine Patientinnen und Patienten mit Diabeteskompetenz ausgewählt wurden.

Ziel:

Ziel der Bedarfserhebung war es, ergänzend zu den Fokusgruppen Hinweise auf spezielle Informationsbedürfnisse und Entscheidungskriterien dieser Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen, ggf. auch über Patientenvertreterinnen und -vertreter, bei der Wahl eines Krankenhauses zu generieren. Im Vordergrund standen dabei insbesondere die Perspektive von

- Menschen mit Demenzerkrankungen,
- Menschen mit psychischen Erkrankungen,
- Menschen mit seltenen Erkrankungen und
- Menschen mit geistigen, körperlichen Behinderungen oder Mehrfachbehinderungen

Es fällt uns auch hier auf, dass, soweit erkennbar, die größte Patientengruppe der Menschen mit Diabetes und deren Patientenvertreter ausgeschlossen wurden. Die Begründung hierfür erschließt sich uns nicht.

Wir fordern daher dringend eine Anpassung des Zwischenberichts zum Gesamtkonzept des G-BA Qualitätsportals.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Klaus Dieter Warz
Vorstandsvorsitzender DDF
Sprecher der Diabetiker Allianz

Deutsche Diabetes Föderation e.V. Telefon: +49 (0) 30 12088170 Amtsgericht:
Nürnberger Str. 16 Fax: +49 (0) 30 12088172 Berlin- Charlottenburg
10789 Berlin E-Mail: info@ddf.de.com VR 35200 B
Web: www.ddf.de.com Freistellungsbescheid
St. Nr. 27/663/64091 F131



Elke Brückel
Patientenvertreter der DDF im G-BA
Vorstandsmitglied Diabetiker BW

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE21 1002 0500 0001 5123 00
BIC: BFSWDE33BER

Vorstand: Dr. Klaus-D. Warz, Matthias Nieft, Sarah Porschen, Jutta Katgely, Barbara Dvorak
Mitglied:

An die Deutsche Diabetesgesellschaft

z.Hd. Frau Vite

Albrechtstr. 9
10117 Berlin

10.Oktober 2020

Betrifft: Beteiligungsverfahren des IQTIG nach § 137a Abs. 7 SGB V zum Zwischenbericht des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal

Sehr geehrte Frau Vite, geehrter Herr Prof. Gallwitz,

die AG Geriatrie und Pflege erachtet Menschen mit Diabetes selbstverständlich als eine Patientengruppe, die zusätzliche Informationsbedürfnisse zur Auswahl eines Krankenhauses hat. Insgesamt erscheint das vorgelegte Konzept sehr fundiert.

In den vorliegenden gesendeten Dokumenten fand die AG Geriatrie und Pflege jedoch, dass bezüglich des Informationsbedarfs die Fokusgruppe der Menschen mit Diabetes berücksichtigt war:

- S. 50: Personen mit verschiedenen Erkrankungen und Behandlungen als Anlass für den letzten Krankenhausaufenthalt v. a. aus folgendem Spektrum: [...]elektive nicht operative, operative oder diagnostische Behandlung von chronischen Erkrankungen, z. B. Lungenerkrankungen, Diabetes, Rheuma etc.
- Auf S. 59 in der kurzgefassten Tabelle sind die chronischen Erkrankungen nochmals erwähnt – wir gehen davon aus, dass der Diabetes (auch dort) eine davon ist – und entsprechend Berücksichtigung findet.
Außer Krebserkrankungen fand sich dort kein anderes Krankheitsbild speziell erwähnt – derer es ja sehr, sehr viele andere auch noch gäbe! Die Nennung von Demenzerkrankungen, psychischen usw. (weiter oben, S. 58) interpretieren wir als Hilfe bei der Erfassung möglicher Bedienungsprobleme auf Anwender- bzw. Nutzerseite, und nicht als eigentliche „Krankheitsentitäten“ per se bzw. als eigentlichen Suchbegriff.

Das finden wir speziell aus geriatrischer Sicht heraus natürlich sehr gut!

Auf Seite 269:

Targeting und Tailoring von Informationen

Im Hinblick auf eine verständliche, benutzerfreundliche Darstellung von Qualitätsinformationen weist eine qualitative australische Studie auf die Notwendigkeit hin, die Inhalte der Qualitätsberichterstattung stärker an den Bedürfnissen der Zielgruppen auszurichten (sogenanntes Targeting) (Canaway et al. 2017). Informationen können auch durch das Zuschneiden (sogenanntes Tailoring) auf spezifische Situationen oder Patientengruppen besser auf Rezeptionsgewohnheiten ausgerichtet werden, um so die Nutzbarkeit zu erhöhen (vgl. Abschnitt 8.1) (Schaeffer 2006: 38). Ein Vorteil dieses Ansatzes ist, dass er kognitive Belastungen und Überforderungen reduziert, da Nutzerinnen und Nutzer nur die Informationen erhalten, die zu ihrer spezifischen Situation passen

(Schaeffer 2006: 38, Shaller et al. 2014, Sinaiko et al. 2012). Positiv ist auch, dass so die Anschlussfähigkeit der Informationen gesichert ist. Das heißt, die Nutzerinnen oder Nutzer werden in die Lage versetzt, die Informationen ausgehend von ihrem spezifischen Wissen aufzunehmen und zu verarbeiten (Schaeffer 2006: 38, Zwijnenberg et al. 2011). Eine weitere Analyse fordert entsprechend eine Abkehr vom „angebotsorientierten“ Ansatz, bei dem alle verfügbaren Qualitätsinformationen ungefiltert dargestellt werden, und eine Hinwendung zu patientenorientierten, flexiblen Ansätzen mit maßgeschneiderten Informationsangeboten für spezifische Ziel- und Bedarfsgruppen auf interaktiven Websites (Shaller et al. 2014).

Dies interpretieren wir so, dass es auch möglich ist, z.B. die besonders für Menschen mit Diabetes relevanten Informationen herauszufiltern und Interessenten dann gezielt zur Verfügung zu stellen.

Dementsprechend wäre es dann natürlich auch wichtig, dass diese erhoben werden.

Wir fanden jedoch keinen Hinweis, dass es beabsichtigt wäre, solche – Diabetiker/-innenrelevanten - Informationen **n i c h t** zu erheben.

Insofern sind wir nicht sicher, dass die Problematik des Diabetes bzw. der konkrete Bedarf der Diabetiker /-innen in dieser grundsätzlichen (!) Konzeption tatsächlich zu kurz gekommen wäre. Wenn die DDG der Ansicht ist, dass der Diabetes als Fokusgruppe noch stärker zum Ausdruck gebracht werden sollte, ist das selbstverständlich in besonderem Maße im Interesse der AG Geriatrie und Pflege.

Mit freundlichen Grüßen,



PD Dr. med. Anke Bahrmann

Hr. Alexander Friedl

Dr. med. Jürgen Wernecke

Für die AG Geriatrie und Pflege der DDG

Deutsche Gesellschaft für Angiologie · Schiffbauerdamm 40 · 10117 Berlin

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im
Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

DGA-Geschäftsstelle

Haus der Bundespressekonferenz
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin

Tel. 030/20 88 88-31
Fax 030/20 88 88-33
info@dga-gefaessmedizin.de
www.dga-gefaessmedizin.de

Berlin, 05.11.2020

Stellungnahme zum Beteiligungsverfahren des IQTIG nach § 137a Abs. 7 SGB V zum Zwischenbericht des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin (DGA) begrüßt die im „Zwischenbericht des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal“ gemachten Aussagen. Die Entscheidung, auf die Nennung von Selbstbezeichnungen zu verzichten, ist für die DGA gut nachvollziehbar. Die DGA unterstützt zudem nachdrücklich die Entwicklung von verlässlichen Qualitätssiegeln und Zertifikaten sowie die Empfehlung des IQTIGs, im Konzept des G-BA-Qualitätsportals bereits einen entsprechenden Platz vorzusehen, um zukünftig die Veröffentlichung der Ergebnisse zu erleichtern.

Unterstützung findet auch die unter Punkt 14 erfolgte Berücksichtigung von Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen. Allerdings vermisst die DGA hier die fehlende Auflistung von Patienten/-innen mit Gefäßkrankungen. Gefäßkrankte haben eine mit Krebspatienten vergleichbare Einschränkung der Lebenserwartung und sind zudem von vielerlei Begleiterkrankungen betroffen, die zu einer häufigen Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Behandlungsmaßnahmen führen. Die Unter- und Fehlversorgung von Gefäßpatienten äußert sich nicht zuletzt durch die inakzeptabel hohe Amputationsrate bei kritischer Extremitätenischämie. Hier sind dringend Maßnahmen erforderlich, die dieser Patientengruppe und deren Angehörigen Informationen zu qualitätsgesicherten Behandlungsstätten ermöglichen und darüber hinaus auch auf Angebote wie das Zweitmeinungsverfahren vor Amputationen hinweisen. Vor diesem Hintergrund bitten wir baldmöglichst auch Gefäßpatienten als Patientengruppe mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Oliver Müller



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR GEFÄSSCHIRURGIE
UND GEFÄSSMEDIZIN e.V.**
Gesellschaft für operative, endovaskuläre
und präventive Gefäßmedizin

DGG e.V. * Robert-Koch-Platz 9 * 10115 Berlin

AWMF-Geschäftsstelle Berlin
z.Hd. Frau Sabine Lehmann
Birkenstr. 67

10559 Berlin

Zur Weiterleitung an das IQTIG

Berlin, 17. Oktober 2020

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für
Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin zum geplanten Quali-
tätsportal für Kliniken auf dem Boden der Vorschläge des
IQTIG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG e.V.) bedankt sich für die Möglichkeit einer Stellungnahme zu den Vorschlägen des IQTIG bezüglich eines geplanten Qualitätsportals für Kliniken.

Die DGG begrüßt grundsätzlich die Einrichtung eines Qualitätsportals für Kliniken, das Patienten als valide Informationsquelle und wirksame Hilfe bei der Auswahl einer Klinik dienen kann.

Die Daten für das Qualitätsportal sollen aus den Qualitätsberichten der Kliniken, den Daten der verpflichtenden Qualitätssicherung, den Fallzahlen durchgeführter Eingriffe bzw. Prozeduren, Mindestmengen – soweit vorgegeben – und Qualitätsindikatoren gewonnen werden. Aus diesen Datenquellen sollen Behandlungsergebnisse, Komplikationen und die Sterblichkeit dargestellt werden. Ferner sollen sichere Versorgungsprozesse, Kommunikation und Interaktion mit dem Patienten, Hygiene- und Infektionsmanagement, Personalmanagement, sowie Pflege und Entlassmanagement berichtet werden.

Die Basis des Berichtes über ein Krankenhaus stellen Informationen zur Erreichbarkeit, der Größe des Krankenhauses, der Patientenservices, medizinischen Schwerpunkten, zur intensivmedizinischen Versorgung, zu Qualitätssiegeln und Zertifikaten und zu Patientenerfahrungen dar.

Aus Sicht der DGG generiert sich daraus ein umfassendes Konzept für eine aussagekräftige Patienteninformation. Wir sehen allerdings die Datengewinnung als schwierig an, da die Qualitätsberichte

Geschäftsstelle

Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin
Telefon: (030) 280 990 990
Telefax: (030) 280 990 999

Bank DGG e.V.

Deutsche Apotheker-
und Ärztebank eG, Berlin
BIC: DAAE DE DD
IBAN: DE29300606010006624057

Vereinsregisternummer: 25484 NZ
Registerrichter:
Amtsgericht Berlin Charlottenburg
USt-IdNr.: DE227110743
Steuernummer: 27/ 027/ 40505

Präsident:

Prof. Dr. med. Dittmar Böckler

Vize-Präsident:

Prof. Dr. med. Markus Steinbauer

Sekretär:

Priv.-Doz. Dr. med. Farzin Adili

Geschäftsführerin:

Dr. med. Livia Cotta

der Krankenhäuser sehr unterschiedlich strukturiert sind und teilweise sehr unterschiedliche Informationen weitergeben. Informationen zu sicheren Versorgungsprozessen, z.B. Aufklärung vor operativen oder invasiven Eingriffen, Vorhandensein von SOP's, Markierung der zu operierenden Seite vor Narkose und Prämedikation, Team time out, Vorhandensein einer Ethik Kommission etc. sind in den Qualitätsberichten in der Regel nicht enthalten und müssten abgefragt werden. Dies bedeutet für die Krankenhäuser, aber auch für die Stelle der Datenerhebung, einen erheblichen Mehraufwand.

Die Daten aus der verpflichtenden Qualitätssicherung sind einfach zu erheben und valide. Die dahinterstehenden Qualitätsindikatoren sind Risiko-adaptiert und entsprechend gewichtet.

Für die Gefäßchirurgie gibt es bundesweit nur ein einziges verpflichtendes Qualitätssicherungsverfahren, das Verfahren zur Carotis Chirurgie und Carotis Stenting. Um die Qualität gefäßchirurgischer Kliniken besser abzubilden, sollten aus unserer Sicht die Daten aus den Qualitätsregistern, die die DGG selbst aufgelegt hat, mit einfließen. Dazu zählen die Register Bauchaortenaneurysma, Varizenchirurgie und, neu entwickelt, ein Register zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit.

Die Veröffentlichung von Fallzahlen sehen wir sehr kritisch, denn hohe Zahlen zu einem bestimmten Eingriff oder einer Prozedur bedeuten nicht automatisch gute Qualität. Ein Zusammenhang zwischen Fallzahlen und guter Qualität ist nur für sehr wenige operative Eingriffe nachgewiesen, z.B. in der Ösophagus Chirurgie. Für gefäßchirurgische Eingriffe sind derartige Zusammenhänge bislang nicht nachgewiesen. Aus unserer Sicht ist hier vielmehr die Strukturqualität relevant, wie sie z.B. in der Qualitätsrichtlinie zum Bauchaortenaneurysma des G-BA festgeschrieben wurde. Vielleicht kann diese Richtlinie weiterentwickelt werden, damit sie für eine gefäßchirurgische Klinik insgesamt gilt. Weiterhin sehen wir Schwierigkeiten in der Risiko-adaptierten Berechnung von Komplikationsraten und Sterblichkeit. Die Risiko-adaptierte Berechnung ist das richtige Verfahren, um Komplikationsraten und Sterblichkeit zu berechnen. Das ist aus dem Qualitätssicherungsverfahren Carotis Chirurgie bekannt. Für die Risiko-adaptierte Berechnung benötigt man viele Informationen zum Patientenkollektiv, wie Alter, Begleiterkrankungen, Voroperationen etc. Diese Informationen sind ebenfalls in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nicht enthalten und müssten zusätzlich erhoben werden, was bezogen auf alle stationären Patienten, einen immensen Aufwand bedeuten würde.

Zusammenfassend unterstützt die DGG das Projekt, sieht in der Umsetzung aber eine große Herausforderung.

Im Namen und Auftrag des Vorstandes der DGG

Prof. Dr. med. Dittmar Böckler
Präsident

Priv.-Doz. Dr. med. Farzin Adili
Sekretär

Prof. Dr. med. Lorenz Trümper
Geschäftsführender Vorsitzender

Prof. Dr. med. Hermann Einsele
Vorsitzender

Prof. Dr. med. Maïke de Wit
Mitglied im Vorstand

PD Dr. med. Ingo Tamm
Mitglied im Vorstand

DGHO e.V. • Alexanderplatz 1 • 10178 Berlin

IQTIG

Dr. Christof Veit

Dr. Melanie Messer

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

Alexanderplatz 1 • 10178 Berlin
Tel.: 030 27876089- 16
Fax: 030 27876089-18
info@dgho.de

Berlin, 20. Oktober 2020

Beteiligungsverfahren des IQTIG nach § 137a Abs. 7 SGB V zum Zwischenbericht des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal

Sehr geehrter Herr Veit,
sehr geehrte Frau Messer,

vielen Dank für die Übersendung des o. g. Zwischenberichts und die Möglichkeit der Stellungnahme. Das Bemühen zur Entwicklung eines Vergleichsportals von Krankenhausleistungen ist aus Sicht der DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie prinzipiell zu begrüßen.

Allerdings zeigt dieser Zwischenbericht, dass die bisher vorliegende Datenbasis nicht für ein Vergleichsportal im Bereich der Hämatologie und Onkologie geeignet ist.

Wir begrüßen den Anspruch, die unterschiedlichen Eigenschaften wie Trägerschaft, Versorgungsauftrag, Größe etc. der einzelnen Häuser zu berücksichtigen. Dies ist sicherlich eine Grundvoraussetzung für einen faireren Vergleich.

Die Übertragung auf den Bereich der Inneren Medizin, hier speziell auf hämatologische und onkologische Fragestellungen, scheint allerdings nur schwer umzusetzen sein, da die Struktur sehr an standardisierbaren Prozeduren aus anderen Fachgebieten wie der Orthopädie und hier bspw. speziell an der Durchführung von Hüftoperationen angelehnt ist. Dieser Umstand wird auch im Bereich der Komplikationen deutlich. Hier werden als Beispiele für Qualitätsindikatoren zu Komplikationen intraprozedurale sowie neurologische Komplikationen genannt.

Für eine sinnvolle Abbildung unseres Fachgebiets auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser (Seite 209) und weiteren aggregierten Daten, die zuletzt in fünf Kategorien eingeteilt werden, ist aus unserer Sicht eine eigene Datenerhebung erforderlich. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass durch eine vereinfachende Aggregation der Daten sehr schnell ein „groß“ gegen „klein“ bzw. Maximalversorger gegen mittlere und kleinere Krankenhäuser/Abteilungen entstehen könnte, wodurch eine Schieflage in der insbesondere visuellen Darstellung nicht auszuschließen ist. Grundvoraussetzung

Geschäftsführender Vorsitzender
Prof. Dr. med. Lorenz Trümper

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Hermann Einsele

Mitglied im Vorstand
Prof. Dr. med. Maïke de Wit

Mitglied im Vorstand
PD Dr. med. Ingo Tamm

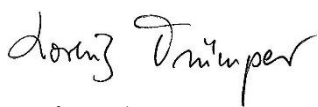
für eine solche Umsetzung ist die Datenerhebung im jeweils betroffenen Fachgebiet, hier in der Hämatologie und Onkologie.

Über diese spezifischen Anmerkungen für unser Fachgebiet hinaus haben wir allgemeine Anmerkungen:

- Ob die Anzahl an Patienten (n= 110, davon 62 % weiblich, 38 % männlich), Hausärzten (n= 8) und Gesundheitsberatern (n= 8) der sogenannten Fokusgruppen ausreichend (repräsentativ) ist, erscheint fraglich, insbesondere, wenn man die Zitate der Patienten berücksichtigt, die als Beleg für die Bedürfnisse der Suchanfragen herangezogen werden. Wie die Qualitäten „Freundlichkeit“ und „Hilfsbereitschaft“ oder „transparente Kommunikation“ (Seite 106) in der vorgestellten Weise abgebildet werden sollen, erschließt sich uns nicht umfassend, insbesondere, da – völlig zurecht – reine Patientenempfehlungen und -bewertungen bzw. -befragungen explizit nicht Bestandteil der Analyse werden sollen.
- Auf den Seiten 48-75 (Kapitel 4 „Nutzer von Q-Informationen“) werden Patienten, Haus- und Kinderärzte sowie Gesundheitsberater aufgeführt, Klinikärzte hingegen fehlen. Mit Blick auf die Darstellung der Ergebnisse der Online-Umfragen (Seiten 68-216) wird obligat vorausgesetzt, dass Patienten über einen Online-Zugang verfügen. Auch wenn das für die Mehrzahl der Patienten sicherlich zutrifft, so ist immer noch eine Gruppe von Patienten zu berücksichtigen, die keine Möglichkeit hat, sich mit einem solchen Instrument zu informieren. Darüber hinaus möchten wir hier auf die Gruppe der älteren Patienten hinweisen, für die der Umgang mit dem Internet immer noch keine Selbstverständlichkeit ist.
- Vor endgültiger Umsetzung des Qualitätsportals erscheint eine stringente (Kurz-)Version dieses sehr umfassenden und gelegentlich redundant wirkenden IQTIG-Berichts für die Kommunikation sinnvoll.
- Mit Blick auf die Lieferung der Rohdaten an das IQWIG halten wir die Nutzung von DVD als Datenträger für nicht mehr unbedingt zeitgemäß und regen andere Wege von Informationstransfers an
- Wir halten bei der Etablierung eines Vergleichsportals eine Testphase auch unter Berücksichtigung der verschiedenen involvierten Gruppen (Nutzern, Ärzte, Krankenhäuser) und einen breiten öffentlichen Diskurs zu einem solchen Portal für dringend geboten, bevor dieses Instrument in die Versorgungsstrategie bzw. Krankenhauswahl Einzug halten soll.

Die Stellungnahme wurde von der Geschäftsstelle der DGHO (M. Oldenburg, Prof. Dr. Wörmann) in Kooperation mit VUHO, der Vereinigung der universitären Hämatologen und Onkologie (Prof. Dr. W.-K. Hofmann, Mannheim), und ADHOK, der Arbeitsgemeinschaft der Hämatologen und Onkologen im Krankenhaus (Prof. Dr. P. Reimer, Essen) erarbeitet.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Lorenz Trümper
Geschäftsführender Vorsitzender



Prof. Dr. med. Hermann Einsele
Vorsitzender



Prof. Dr. med. Maike de Wit
Mitglied im Vorstand



PD Dr. med. Ingo Tamm
Mitglied im Vorstand

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
zum Zwischenbericht des IQTIG
„Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“

Autorinnen: Dr. rer. medic. Sabine Striebich, Cand. Dr. rer. biol. hum. Tamara Marraffa, Anke Wiemer

Kontaktadresse: geschaefsstelle@dghwi.de

Datum: 21.10.2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17.01.2019 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, ein Gesamtkonzept zur Umsetzung der einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität der stationären Versorgung gemäß Paragraf 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V, kurz als G-BA-Qualitätsportal bezeichnet, zu entwickeln und umzusetzen.

Das neue Qualitätsportal soll Patient*innen über die Qualität von maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung informieren und einen Vergleich der Kliniken anhand verdichteter Informationen/Kriterien ermöglichen. Hierbei sollen die konkreten Informationsbedürfnisse und Informationspräferenzen der Nutzer*innen sowie für sie relevante Entscheidungskriterien für eine Krankenhauswahl berücksichtigt werden. Für den Zwischenbericht sollte geprüft werden, zu welchen Informationen bereits Daten vorliegen, die sich für eine Risikoadjustierung eignen, etwa aus den Qualitätsberichten der Kliniken. Darüber hinaus, sollte festgestellt werden, wozu bislang keine Daten vorliegen. Außerdem sollten konkrete Vorschläge entwickelt werden, wie diese fehlenden Daten gewonnen werden können.

Das IQTIG sollte auch geeignete Methoden zur Darstellung vergleichbarer Einheiten von Krankenhäusern entwickeln und bewerten sowie stets eine umfassende Risikoadjustierung mitbedenken. Ein besonderes Augenmerk sollte darauf gerichtet werden, wie Informationen verdichtet werden können, etwa durch Aggregation und Indexbildung, und wie aussagekräftige und handhabbare Kriterien entwickelt werden können, nach denen Patient*innen die Qualität der stationären Versorgung beurteilen können. Und zuletzt sollten Vorschläge für die Visualisierung und Benutzerfreundlichkeit (Usability) der Portalstruktur und Portalinhalte erarbeitet werden.

Die DGHWi wird zunächst allgemeine Anmerkungen zum Qualitätsportal machen, dann auf die Relevanz des Bereichs Geburtshilfe und den Informationsbedarf schwangerer Frauen und ihrer Angehörigen eingehen, bevor konkrete Vorschläge zur Konzeption und Weiterentwicklung des Qualitätsportals gemacht werden. Hierbei bezieht sich die DGHWi stets auf Maßnahmen, die in den jeweiligen Teilzielen des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ (2017), im Folgenden NGZ abgekürzt, empfohlen werden. Zuletzt folgt noch ein Hinweis zur Methodik der Informationsaggregation.

Allgemeine Anmerkungen der DGHWi

Schwangere Frauen stellen eine besondere Gruppe dar, die in Kliniken ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch nimmt:

- Im Jahr 2019 wurden 746.960 Frauen zur geplanten Klinikgeburt stationär aufgenommen (IQTIG 2020a: S. 52)
- Die Fallpauschale „gesundes Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2499g“ ist mit 641.214 Fällen (Zahl aus 2018) die am häufigsten abgerechnete DRG (P67E) (Spindler 2020: S. 442)
- Im Jahr 2018 gab es insgesamt über 1 Mio. (1.045.825) Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (ICD O00-O99) (Destatis 2020)

- Unter den 20 häufigsten Operationen in Deutschland sind die beiden geburtshilflichen Eingriffe „Rekonstruktion nach einem Dammriss“ und „Sectio Caesarea / Kaiserschnitt“ (Destatis 2020a).

Diese Zahlen machen deutlich, dass die Geburtshilfe ein besonders bedeutsamer Versorgungsbereich ist. Daher sollte die Konzeption von Informationen zu geburtshilflichen Leistungen im Qualitätsportal eine entsprechende Aufmerksamkeit erhalten. Die DGHWi begrüßt die Absicht des IQTIG, im Rahmen der weiteren Projektentwicklung des G-BA-Qualitätsportals Informationsangebote speziell für schwangere Frauen und ihre Angehörigen zu prüfen und stufenweise aufzunehmen (IQTIG 2020b, Tabelle 34, 16.1., wird überführt in 14.1., S. 199). Es ist wichtig, die Bezeichnung der Personengruppe, für die das Portal gedacht ist (bisher „Patientinnen und Patienten“) zu erweitern und ergänzend von „schwangeren Frauen und werdenden Eltern“ zu sprechen; das entspricht auch der Definition eines Krankenhauses nach §2 Abs. 1 KHG („Krankenhäuser sind Einrichtungen, in denen durch ärztliche oder pflegerische Hilfeleistung Krankheiten [...] gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird“). Die DGHWi empfiehlt, bei der Erstellung der Informationsangebote hebammenwissenschaftlich qualifizierte Personen kontinuierlich und systematisch einzubeziehen.

Jede Schwangerschaft und jede Geburt sind einzigartige, physiologische und prägende Erfahrungen für werdende bzw. gewordene Eltern – und zwar in körperlichen, psychischen und sozio-emotionalen Dimensionen. Wie die Schwangerschaft und Geburt und die erste Zeit mit dem Neugeborenen erlebt werden, wird nicht nur lebenslang erinnert, sondern kann langfristige gesundheitliche Auswirkungen haben (Karlstrom et al. 2015). Schwangere Frauen sind keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen. Sie nutzen die Zeit der Schwangerschaft bewusst, um vertiefte Informationen über Geburtskliniken einzuholen.

Der Informationsbedarf schwangerer Frauen und ihrer Angehörigen

Übersichtsarbeiten zeigen, dass schwangere Frauen – ausgehend von ihren persönlichen Erwartungen und Überzeugungen – den Wunsch haben, ihre Schwangerschaft und ihre Geburt positiv zu erleben und in einer sicheren Umgebung ein gesundes Neugeborenes zur Welt zu bringen (Downe et al., 2015; Downe et al. 2018a); Schwangere Frauen suchen heute regelmäßig gesundheitsbezogene Informationen im Internet (Sayakhot et al. 2016). Vorhandene Informationsquellen zu Kliniken, wie etwa die Webseite www.perinatalzentren.org, bieten nicht – oder nicht vollständig – diejenigen Informationen an, die von den Nutzer*innen gewünscht werden bzw. sind nicht nutzer*innenfreundlich konzipiert (Grieb 2016).

Zur Vorrecherche des IQTIG ist zu ergänzen: Gerade der Umstand, dass schwangere Frauen und ihre Angehörigen sich üblicherweise persönlich bei Informationsveranstaltungen in Kliniken informieren und sich auch in Kliniken zur Geburtsanmeldung vorstellen (IQTIG 2020b: S. 86), zeigt den großen Bedarf nach vertrauenswürdigen Informationen aus erster Hand. Das Qualitätsportal ergänzt als wichtige, verlässliche Informationsquelle die Informationen, die schwangere Frauen zur orientierenden Vorauswahl einer Klinik benötigen. Es wird aus Sicht der DGHWi

dringend benötigt. Die DGHWi empfiehlt – ergänzend zur Literaturrecherche und den Hinweisen von Expert*innen – Suchmaschinenoptimierungs-Recherchen (SEO) zur Ermittlung und / oder Bestätigung von Themen bzw. Fragen, die schwangere Frauen im Zusammenhang mit der geplanten Geburt in einer Klinik interessieren.

Vorschläge zur Konzeption und Weiterentwicklung des Qualitätsportals

Im Folgenden werden die Empfehlungen des IQTIG (IQTIG 2020b, Tabelle 34, Übersicht zentraler Veränderungen der Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnis ab S. 174) zu Informationsmodulen und Weiterentwicklungen im Qualitätsportal kommentiert und für die Geburtshilfe spezifiziert, soweit die DGHWi hierzu Anmerkungen hat oder Hinweise geben möchte.

1.2.2 Tipps zur Krankenhaussuche (bleibt 1.2.2)

Zusätzlich zu www.gesundheitsinformation.de sollte auch zu www.familienplanung.de verlinkt werden, da dort spezifische qualitätsgesicherte Informationen für Frauen mit Kinderwunsch und für (ungewollt) schwangere Frauen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verfügbar sind.

3.1.1 Behandlungsschwerpunkte bzw. medizinische Leistungsangebote (wird zu 11.1 Behandlungsschwerpunkte)

Die DGHWi empfiehlt, dass spezialisierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte aufgenommen werden, wie etwa das Angebot einer hebammengeleiteten Geburtshilfe („Hebammenkreißsaal“, Verbund Hebammenforschung 2007), die Umsetzung des „Expertinnenstandards für die physiologische Geburt“ (DNQP 2014) und die Möglichkeit einer Begleitung durch Beleghebammen, da dies relevant für die Nutzer*innen ist. (Hochschule für Gesundheit 2019).

3.4 Ambulante Behandlung und Spezialsprechstunden (3.4 bis 3.4.2 soll im Portal entfallen)

Die DGHWi empfiehlt, „ambulant angebotene Behandlungen“ und „Spezialsprechstunden“ für den Bereich Geburtshilfe aufzunehmen. Schwangere Frauen können davon profitieren, wenn Spezialsprechstunden zur Geburtsplanung

- für Schwangere mit einem vorangegangenen Kaiserschnitt, mit Beckenendlagenschwangerschaft, mit Mehrlingen oder für Schwangere mit großer Angst vor der Geburt bzw. nach traumatischer Geburtserfahrung (etwa 20% aller Schwangeren, Weidner 2018),
- für Schwangere mit Gestationsdiabetes (etwa 5% aller Schwangeren, Quelle: RKI 2020) oder

- für werdende Eltern nach auffälligem pränatalen Befund, etwa eine Versorgung durch ein interdisziplinäres Palliativteam (Garten 2019)
- für Eltern von Frühgeborenen, Kindern mit Erkrankungen oder Behinderungen (gemäß dem Teilziel 3.4, NGZ)

im Portal genannt werden. Auch besondere Angebote wie etwa ein Lotsendienst der Frühen Hilfen (Scharmanski & Renner 2019) oder das Programm Babylotsen für psychosoziale Unterstützung (Klapp et al. 2019) sollten angegeben werden. Wenn Kliniken später weitere Angebote für Schwangere mit besonderen Bedürfnissen einführen, etwa für rauchende Schwangere oder für Schwangere mit BMI >35 (6 % bzw. 15 % aller Schwangeren, RKI 2020) soll sichergestellt werden, dass diese Angebote auch im Portal eingebunden werden können (entsprechend dem Teilziel 1.3 und 1.4, NGZ).

4.3.1 Unterbringung einer Begleitperson bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (wird zu 3.2.1)

Schwangere Frauen haben einen erhöhten Informationsbedarf, ob eine Begleitperson vor oder nach der Geburt mitaufgenommen werden kann (sog. „Familienzimmer“, „Kreißaalhotel“, Boarding-Häuser) (siehe auch: Landesportal Schleswig-Holstein 2020). Hierzu ist es relevant, inwieweit sich Angebot und Nachfrage nach diesen Leistungen die Waage halten. Es sollte ein allgemeiner Hinweis gegeben werden, unter welchen Umständen ein solches Angebot verfügbar ist, ob es auch vor oder nur nach der Geburt und ob es auch nach Kaiserschnitt genutzt werden kann. Das Prozedere zur Buchung einer solchen Wahlleistung muss transparent dargestellt werden.

4.3.6 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung (wird zu 3.2.3 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit)

Da Geburten zu jeder Tageszeit sowie sonn- und feiertags stattfinden, sollte geprüft werden, ob die zeitliche Verfügbarkeit von Dolmetscher*innen aufgenommen werden könnte. Schwangerschaft und Geburt sind kulturell geprägt und auch religiöse Aspekte sind für manche Nutzerinnen und ihre Begleitpersonen relevant. Daher empfiehlt die DGHWi zum Aspekt Religionsausübung eine Weiterentwicklung im Portal. Ein Auftrag dazu ergibt sich auch aus § 2 Abs.3 Satz 2 SGB V. Im Portal sollte aufgenommen werden können, ob das Personal für einen kultursensiblen Umgang qualifiziert ist (entsprechend dem Teilziel 3.5, NGZ).

5. Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate (wird zu 12)

Vorhandene und zukünftig entstehende Zertifikate und Qualitätssiegel wie etwa „Perinatalzentrum“, „Babyfreundliches Krankenhaus“, „Hebammenkreißaal“ für geburtshilfliche Abteilungen sollten – sobald vorliegend – nach Methodik des IQTIG bewertet und bei positiver Bewertung im Portal präsentiert werden.

6.1 Schmerzmanagement

Die DGHWi empfiehlt zu prüfen, ob die Angaben zum Schmerzmanagement während der Geburt im Portal schon bei der ersten Umsetzung ggf. unter „14 Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen“ konkret unter „14.1 Schwangere Frauen und ihre Angehörigen“ veröffentlicht werden können. In den Qualitätsberichten zur Geburtshilfe sind Daten zur Anwendung von Peridural- / Spinal-Anästhesie bei vaginaler Geburt und Kaiserschnitten enthalten. Hier ist zu überlegen, ob weitere nicht-medizinische Mittel zur Schmerzerleichterung angegeben werden können.

8.1.2 Betreuungsschlüssel Pflegepersonal / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Pflegekräfte in einer Fachabteilung (wird zu 9.1.2)

Für schwangere Frauen und ihre Angehörigen ist das Verhältnis von schwangeren bzw. gebärenden Frauen zu diensthabenden Hebammen relevant. Da sich dies in der Praxis von Tag zu Tag stark unterscheiden kann, sind aussagekräftige Daten erforderlich. Wichtig wäre, dass die durchschnittlich tatsächlich besetzten Hebammenstellen im Kreißaal als Basis verwendet und diese dann auf die Gesamtzahl der Geburten bezogen werden. Kreißaal-fremde Aufgaben, wie die Besetzung der Rettungsstelle, die Arbeit in der Schwangerenberatung, Aushilfsarbeiten auf den präpartalen oder auf den Wöchnerinnen-Stationen sollten nicht in die Berechnung einfließen. So kann sich dem wahren Wert der Anzahl der Geburten pro Hebamme (Vollzeitäquivalent (VZÄ)) pro Jahr auf Klinikebene genähert werden. Die DGHWi schlägt vor, statt der Angabe der Vollzeitkräfte in einem Kreißaal im Portal den Prozentanteil der 1:1- bzw. 1:2-Betreuungen pro Anzahl aller Geburten vorzusehen (AWMF 2015). Diese Daten werden derzeit nicht erhoben. Eine Verpflichtung zur Erhebung müsste eingerichtet werden.

9.2 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen der Organisationseinheiten / Fachabteilungen (wird zu 7.2)

Die Fallzahlen an Geburten pro Klinik sollten im Portal präsentiert werden, unabhängig von der Größe der Einrichtung.

9.3 Erfüllung von Mindestmenvorgaben (wird zu 7.3)

Die DGHWi bewertet die Veröffentlichung der Mindestmengen bei Frühgeborenen pro Zentrum positiv.

10. bis 10.2.1 Sichere Behandlungsprozesse (soll überführt werden in: 5. Sichere Versorgungsprozesse)

Die DGHWi empfiehlt, dass Kliniken darstellen können, welche Maßnahmen sie für eine risikoangepasste und bedarfsorientierte Betreuung durchführen, etwa für Frauen mit Gewalterfahrung, mit Behinderung, mit psychischer Erkrankung (entsprechend dem Teilziel 2.2, NGZ). Auch sollte

das Vorgehen bei den am häufigsten vorkommenden geburtshilflichen Prozessen dargestellt werden können, wie etwa bei vorzeitiger Wehentätigkeit, vorzeitigem Blasensprung am errechneten Termin, bei Terminüberschreitung, die Geburtsplanung bei Beckenendlagenschwangerschaft und bei Mehrlingen, der Geburtseinleitung, dem generellen Umgang mit medikamentöser Wehenförderung und der Betreuung in der Latenzphase, da diese Belange für schwangere Frauen eine große Relevanz haben. Hierzu könnte dargestellt werden, ob es klinikinterne Standards oder SOPs („Standard Operating Procedures“) gibt, die in den Kliniken eingesehen werden können.

Qualitätsstandards und Leitlinien dienen dazu, das Personal in Kliniken bei einer bestmöglichen, möglichst evidenzbasierten und sicheren Versorgung zu unterstützen. Da bei einer Geburt stets auch unvorhersehbare Umstände eintreten können, ist es für ein positives Geburtserlebnis wichtig, dass auch bei Interventionen die Frau sich als aktiv Handelnde erlebt und in Entscheidungen einbezogen wird (Downe et al. 2015, Downe et al. 2018a). Die DGHWi hält es für wichtig, dass evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und speziell Entscheidungshilfen zu geburtshilflichen Interventionen entwickelt und eingesetzt werden (entsprechend dem Teilziel 2.1, NGZ), die partizipative Entscheidungsfindung („Shared-decision-making“) fördern (Kennedy et al. 2020; Poprzeczny et al. 2020) – dies sollte im Portal erkennbar sein.

Zudem sollte dargestellt werden, welche Maßnahmen die Klinik prä- und postnatal zur Still- und Bindungsförderung (entsprechend dem Teilziel 1.1 und 2.1, NGZ) praktiziert, ob einerseits die Stillentscheidung der Wöchnerin akzeptiert wird und es andererseits auch Angebote der Stillberatung gibt (Teilziel 3.2, NGZ). Nicht zuletzt ist das Angebot an Feedback-Gesprächen nach der Geburt wesentlich (Teilziel 3.3, NGZ) sowie auch die Kooperation mit außerklinischen Einrichtungen (Geburtshäusern, freiberuflich tätigen Hebammen, frauen-, haus- und kinderärztlichen Praxen, Frühe Hilfen) (entsprechend dem Teilziel 3.5, NGZ).

Nicht zuletzt sollte besonderes Engagement des Personals, wie etwa durch interprofessionelle Notfallsimulationstrainings (Scholz et al. 2016) oder regionale Qualitätszirkel, im Portal erwähnt werden können. Die Rahmenbedingungen (Personalausstattung, Räume, Versorgungsorganisation) in den Kliniken beeinflussen die Qualität der Versorgung ebenfalls und sollten angegeben werden.

Die DGHWi tritt dafür ein, dass Maßnahmen entwickelt werden, um die Qualität der stationären Geburtshilfe weiterzuentwickeln, etwa durch Verbesserung der Personalsituation allgemein und / oder durch verbindliche Personalanhaltszahlen und Betreuungsrelationen für Hebammen (Striebich 2020) oder durch Standards für eine respektvolle Betreuung (Limmer et al. 2020). Das Qualitätsportal sollte die Möglichkeit bieten, dass zukünftig die Anwendung derartiger Qualitätsmaße in einer Klinik aufgenommen werden können. Die DGHWi begrüßt die Empfehlung des IQTIG, im Portal zunächst Platzhalter für diese Maße einzufügen.

12. Kommunikation und Interaktion / 12.1 Umgang mit Patientinnen und Patienten / (soll in 6 bis 6.1.1 Kommunikation und Interaktion überführt werden)

Das IQTIG konstatiert im Bericht, dass Patient*innen vor, während und nach dem stationären Aufenthalt gut informiert werden wollen (IQTIG, S. 125). Die Verpflichtung unter anderem der Hebammen und der Geburtshelfer*innen zu einer rechtzeitigen und verständlichen Aufklärung ergibt sich auch aus dem Behandlungsvertrag nach §§ 630a ff Bürgerliches Gesetzbuch, eingeführt durch das Patientenrechtegesetz (2013), unter Zuhilfenahme von schriftlichen Materialien. Das entspricht auch dem Wunsch schwangerer Frauen nach Beratung und Begleitung durch Hebammen und Ärzt*innen, etwa wenn eine Geburtseinleitung geplant ist. Aus der Perspektive der DGHWi ist die Sicherstellung einer frau-zentrierten Versorgung ein zentrales Anliegen. Die Schwangere hat die Entscheidungshoheit über das an ihr und mit ihr realisierte geburtshilfliche Handeln. Sie hat einen aktiven Part im Entscheidungsfindungsprozess (Coates et al. 2019). Im Portal sollte dargestellt werden, ob das Personal besonders in Kommunikation und Beziehungsgestaltung geschult ist (Teilziel 2.2, NGZ).

Die DGHWi begrüßt die Empfehlung des IQTIG, Qualitätsindikatoren zur „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ ins Portal aufzunehmen. Dies steht im Einklang mit der Forderung der DGHWi nach qualitätsfördernden Maßnahmen zur Sicherstellung einer frau-zentrierten, menschenrechtsbasierten und respektvollen geburtshilflichen Betreuung in Kliniken (Limmer et al. 2020), wie sie im Nationalen Gesundheitsziel (NGZ) „Gesundheit rund um die Geburt“ (2017) niedergelegt ist. Im Portal sollte aufgenommen werden, ob Orientierungshilfen (ggf. mehrsprachig) eingesetzt werden und ob es ein evidenzbasiertes Informations- und Beratungsangebot zu Gesundheitsthemen/ -risiken oder zur geburtshilflichen Betreuung und zu geburtshilflichen Interventionen (entsprechend dem Teilzielen 1.1 bis 1.4 und 2.1, NGZ) gibt und ob in der Klinik eine psychosomatisch-orientierte Arbeitsweise praktiziert wird, etwa zur Prävention einer Frühgeburt (Teilziel 1.5, NGZ). (Zum Aspekt „Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung“ siehe den Kommentar bei 8.1.2).

13. bis 13.3. Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung (soll überführt werden in 5.3 oder lt. Empfehlung IQTIG aufgrund von Überschneidungen mit dem Informationsmodul 5 in „Sichere Versorgungsprozesse“ zusammengeführt werden)

Für schwangere Frauen ist es relevant, zu erfahren, wie oft eine geburtshilfliche Abteilung aufgrund von Personalengpässen zeit- / oder phasenweise geschlossen werden musste (Ärzteblatt 2018, Berliner Abgeordnetenhaus 2019), auch wenn Ergebnisse erst mit Verzögerung im Portal erscheinen. Schwangere Frauen benötigen diese Information, um Nachfragen zu können, ob es aktuell noch zu Personalengpässen und / oder Schließungen kommt (siehe auch oben bei 8.1.2).

14. Behandlungsergebnisse und -erfolg (soll in 4 Behandlungserfolg überführt werden)

Zu diesem Aspekt empfiehlt das IQTIG, die Unterthemen „Behandlungsergebnisse“, „Komplikationen“ und „Sterblichkeit“ aufzuführen.

Aus Sicht der DGHWi sind Behandlungsergebnisse im Bereich Geburt sehr relevant für schwangere Frauen. Die DGHWi empfiehlt, die Rate an Geburtseinleitungen, die Spontangeburtssrate, die Rate an vaginalen Geburten aus Beckenendlage und bei Mehrlingen und an vaginalen Geburten bei Frauen mit vorangegangenen Kaiserschnitt, die Rate der Geburten ohne Intervention, die Rate der Frauen ohne Geburtsverletzung nach einer vaginalen Geburt sowie die Kaiserschnittraten jeweils anhand der erweiterten Robson-Klassifikation im Portal zu nennen. Dies sollte auch differenziert nach Erst- und Mehrgebärenden erfolgen (Jardine 2020).

Die Robson-Klassifikation ist eine standardisierte, einfache und international etablierte Methode zur kategorialen Klassifizierung von Gebärenden und zum Vergleich von Kaiserschnittraten und wird von der WHO empfohlen (Bhattacharya et al. 2014, WHO 2017); sie ist auch in der S3-Leitlinie zum Kaiserschnitt (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. 2020) verwendet worden. Für schwangere Frauen ist die Spontangeburtssrate in den Kategorien der Robson-Klassifikation eine nachvollziehbare Größe. Die Spontangeburtssrate fokussiert dabei auf die normale Geburt und nicht auf die Operationen, die sich aufgrund von pathologischen Verläufen ergeben. Sie ergibt sich nach Abzug der Kaiserschnittrate und der Raten der vaginal-operativen Geburten (Vakuumentraktion und Zangengeburt) auf Klinikebene. Die Daten liegen aufgrund der externen Qualitätssicherung vor und werden jährlich vom IQTIG auf nationaler Ebene veröffentlicht. Dass die Kaiserschnittrate für schwangere Frauen relevant ist, wurde auch schon vom IQTIG festgestellt.

Da sich die Kaiserschnittraten zwischen Kliniken und Regionen in Deutschland stark unterscheiden, ohne dass diese Streuung medizinisch zu erklären ist (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2020), ist eine Veröffentlichung dieser Raten auf Klinikebene ein wichtiges Kriterium für die Entscheidung der Schwangeren.

Dies wird wie folgt an zwei Beispielen erläutert:

- a. Für eine Frau die ihr erstes Kind erwartet und eine normale Geburt plant, ist es relevant zu wissen, wie hoch die Rate der Spontangeburtssrate bei Frauen ist, die zur Einleitung ohne Wehen in die Klinik ihrer Wahl gehen, um zu gebären.

Begründung: In Deutschland liegt die durchschnittliche Kaiserschnittrate von Erstgebärenden am Termin mit einem Kind in Schädellage, die ohne Wehen in die Klinik kommen – deren Geburt also eingeleitet wird oder die einen geplanten Kaiserschnitt erhält – bei 43,50% in 2019 (Robson 2) (IQTIG 2020a, S. 60).

- b. Für eine Frau, die bei der ersten Geburt einen Kaiserschnitt hatte und die bei der zweiten Geburt vaginal gebären möchte, ist es relevant zu wissen, wie hoch die Spontan-geburtsrate bei Zustand nach Sectio in der Klinik ihrer Wahl ist.

Begründung: In Deutschland liegt die durchschnittliche Kaiserschnitttrate von Mehrgelbärenden am Termin mit einem Kind in Schädellage mit mindestens einem vorausgegangenen Kaiserschnitt bei 69,44% in 2017 (Robson 5) (IQTIG 2020a, S. 60).

Die DGHWi schließt sich der Empfehlung des IQTIG an, die Müttersterblichkeit im Zusammenhang mit einer Geburt aufgrund der fehlenden Eignung für Public Reporting (Sentinel-Event-Bewertungskonzept) nicht ins Portal aufzunehmen (IQTIG 2020, S. 227).

Die DGHWi spricht sich dafür aus, dass ein neuer Qualitätsindikator für die klinische Wochenbettbetreuung entwickelt und ein Platzhalter im Portal bedacht wird, in welchem die Stillraten bei Klinikentlassung publiziert werden. Gesundheitliche Risiken werden durch das Stillen des Säuglings reduziert (Kramer 2012). Wenn Frauen stillen wollen und dabei aktiv und kompetent unterstützt werden, erhöhen sich die Stillraten (McFadden 2017).

Die DGHWi spricht sich dafür aus, dass die Geburtserfahrung von Frauen regelmäßig, flächendeckend und valide erfasst wird (Limmer et al. 2020). Es sollte bedacht werden, dass ein geeignetes Instrument (Nilver et al. 2017), das auch eine Risikoadjustierung ermöglicht, im Portal aufgenommen werden kann.

Anmerkungen zur Methodik der Informationsaggregation

Die DGHWi begrüßt die Zusammenfassung mehrerer Qualitätsindikatoren zu komplexitätsreduzierenden Indizes (IQTIG 2020b, S. 217f.), möchte aber vorschlagen, dass die einzelnen Indikatoren als Vertiefungsangebot transparent gemacht werden. Personen mit einem starken Interesse an Details oder an einzelnen Indikatoren können diese so nachvollziehen. Die DGHWi teilt die Einschätzung des IQTIG, dass die Indizes nach inhaltlichen Überlegungen geprüft werden müssen, nicht formal getestet werden können und dass sie die Versorgungsqualität abbilden sollen. Auch teilt sie die Einschätzung, dass bei einem formativen Verständnis von Qualität die Bildung eines einzigen Index, der die Gesamtqualität eines Krankenhauses abbilden soll, für die anlassbezogene Suche nach einem Krankenhaus nicht zielführend ist (IQTIG 2020b, S. 222).

In Bezug auf Geburtshilfe müssen diese Indizes der besonderen Situation eines primär physiologischen und nicht krankhaften Prozesses Rechnung tragen. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als physiologische Prozesse sollten zur Sicherheit von Mutter und Kind professionell und situationsangemessen betreut und begleitet werden. Interventionen, die wohlüberlegt zur Behandlung einer Regelabweichung eingesetzt werden, führen bei routinemäßigem, verfrühtem oder nicht indiziertem Gebrauch zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung, die mehr Schaden als Nutzen hat (Miller et al. 2016). Umso wichtiger erscheint es der DGHWi, dass in einem Qualitätsportal gerade solche Indizes entwickelt und implementiert werden, die die Bemühungen der Klinik zur Stärkung physiologischer Prozesse in der Schwangerschaft, bei und nach der

Geburt, gemäß des Nationalen Gesundheitsziels (2017) abbilden wie z.B. die Rate der Geburten ohne Interventionen sowie die Rate der Frauen ohne Geburtsverletzung nach einer vaginalen Geburt, wie oben bei 14. ausgeführt.

Die Details der mathematisch-logischen Skalierung und Aggregation werden in dieser Stellungnahme nicht kommentiert.

Literatur:

- Ärzteblatt Aktuell (2018). Jede dritte Geburtsklinik musste Schwangere abweisen. Dtsch Arztebl 2018; 115(5), verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/196100/Geburtshilfe-Jede-dritte-Klinik-musste-Schwangere-abweisen> [15.10.2020]
- AWMF (2015). Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland (087/001).
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2020) Sectio Caesarea AWMF-Registernummer 015-084.
- Berliner Abgeordnetenhaus (2019). Schriftliche Anfrage des Abgeordneten Dr. Wolfgang Albers (LINKE) Drucksache 18 / 21 785
- Bhattacharya S, Betrán AP, Vindevooghel N, et al. (2014). A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. PLoS ONE;9(6).
- Bundesgesetzblatt (2013). Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten.
- Coates R, Cupples G, Scamell A, et al. (2019). Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. Midwifery; 69:17-28.
- Destatis (2020a). Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (OPS). Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/drg-operationen-insgesamt.html> [abgerufen am 18.09.2019]
- Destatis (2020b). Gesundheit, Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten der Krankenhäuser, nach Diagnosekapitel 2018. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/diagnose-kapitel-geschlecht.html> [Abgerufen am 10.10.2020]
- Downe S, Finlayson K, Tuncalp Ö, et al. (2015). What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology.
- Downe S, Finlayson K, Oladapo O, et al. (2018a). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. PLoS One;13(4):e0194906.
- Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, et al. (2018b). Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. Reprod Health.6;15(1):23.
- DNQP (2014). Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Osnabrück: DNQP. Verfügbar unter: https://www.hebammenforschung.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Hebammenforschung/Geburt_Auszug.pdf [Abgerufen am 15.10.2020]
- Garten L., von der Hude K. (2019). Perinatale Palliativversorgung. In: Garten L., von der Hude K. (eds) Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020): Entbindungen in Krankenhäusern in den Gliederungsmerkmalen Region, Art der Entbindung. Abgerufen am 10.10.2020 unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=45864542&nummer=480&p_sprache=D&p_indsp=5096&p_aid=22635866
- Grieb B. (2016). Werdende Eltern wünschen sich konkretere Infos über Perinatalzentren. pädiatrie hautnah. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s15014-016-0812-x> [abgerufen am 15.10.2020]
- Hochschule für Gesundheit (2019). HebAB NRW. Forschungsprojekt Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen.
- IQTIG (2020a). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Verfügbar unter: <https://iqtig.org/gs-berichte/bundesauswertung/> [Abgerufen am 15.10.2020]
- IQTIG (2020b). Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal. Zwischenbericht zur Durchführung des Beteiligungsverfahrens nach §137 a Abs. 7 SGB V. Stand: 9. September 2020.

- Jardine J, Blotkamp A, Gurol-Urganci I et al. (2020): Risk of complicated birth at term in nulliparous and multiparous women using routinely collected maternity data in England: cohort study *BMJ* 2020;371:m3377, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3377>
- Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*;15:251.
- Kennedy, K., et al. (2020). Shared decision aids in pregnancy care: A scoping review. *Midwifery*, 2020. 81: p. 102589.
- Klapp C, Naif L, Baumhauer E, et al. (2019) Präventiver Kinderschutz – Ergebnisse des Babylotsenprogramms der Charité und Implementation als „Frühwarnsystem“ in allen Berliner Geburtskliniken. *Geburtshilfe Frauenheilkunde*
- Kramer MS, Kakuma R (2012): Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Systematic Review*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003517.pub2>
- Landesportal Schleswig-Holstein. Hilfe für die Geburtshilfe. Webseite, verfügbar unter: https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheitsland/gesundheitsland_Krankenhausplan2017Teil2_Geburtshilfe.html [Zugriff: 13.10.2020]
- Limmer C, Striebich S, Tegethoff D, et al. (2020a) Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. *GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft*. 2020;7
- McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. (2017): Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies, *Cochrane Systematic Review*
- Miller S, Abalos E, Chamillard M (2016): Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide, *Lancet*
- Nilver H, Begley C, Berg M. (2017). Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth*;17(1):203.
- Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, et al. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*;8(10):e020347.
- Poprzeczny, A.J., et al. (2020). Patient Decision Aids to Facilitate Shared Decision Making in Obstetrics and Gynecology: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*;135(2): p. 444-451.
- RKI (2020). Gesundheitsmonitoring. Indikatoren aus dem Bereich: Vor und nach der Geburt. [abgerufen 9.10.2020]
- Sayakhot, P. Carolan-Olah M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review." *BMC Pregnancy Childbirth* 16: 65.
- Scharmanski S, Renner I. (2019). Geburtskliniken und Frühe Hilfen: Eine Win-Win-Situation? Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring)
- Scholz C, Widschwendter P, Knauss A, et al. (2016). Besser vorbereitet: Notfalltraining im Kreißsaal. *Der Gynäkologe*; 49(8):623-627.
- Spindler, Jutta (2020). Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz. In Klauber J etal (Hg.): *Krankenhausreport 2020*, Springer: Berlin.
- Striebich, S. (2020b). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG). Verfügbar unter: <https://www.dghwi.de/veroeffentlichungen/stellungnahmen/> [Abgerufen am 20.10.2020]
- Verbund Hebammenforschung (2007). *Handbuch Hebammenkreissaal. Von der Idee zur Umsetzung*. Verfügbar unter: https://www.hebammenforschung.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Hebammenforschung/Handbuch_Hebammenkreissaal.pdf [Abgerufen am 15.10.2020]
- Weidner K, Garthus-Niegel S, Junge-Hoffmeister J. (2018) [Traumatic Birth: Recognition and Prevention]. *Z Geburtshilfe Neonatol*;222(5):189-196.
- World Health Organization (2017). *Robson Classification Implementation Manual*. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1> [Abgerufen am 15.10.2020]

Beteiligungsverfahren des IQTIG nach § 137a Abs. 7 SGB V zum Zwischenbericht des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK), der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN) und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR)

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Interesse haben wir die ausführliche Darlegung des IQTIG gelesen, die im Auftrag des G-BA erstellt wurde.

Offensichtlich hat der Gesetzgeber verfügt, dass ein solches Portal erstellt werden soll, damit sich die gesamte Bevölkerung verständlich und einfach über die Qualität ihrer stationären Versorgung an unterschiedlichen Standorten informieren kann. Hierbei ist es der DGIM, DGfN, DGK und DGPR nicht klar, ob dieses Unterfangen - unter dem Gesichtspunkt der föderalen Verwaltung - nicht die Zuständigkeit der jeweiligen Bundesländer berührt.

Sieht man von dieser grundsätzlichen Frage ab, so geben wir zu bedenken, dass es schon eine ganz Reihe solcher Portale gibt, so von den Kostenträgern (siehe Angebote des GKV-Spitzenverbands bzw. der einzelnen Kassen), aber auch von den Leistungserbringern, d.h. den Krankenhäusern selbst oder auch den öffentlichem Medien (Stichwort Fokus-Liste). Es stellt sich die Frage, ob ein solches Portal es wirklich vermag, hier eine Information zu bieten, die es dem Einzelnen ermöglicht, das geeignete Krankenhaus zu finden.

Der Bericht weist auf eine Reihe wichtiger und wertvoller Punkte hin, die für die Patienten bei der Auswahl eines Krankenhauses relevant sind. Siehe die Tabellen 1 und 35, sowie S. 171/172.

Schließlich werden auch technische Fragen angeschnitten (Visualisierungskonzept, Art der Darstellung, Menge der Information etc.).

Im Zuge der Evaluation wurden auch Fokusgruppen aus Patienten gebildet und Sachverständige befragt, deren Meinung dargelegt wird. Allerdings bleibt offen, wie repräsentativ dieses Vorgehen war/ist. Hierbei wurden überraschenderweise auch in zwei Fokusgruppen „Gesundheitsberaterinnen und -berater“ einbezogen. Dies ist weder eine geschützte Berufsbezeichnung, noch gibt es eine staatlich geregelte Berufsausbildung. Zudem liegt deren Fokus auf der Beratung zu gesunder Lebensführung und Ernährungs- und Bewegungsstrategien. Eine Beratung hinsichtlich eines bevorstehenden Krankenhausaufenthalts erscheint daher mehr als fragwürdig.

Der Bericht kommt – nachdem all diese Fragen angeschnitten wurden – zu dem Schluss (wenn wir das richtig verstanden haben), dass als Information auf diesem Portal „*lediglich*“ die Qualitätsindikatoren (derzeit 205) aus den strukturierten Qualitätsberichten verwendet werden sollten. Sie sind ohnehin schon zugänglich, aber in einer für den Laien sicherlich schwer verständlichen und schwer zu analysierenden Form. Hier soll nun eine „*Aggregation*“ und auch (?) Gewichtung vorgenommen werden, deren Methodik wir nur ungenügend durchdringen konnten. Soweit wir das verstehen, besteht hier die Möglichkeit eines Verzerrungspotentials in alle Richtungen. Da die Qualitätsindikatoren ja auch erweitert werden sollen, ist es gut möglich, dass die Aussage in Zukunft etwas breiter wird. Sicherlich erfassen sie aber einen sehr großen Teil der Leistungen eines Krankenhauses **nicht**, und unterscheiden sich zudem erheblich in ihrer Verteilung innerhalb der verschiedenen Schwerpunkte. Auch ambulante Leistungen der gleichen Abteilungen bleiben überwiegend unberücksichtigt. Erbringt eine Abteilung die gleiche Leistung sowohl ambulant als auch stationär, erfolgt automatisch eine Verzerrung zu Ungunsten der kränkeren stationären PatientInnen.

Das IQTIG begründet seine Zurückhaltung bezüglich anderer Parameter u.a. damit, dass die Qualität der Daten nicht ausreichend bzw. ausreichend überprüfbar sei. Dass Sentinel-Event-Indikatoren nicht für Qualitätsvergleiche heranzuziehen sind, ist zu unterstützen.

Zu den Qualitätsindikatoren und dem Strukturierten Dialog erlauben wir uns folgende Anmerkungen:

- Die Qualitätsindikatoren sind in ihrer Aktualität eingeschränkt, da sie nur mit einer zeitlichen Verzögerung veröffentlicht werden können. Hier zeigt sich die Fragwürdigkeit eines solchen Unterfangens.
- Das IQTIG stellt fest: „*Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung sind nicht mit dem Ziel der Patienteninformation bzw. des Public Reporting entwickelt worden*“, dennoch sollen sie hierfür zunehmend eingesetzt werden.
- Zudem empfiehlt das IQTIG die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nicht zu berücksichtigen, da es hier zu große Unterschiede in der Bewertung gäbe. Der Strukturierte Dialog stellt aber den entscheidenden Schritt zur medizinisch / fachlichen Bewertung rein rechnerisch auffälliger Ergebnisse dar und darf keinesfalls außer Acht gelassen werden. Hier wären daher eher Anstrengungen zur Vereinheitlichung des Strukturierten Dialogs erforderlich.

Im Alltag wird guter Leistung durch die Empfehlungen der Behandelten untereinander Rechnung getragen. Sicherlich sind für die meisten Patienten der Hausarzt oder der Facharzt wesentliche Ansprechpartner. Auf diese Interaktion zwischen dem Bereich der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhausärzte wird wenig eingegangen, er spielt aber eine wesentliche Rolle. Offenbar misstraut die Gesundheitsadministration diesem Netzwerk. Ob ein solches Misstrauen berechtigt ist, müsste aber einmal konkret und belastbar dargelegt werden.

Es ist erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik, Krankenhäuser und ihre Leistungen über den Hebel der Qualitätsbeurteilung zu beeinflussen - bis hin zur Schließung.

Dies mag begründbar und auch richtig sein, bedarf aber einer Beurteilung, in welche die „peers“ eingebunden sind. D.h. die verantwortlichen Akteure in der Leistungserbringung sollten noch stärker befragt werden. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind hier keinesfalls untätig (siehe z.B. Definition von Qualitätskriterien in den Leitlinien, Etablierung von Registern).

Wahrscheinlich wäre es viel sinnvoller, nicht ein weiteres aufwendiges Qualitätsportal zu gestalten, welches am Ende dann doch nicht aktuell ist, den ambulanten Bereich nicht ausreichend berücksichtigt und viele Aspekte der medizinischen Leistungen nicht darlegt, sondern alternative, praktikablere Wege zu gehen.

Es wäre in den Augen der DGIM, DGfN, DGK und DGPR viel vernünftiger, einen Katalog zu erstellen, der u.a. auch das Ergebnis der abgefragten Qualitätsindikatoren beinhalten kann, aber auch andere Faktoren, wie sie z.B. in dem Bericht dargelegt werden. Bei der Erarbeitung eines solchen Katalogs sollten die wissenschaftlichen Fachgesellschaften einbezogen sein. Ein solcher Katalog müsste eine einheitliche Struktur haben und der Gesetzgeber sollte dann die Krankenhäuser auffordern ihre Ergebnisse und ihre strukturellen Merkmale in gleicher, standardisierter Form darzulegen, einschließlich von Benchmarking-Ergebnissen, sofern vorhanden.

Wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Wiesbaden, 16. Oktober 2020

Prof. Dr. Georg Ertl
Generalsekretär DGIM

Prof. Dr. Andreas M. Zeiher
Präsident DGK

Prof. Dr. Jan C. Galle
Präsident DGfN

Prof. Dr. Tilman
Sauerbruch Beauftragter
DGIM

Prof. Dr. Bernd Nowak
Beauftragter DGK

Dr. Kurt Bestehorn
Beauftragter DGPR

Per Email

E-MAIL info@pneumologie.de
TELEFON 030-29 36 27 01
HOMEPAGE www.pneumologie.de

15. Oktober 2020

IQTIG Zwischenbericht Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Seite 1 | 2

Sehr geehrte Frau Dr. Nothacker,
sehr geehrter Herr Prof. Sauerbruch,

der Vorstand der DGP hat sich in seiner letzten Sitzung zum Zwischenbericht des IQTIG „G-BA-Qualitätsportal“ beraten. Wir möchten Ihnen unsere Einschätzung mitteilen, da wir aktuell keine Kapazitäten haben, hierzu eine ausführliche Stellungnahme zu erarbeiten.

- Prinzipiell halten wir es für sinnvoll, Patienten über Leistung, Qualität sowie besondere Expertise von Kliniken zu informieren. Nach unserer Kenntnis ist mit dem AOK-Krankenhausnavigator seit mehreren Jahren ein vergleichbares Portal auf dem Markt, das sich aus Daten aus dem AOK-System speist. [Link](#)
- Das Konzept der Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG Qualitätsdimensionen wie Wirksamkeit oder Patientensicherheit zugeordnet werden, ist für uns sehr schwer nachvollziehbar, da wir zu wenig mit der Methodik vertraut sind. An dieser Stelle verweisen wir auf diverse Stellungnahmen der AWMF zum Thema. Letztendlich wurde für uns aber aus dem Bericht nicht klar, wie die Schwierigkeiten bei der Evaluation *patientenrelevanter Qualitätsmerkmale* zu lösen sind.
- Mindestfallzahlen/Mindestmengen spielen als Qualitätskriterium vor allem bei Lungenkrebs eine wichtige Rolle (vgl. IQWiG Rapid Report V18-03 Version 1.0 „Zusammenhang Leistungsmenge und Qualität beim Lungenkarzinom“).
- Demgegenüber spiegelt vor allem bei überwiegend ambulant durchgeführter Diagnostik und Therapie (zum Beispiel interstitielle Lungenerkrankungen) die stationäre Fallzahl die Expertise einer Klinik nur unvollständig wider. Für die Qualität sind hier vielmehr ein breites Diagnose- und Behandlungsspektrum sowie die Behandlung komplizierter Verläufe ausschlaggebend. Wie vergleicht das IQTIG an dieser Stelle Unterschiede bei Patientenrisiken zwischen Krankenhäusern?

ANSCHRIFT

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

GESCHÄFTSFÜHRENDER VORSTAND

Prof. Dr. med. M. Pfeifer, Präsident
Prof. Dr. med. T. T. Bauer, Stellv. Präsident
Prof. Dr. med. W. J. Randerath, Generalsekretär
PD Dr. med. T. Köhnlein, Schatzmeister
Prof. Dr. med. K. F. Rabe, Pastpräsident

VEREINSREGISTER

Vereinsregister-Nr.
Vereinsregister des Amtsgerichts
Marburg: VR 622

UMSATZSTEUER-IDENTIFIKATIONSNR.

USt-IdNr.: DE190100878

Die Berücksichtigung von Zertifikaten (z.B. DGP WeanNet, zertifizierte Lungenkrebszentren der DKG) wird befürwortet. Das IQTIG sollte unseres Erachtens noch viel stärker auf Initiativen der Fachgesellschaften und der Ärzteschaft zur Qualitätssicherung eingehen. Ebenso sollten das Engagement der Fachgesellschaften in Stellungnahmeverfahren zu Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA berücksichtigt werden.

15. Oktober 2020

Seite 2 | 2

Sollten unsere Kommentare für Ihre Stellungnahmen hilfreich sein, können Sie gerne darauf zurückgreifen. Die DGP wird gerne die Stellungnahmen der AWMF und DGIM in diesem Verfahren unterstützen.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Michael Pfeifer
Präsident der DGP

DGU e.V. | Martin-Buber-Str. 10 | 14163 Berlin

Herrn
Dr. med. Christoph Veit
Institutsleiter IQTIG
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.

Der Vorstand
Ressort Leitlinien und Qualitätssicherung

Telefon Berlin +49(0)30 8870833-0

Telefon Düsseldorf +49(0)211 516096-0

info@dgu.de

Berlin, den 19.10.2020

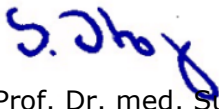
**betr.: Beteiligungsverfahren des IQTIG nach § 137a Abs. 7 SGB V zum
Zwischenbericht des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal**

Sehr geehrter Herr Dr. Veit,

als Leitlinienbeauftragte der Deutschen Gesellschaft für Urologie möchte ich Ihnen für unsere Fachgesellschaft rückkoppeln, dass wir den Zwischenbericht zur Etablierung eines Qualitätsportals seitens des G-BA mit Interesse gelesen haben. Wir begrüßen das Projekt, das, wie man dem Bericht entnehmen kann, die Thematik sehr umfassend behandelt. Insbesondere ist zu erwähnen, dass die methodischen Ansätze die Thematik von verschiedenen Seiten beleuchten, so dass sich im resultierenden Qualitätsportal alle Interessen der Nutzer wiederfinden sollten.

Für das deutsche Krankenhauswesen kann ein solches Qualitätsportal ein Aushängeschild werden.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Susanne Krege

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
vom 21. Oktober 2020

zum Zwischenbericht des IQTIG
„Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“
(Stand: 9. September 2020)

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary.....	4
Einleitung.....	6
Zur Erfüllung der Beauftragung	7
Kapitelbezogene Stellungnahme	10
Zur Zusammenfassung des Zwischenberichts.....	10
Zum Kapitel 1: Beauftragung und Projekt	12
Zum Kapitel 1.1 Projekthintergrund und Rahmenbedingungen der Entwicklung....	12
Zum Kapitel 1.2 Zielsetzung und Auftragsverständnis	13
Zum Kapitel 1.3 Projektablauf	15
Zum Kapitel 1.4 Nationale und internationale Krankenhausvergleichsportale	15
Zum Kapitel 2: Einführung in die Methodik.....	16
Zum Kapitel 2.1 Entwicklungsschritte der UX-Konzeption.....	16
Zum Kapitel 2.2 Entwicklung einer Methodik zur Informationsaggregation	16
Zum Kapitel 2.3 Methodische Herausforderungen	16
Zum Kapitel 3: Literaturrecherche und -analyse	17
Zum Kapitel 4: Fokusgruppen mit Nutzerinnen und Nutzern von Online- Qualitätsinformationen	17
Zum Kapitel 5: Halbstrukturierte Bedarfserhebung von Beratungsstellen und Patientenorganisationen	18
Zum Kapitel 6: Beteiligung externer Expertise	18
Zum Kapitel 7: Identifikation und Prüfung geeigneter Daten	18
Zum Kapitel 8: Grundlegende Anforderungen an das G-BA-Qualitätsportal.....	19
Zum Kapitel 9: Inhaltliches Konzept.....	20
Zum Kapitel 9.1 Maßgebliche Bereiche der stationären Versorgung	21
Zum Kapitel 9.2: Zielgruppe des G-BA-Qualitätsportals.....	22
Zum Kapitel 9.3: Nutzungskontext bei der Krankenhauswahl	23
Zum Kapitel 9.4: Nutzungsverhalten bei der Suche nach Qualitätsinformationen ..	23
Zum Kapitel 9.5: Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl aus Patientenperspektive	24
Zum Kapitel 9.6: Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl aus Patientenperspektive	25
Zum Kapitel 9.7: Für das G-BA-Qualitätsportal empfohlene Informationsmodule und Weiterentwicklungen	25
Zum Kapitel 10: Methodik für die Informationsaggregation	31
Zum Kapitel 10.1: Ziele und theoretischer Rahmen der Informationsaggregation..	32
Zum Kapitel 10.2: Herleitung und Begründung der Methodik für die Informationsaggregation.....	34

Zum Kapitel 10.3: Empfehlungen: Methodik für die Informationsaggregation	36
Zum Kapitel 11: Visualisierungskonzept	39
Zum Kapitel 11.1 Hinweise zu den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten.	39
Zum Kapitel 11.2 Allgemeine Anforderungen an die Visualisierung der Website ...	40
Zum Kapitel 11.3 Allgemeine Anforderungen an die Visualisierung der Website ...	40
Zum Kapitel 11.4 Darstellung von Informationen.....	41
Zum Kapitel 12: Informationstechnisches Konzept	41
Zum Kapitel 13: Umsetzungs- und Evaluationskonzept sowie Empfehlungen zur Weiterentwicklung.....	43
Zum Kapitel 14: Inhaltliches und methodisches Konzept.....	43

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

Executive Summary

Der Zwischenbericht enthält einige nützliche Vorarbeiten und Überlegungen des IQTIG, die für die Entwicklung eines G-BA-Qualitätsportals genutzt werden könnten. Insbesondere die Analysen zu den Informationsbedürfnissen und -präferenzen von Patienten sowie zu den auf dieser Grundlage abgeleiteten patientenrelevanten Informationen erscheinen größtenteils ausführlich und differenziert vorgenommen worden zu sein.

Allerdings wurden einige Auftragsbestandteile nicht oder noch nicht berücksichtigt. Auch stützen sich viele Entwicklungsschritte und Vorüberlegungen auf zum Teil nicht umsetzbare oder noch nicht vorhandene Datengrundlagen. Bedauerlich sind insbesondere die bislang noch fehlenden oder nur vorläufigen Darlegungen zur Visualisierung, zum Informationstechnischen Konzept sowie zur konkreten Umsetzungs- und Evaluationsplanung des G-BA-Qualitätsportals. Insgesamt erscheint die Möglichkeit zur zügigen Umsetzung eines G-BA-Qualitätsportals vor diesem Hintergrund fraglich. Einige Arbeiten und Empfehlungen in diesem Zwischenbericht weisen des Weiteren methodische Defizite auf, widersprechen sich innerhalb der einzelnen Kapitel des Zwischenberichts oder im Vergleich zu IQTIG-Entwicklungen bei anderen QS-Verfahren, begründen sich auf wissenschaftlich nicht tragbare Annahmen oder lassen wesentliche Grundanforderungen, die durch den gesetzlichen Auftrag und die Beauftragung vorgesehen sind, unberücksichtigt. Auf Grundlage der vorliegenden Empfehlungen des IQTIG – insbesondere zur Informationsaggregation – sind sachrichtige und faire Vergleiche über die Qualität der stationären Versorgung nicht möglich. Es drohen Fehlinterpretationen und Falschinformationen.

Die wichtigsten konzeptionellen und methodischen Defizite und Kritikpunkte werden im Folgenden kurz zusammengefasst:

- Der **Verzicht auf eine strukturierte Herleitung maßgeblicher Bereiche** und die gleichzeitige Festlegung der Leistungsbereiche der gesetzlichen Qualitätssicherung als maßgeblich beschränkt das G-BA-Qualitätsportal auf einen unzureichend kleinen Ausschnitt des Leistungsgeschehens der Krankenhäuser.
- Die Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl aus Patientenperspektive wurden weitgehend differenziert und fundiert analysiert. Die daraus abgeleiteten **Informationen bleiben jedoch größtenteils vage**. Es fehlen Erläuterungen und Klarstellungen, welche Informationen im G-BA-Qualitätsportal konkret veröffentlicht werden sollen.
- Als **Datengrundlage** werden **ausschließlich die Qualitätsberichte** der Krankenhäuser systematisch analysiert. Es werden keine weiteren Datenquellen systematisch analysiert.
- Die empfohlene **Aggregation von rechnerischen Indikatorergebnissen weist grundlegende methodische Defizite auf**:

- Bei der Methodik für die Informationsaggregation sollen **nur rechnerische Indikatorergebnisse** berücksichtigt werden. Jedoch weist kein bestehender Qualitätsindikator die Güte auf, um auf Grundlage eines rechnerischen Ergebnisses allein eine Aussage über die Qualität der Versorgung zu ermöglichen. Es ist **immer eine abschließende Bewertung durch Fachkollegen auf Augenhöhe (Peer-Review-artiges Verfahren) erforderlich**, um Besonderheiten durch individuelle Patienten, der Behandlungssituation oder des Krankenhauses berücksichtigen zu können.
- Die **Festlegung der Indikatorensets erfolgt nicht systematisch und ohne geeignete Eignungsprüfung**. Es fehlt bspw. ein vorab definiertes Qualitätsmodell, mit dem die Auswahl von Indikatoren strukturiert erfolgt. Die Indikatorensets berücksichtigen außerdem nicht bestehende Überschneidungen der Indikatoren in der Grundgesamtheit oder die Auswirkung kleiner Fallzahlen. Auch wird aus pragmatischen Gründen eine Gleichgewichtung von Indikatoren empfohlen. Hierdurch bleiben unterschiedliche Evidenzgrade oder die unterschiedliche Bedeutung von Behandlungserfolgen und Komplikationen unberücksichtigt, die Indikatorensets führen zu ethisch problematischen Ergebnissen und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird eingeschränkt.
- Es wird eine **vereinfachende Bewertung bzw. Klassifikation ganzer Krankenhausstandorte** in einem Kategoriensystem vorgeschlagen. Dies ist wissenschaftlich nicht haltbar und **verhindert eine sachgerechte und faire Bewertung und Herstellung von Transparenz**.

Der Zwischenbericht liefert erste Vorüberlegungen für ein G-BA-Qualitätsportal, jedoch zeigen sich zum Teil methodisch und wissenschaftlich fehlerbehaftete Empfehlungen, die sachrichtigen Informationen von Patienten und einem fairen, risikoadjustierten Krankenhausvergleich entgegenstehen. Darüber hinaus sind einige Auftragsteile bisher noch nicht bearbeitet, sodass hierzu keine abschließende Stellungnahme abgegeben werden kann. Aufgrund der Defizite stehen einer Umsetzung der vorliegenden Entwicklungsleistung auch erhebliche Rechtsrisiken entgegen. Es wird empfohlen, die noch ausstehenden Auftragsteile zusammen mit einer grundlegenden Überarbeitung insbesondere zu den genannten Defiziten in einem weiteren Vorbericht im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsverfahrens nach § 137a Abs. 7 SGB V vorzulegen und dafür Sorge zu tragen, dass gemäß der Beauftragung mit der Entwicklungsleistung eine sachrichtige und faire Darstellung der Qualität der stationären Versorgung gewährleistet werden kann.

Einleitung

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V der Regelungsauftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgenommen, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Erstellung einrichtungsbezogener vergleichender risikoadjustierter Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung und deren Veröffentlichung in einer allgemeinverständlichen Form zu beauftragen. Die Veröffentlichung soll auf die Förderung einer qualitätsorientierten Auswahlentscheidung von Patienten abzielen (vgl. Bundestagsdrucksache [18/1307](#), S. 34). Die Bestimmung der maßgeblichen Leistungsbereiche, zu denen vergleichende Übersichten erstellt werden sollen, trifft der G-BA im Hinblick auf die Relevanz der Leistung, das vorhandene Verbesserungspotential und das Informationsbedürfnis von Patienten (ebd.). Es sollen auch geeignete Ergebnisse der Routinedatenauswertung nach § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 6 berücksichtigt werden (ebd.).

Der G-BA hat das IQTIG in seiner Sitzung am 17. Januar 2019 beauftragt¹, ein Gesamtkonzept für ein G-BA-Qualitätsportal gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V zu entwickeln. Die Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals soll nach Abgabe und Beratung des Gesamtkonzepts gesondert beauftragt werden.

Das Gesamtkonzept soll in Form eines Berichts bis zum 31. Dezember 2020 dem G-BA vorgelegt werden und dem G-BA ermöglichen, weitergehende Vorgaben zum Konzept und zum Umsetzungsplan zu treffen sowie einen Abgabetermin für die Umsetzung festzulegen. Das IQTIG hat mitgeteilt, dass sich die Abgabe des Gesamtkonzepts bis zum 15. November 2021 verzögern wird.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bedankt sich für die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme. Kritisch wird erachtet, dass wesentliche Auftragsbestandteile bisher noch nicht vorliegen. Wenn das Beteiligungsrecht nach § 137a Abs. 7 SGB V in eine inhaltliche Auseinandersetzung der zu beteiligenden Organisationen mit den Arbeiten und Überlegungen des IQTIG münden soll, müssen die ausstehenden Kapitel des Gesamtkonzepts im Zuge eines weiteren Beteiligungsverfahrens den zu beteiligenden Organisationen vorgelegt werden.

Die DKG nimmt im Rahmen des Beteiligungsverfahrens gemäß § 137a Abs. 7 SGB V zum Zwischenbericht „Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“ (im Weiteren „Zwischenbericht“) des IQTIG Stellung. Die Stellungnahme folgt im Wesentlichen der inhaltlichen Gliederung des Vorberichts. Hierdurch kann es zu mehrfacher Erwähnung ähnlicher Inhalte kommen. Nicht zu allen Abschnitten wird Stellung genommen.

¹www.g-ba.de/beschluesse/3650/

Zur Erfüllung der Beauftragung

Das IQTIG hat am 09. September 2020 einen Zwischenbericht zur Beauftragung des G-BA vom 17. Januar 2020 vorgelegt. Diese Beauftragung umfasst die Entwicklung und anschließende Umsetzung eines Gesamtkonzepts zu den einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität der stationären Versorgung gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V („G-BA-Qualitätsportal“).

Die Beauftragung ist über den nachfolgenden Link abrufbar: www.g-ba.de/beschluesse/3650/.

Zu Auftragsteil I.2 a):

Es wurden keine maßgeblichen Bereiche der Krankenhausversorgung identifiziert. Zur Identifikation maßgeblicher Bereiche wurden auch nicht Kriterien, wie die epidemiologische Häufigkeit, die Nutzbarkeit verfügbarer Informationsmöglichkeiten, die Relevanz der Leistung, das vorhandene Verbesserungspotential oder das Informationsbedürfnis von Patienten, angewendet. Dagegen wird implizit vorgeschlagen, die bestehenden Leistungsbereiche der gesetzlichen Qualitätssicherung als maßgeblich zu definieren. Da diese Leistungsbereiche nur einen Ausschnitt stationärer Versorgung abbilden, erscheint diese Festlegung unzureichend.

Zu Auftragsteil I.2 b):

Als Zielgruppe wird die Allgemeinbevölkerung festgelegt. Dies erfolgt jedoch ohne Berücksichtigung der Verteilung relevanter Faktoren oder der Betroffenheit von den maßgeblichen Bereichen.

Zu Auftragsteil I.2 c):

Die Informationsbedürfnisse und der -präferenzen von Patienten sowie patientenrelevante Entscheidungskriterien für die Krankenhauswahl wurden sehr umfangreich analysiert und differenziert dargestellt.

Zu Auftragsteil I.2 d und e):

Es wurde keine differenzierte Identifikation möglicher Datengrundlagen vorgenommen. Stattdessen wurden ausschließlich die Qualitätsberichte der Krankenhäuser § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V (im Weiteren „Qualitätsberichte“) in die Analyse einbezogen. Das Auslassen einer differenzierten und systematischen Prüfung weiterer Datenquellen wird vom IQTIG nicht ausreichend begründet. Es fehlen noch konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung der Datengrundlage.

Zu Auftragsteil I.2 f):

Das IQTIG war beauftragt eine vollumfassende Risikoadjustierung (vgl. auch I.2.g) sicherzustellen. Es wird vom Auftraggeber außerdem ausdrücklich die Relevanz eines abschließenden Bewertungsverfahrens beschrieben und klargestellt, dass „Beispielsweise (...) die Ergebnisse des strukturierten Dialogs in der externen stationären Qualitätssicherung im Rahmen der Veröffentlichung zu berücksichtigen“

sind. Die Empfehlungen des IQTIG zur Indexbildung, allein mit rechnerischen Indikatorergebnissen ohne Berücksichtigung qualitativer Bewertungsergebnisse, erfüllen diesen Auftragsteil nicht.

Zu Auftragsteil I.2 g und h):

Das IQTIG geht davon aus, dass mit der vorgeschlagenen Methodik zur Indexbildung Aussagen über die Qualität von Versorgungsanlässen oder gar ganzer Krankenhausstandorte möglich sind. Es wird vernachlässigt, dass die bestehenden Qualitätsindikatoren nur Aussagen über die Qualität der dem Indikator zugrunde liegenden Anforderung ermöglichen. Eine Qualitätsaussage über ganze Leistungen, einen Leistungsbereich oder gar eines ganzen Krankenhauses ist auf dieser Grundlage nicht möglich. Auch die vorgeschlagene Methodik zur Indexbildung eignet sich nicht dafür. Die vorgeschlagene Indexbildung erscheint intransparent, beinhaltet zum Teil pragmatische, nicht begründete Setzungen sowie methodisch fragliche Vereinfachungen und lässt problematische Einflussfaktoren außer Acht. Ebenso können keine Qualitätsaussagen alleine auf Grundlage rechnerischer Ergebnisse getroffen werden. Eine Informationsdarbietung würde auf dieser Grundlage einen fairen und sachrichtigen Krankenhausvergleich verhindern. Anstelle der vorgeschlagenen Indexbildung können auch andere Methoden zur Informationsverdichtung entwickelt werden. Der Auftrag sah dementsprechend vor, dass mehrere Methoden zu entwickeln und zu bewerten sind. Dies wurde im Zuge der Abwägung verschiedener Datengrundlagen allenfalls oberflächlich vorgenommen, wobei stets eine Indexbildung fokussiert wurde.

Zu Auftragsteil I.2 i):

Konkrete Vorschläge zur Darstellung von Krankenhäusern mit kleinen Fallzahlen liegen nicht vor. Es werden Methoden zur Berücksichtigung statistischer Unsicherheiten vorgeschlagen. Dies ist jedoch vor dem Hintergrund der fehlenden Risikoadjustierung und gleichgewichteter Indikatorsets unzureichend. Die Empfehlung des IQTIG, Sentinel-Event-Indikatoren auszuschließen, verdeutlicht dieses Dilemma. Jedoch bleibt unberücksichtigt, dass dies bei allen Indikatoren mit kleiner Grundgesamtheit problematisch ist und bereits ein einzelner Patientenfall erhebliche Auswirkungen auf das Berechnungsergebnis hat.

Zu Auftragsteil I.2 j, k, l, m, n, o, p, q, r, s und t):

Das Visualisierungskonzept, das informationstechnische Konzept sowie das Umsetzungs- und Evaluationskonzept, eine kritische Reflexion des Erreichten und Empfehlungen zur Weiterentwicklung liegen nicht vor. Diese Verzögerung erscheint bedauerlich und wird sich auf die weiteren Beratungen und den Zeitpunkt zur Veröffentlichung des G-BA-Qualitätsportals im Internet auswirken. Das IQTIG sollte die fehlenden Auftragsbestandteile nachreichen.

Inwiefern Auftragsteil I.2.r erfüllt wurde kann nicht beurteilt werden. Hierzu fehlen Ausführungen im Zwischenbericht.

Zu Auftragsteil I.3 a):

Konkrete Hinweise zur adressatengerechten Weiterentwicklung der Qualitätsberichte im Zusammenhang mit besonders patientenrelevanten Informationen fehlen.

Zu Auftragsteil I.3 b):

Einige Hinweise und Besonderheiten scheinen vom IQTIG berücksichtigt zu werden. Allerdings scheint mit den vorgeschlagenen Methoden zur Informationsaggregation kein fairer Krankenhausvergleich möglich.

Fazit

Es ist gelungen patientenrelevanten Informationsbedürfnisse und -präferenzen zu analysieren und daraus Informationen abzuleiten. Dies liefert eine gute Grundlage für adressatengerechte Krankenhausvergleiche. Die identifizierten Informationen, die im G-BA-Qualitätsportal veröffentlicht werden sollen, bleiben jedoch im Zwischenbericht im Wesentlichen unkonkret und fußen zum Teil auf Daten und Verfahren, die noch nicht existieren. Eine zeitnahe Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals wäre dadurch erschwert. Im Zwischenbericht sind wesentliche Auftragsgegenstände des Beschlusses vom 17. Januar 2020, insbesondere zur technischen und visuellen Umsetzung, bisher nicht oder nicht vollständig bearbeitet. Die empfohlene Methodik zur Informationsverdichtung ist unzureichend und nicht umsetzbar. Insbesondere die Empfehlung, auf die Ergebnisse des abschließenden Bewertungsverfahrens zu verzichten und nur rechnerische Indikatorergebnisse in einem Index zu aggregieren, weisen schwere konzeptionelle und methodische Defizite auf, die sachrichtige und faire Krankenhausvergleiche unmöglich machen und erhebliche Rechtsrisiken verursachen. Neben der Fokussierung der Inhalte und der Informationsdarbietung sowie des Aufbaus des Portals auf die Bedürfnisse von Patienten ist als gleichwertiges Grundprinzip die Sicherstellung sachrichtiger, neutraler und risikoadjustierter Qualitätsinformationen einzuhalten, um schlussendlich einen für Patienten nützlichen und zugleich fairen Krankenhausvergleich zu ermöglichen. Der vorliegende Zwischenbericht muss daher nachgebessert, um die noch fehlenden Teile ergänzt und in einem weiteren Vorbericht den zu beteiligenden Organisationen im Rahmen des Beteiligungsverfahrens gemäß § 137a Abs. 7 SGB V vorgelegt werden.

Kapitelbezogene Stellungnahme

Zur Zusammenfassung des Zwischenberichts

Die **Zielsetzung** und das **Auftragsverständnis** berücksichtigen wesentliche Punkte. Nicht aufgenommen sind klarstellende Ausführungen des Auftraggebers. Zum Beispiel fehlt die Klarstellung, dass „rechnerische Auffälligkeiten immer durch ein abschließendes Bewertungsverfahren geprüft werden“ (vgl. Auftragsteil I.2.f) müssen. Die Ausführungen zum Methodischen Konzept zur Informationsaggregation fokussieren auf Methoden, die die Aggregation von metrischen Indikatorergebnissen ermöglichen. Es ist zu berücksichtigen, dass mit Auftragsteil I.2.h nicht die Aggregation von metrischen Ergebnissen vorgegeben wird, sondern eine methodische Prüfung, ob diese Verdichtung möglich und sinnvoll erscheint. Es sollen verschiedene Methoden entwickelt und geprüft werden. Die Ausführungen zum Visualisierungskonzept und informationstechnischen Konzept fallen kurz aus. Es wird dargestellt, dass ein Visualisierungskonzept und ein informationstechnisches Konzept erst im Abschlussbericht vorgelegt werden können. Dies erfüllt nicht die gesetzliche Anforderung des Beteiligungsverfahrens.

Zum **Methodischen Vorgehen** wird ausgeführt, „dass die Ergebnisse weitestgehend indikations- und prozedurenübergreifend tragfähig sind“ (Zwischenbericht, S. 15). Dieser Hinweis erscheint isoliert nicht nachvollziehbar und sollte präzisiert werden. Bei den vorgenommenen Fokusgruppen und der Online-Befragung wurden offenbar keine Fachexperten aus dem Krankenhausbereich berücksichtigt. Ebenso ist fraglich, ob diese Expertise ausreichend bei dem eingerichteten Expertengremium berücksichtigt wurde. Der Einbezug von Fachexperten aus dem Krankensektor, die z.T. fundierte Expertise durch aktive Beteiligung an bereits bestehenden Krankenhaus-Suchportalen aufweisen, sollte in der weiteren Erstellung des Gesamtkonzepts umgesetzt werden. Es wird ausgeführt, dass die auf Grundlage der Patientenbedürfnisse identifizierten Themenbereiche nachträglich modifiziert wurden. Dies sollte erläutert werden. Es werden grundlegende Anforderungen, wie bspw. „Transparenz und Sachrichtigkeit“, aufgeführt. Das G-BA-Qualitätsportal sollte möglichst alle vorliegenden Ergebnisse der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung veröffentlichen. Voraussetzung für die Veröffentlichung von Qualitätsdaten ist eine umfassende Risikoadjustierung, die Berücksichtigung der Bewertung durch ein Peer-Review-artiges Verfahren sowie fachliche Erläuterungen zur sachgerechten Interpretation und Verständlichkeit. Vereinfachende Interpretationen und Bewertungen, die wissenschaftlich nicht haltbar sind, wie z. B. ein Ampelsystem für ganze Krankenhäuser oder Fachabteilungen, führen dabei zu Fehlinformationen und verhindern eine sachgerechte Aufklärung.

Beim **Inhaltlichen Konzept** verdeutlicht sich, dass keine Identifikation maßgeblicher Bereiche erfolgt ist. In späteren Kapiteln des Zwischenberichts zeigt sich, dass die Leistungsbereiche bzw. QS-Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung die Grundlage für die im G-BA-Qualitätsportal abgebildeten Leistungsbereiche darstellen sollen. Es fehlt die Abwägung von Kriterien (bspw. Verfügbarkeit von

Informationsmöglichkeiten oder epidemiologische Häufigkeit), die durch die Beauftragung vorgegeben sind, bei der Identifikation maßgeblicher Leistungsbereiche. Als Zielgruppe wird die Allgemeinbevölkerung festgelegt.

Es wird dargestellt, dass das G-BA-Qualitätsportal „ein begleitendes Informationsangebot unter mehreren“ sei (Zwischenbericht, S. 16). Diese Einschätzung erscheint realistisch. Nichtsdestotrotz sollte der Anspruch verfolgt werden, dass das G-BA-Qualitätsportal künftig die zentrale Anlaufstelle für neutrale, sachrichtige und patientengerechte Krankenhausvergleiche sein kann.

Der Hinweis, dass aus Gründen der Praktikabilität außer den Qualitätsberichten „keine zusätzlichen Datenquellen“ (Zwischenbericht, S. 16) etabliert werden und sämtliche Weiterentwicklungen, Ergänzungen und Modifikationen an dieser Datengrundlage berücksichtigt werden sollen, erscheint unbegründet. In den weiteren Kapiteln des Zwischenberichts zeigt sich außerdem, dass das IQTIG keine differenzierte und systematische Prüfung weiterer Datenquellen vorgenommen hat. Dieses Vorgehen und die vorgenannte Empfehlung sind unzureichend. Die Beauftragung sowie der gesetzliche Auftrag sehen explizit vor, weitere Datenquellen bei der Entwicklung des G-BA Qualitätsportal zu nutzen. Durch die Nutzung weiterer Datenquellen könnte der zeitliche Verzug bis zum Vorliegen von Daten verringert werden. Bei eventuellen Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichte müssen stets auch Nutzen-Aufwand-Abwägungen erfolgen und berücksichtigt werden, dass Weiterentwicklungen stets einer rechtlichen oder normativen Grundlage bedürfen, und nachgewiesener Maßen relevant sind – sie müssen also auf Qualitätsverbesserungen der stationären Versorgung abzielen und für Patienten von Interesse sein.

Die Tabelle 1 enthält zum Teil Informationen und Daten, die derzeit nicht vorliegen. Bspw. werden QS-Verfahren adressiert, die sich derzeit noch in der Entwicklung oder Erprobung befinden und deren Umsetzung unklar ist. Ob diese Daten, und in welcher Form sie vorliegen werden, ist derzeit nicht absehbar. Das IQTIG sollte demzufolge die Erstentwicklung des G-BA-Qualitätsportals auf derzeit vorhandene Informationen und Daten beschränken und zu gegebener Zeit eine Prüfung zur Eignung und Vorschläge zur Verwendung bestehender neuer Daten einbringen. Des Weiteren ist unklar, zu welchem Zweck eine allgemeine Patientenbefragung vorgenommen werden soll. In weiteren Kapiteln führt das IQTIG aus, dass die subjektiven Patienteneinschätzungen u.a. zum Essen oder zur Atmosphäre des Krankenhauses analysiert werden sollen. Die vom IQTIG vorgeschlagenen „Platzhalter“ (Zwischenbericht, S. 17) für noch nicht vorliegende Themen sind abzulehnen. Sie widersprechen im Übrigen auch den eigenen Ausführungen in Kapitel 12, dass sich das G-BA-Qualitätsportal an veränderte Gegebenheiten und Inhalte der Datengrundlage orientieren können muss.

Das **Methodische Konzept zur Informationsaggregation** weist methodisch fragliche Empfehlungen auf und ist schwer nachvollziehbar. Es fehlen bspw. Hinweise und Erläuterungen, wie mit Krankenhäusern umgegangen wird, die keine Ergebnisse zu

einzelnen Indikatoren aufweisen, weil sie die zugrunde liegenden Leistungen nicht erbringen.

Das IQTIG schlägt eine Indexbildung allein auf Grundlage der rechnerischen Indikatorergebnisse vor. Damit wird eine wesentliche Anforderung an einen fairen Krankenhausvergleich verletzt, die auch explizit im Auftrag beinhaltet ist: Rechnerische Auffälligkeiten müssen immer durch ein abschließendes Bewertungsverfahren (z.B. Strukturierter Dialog) geprüft werden, um Besonderheiten durch individuelle Patienten, der Behandlungssituation oder des Krankenhauses, berücksichtigen zu können (Auftragsteil I.2.f). Die Empfehlungen zur Informationsaggregation fußen außerdem auf einer grundlegenden Fehleinschätzung des IQTIG, wenn davon ausgegangen wird, dass sich die bestehenden Qualitätsindikatoren – ohne methodische Neu- bzw. Weiterentwicklung und umfassender Eignungsprüfung – allein auf Grundlage der rechnerischen Ergebnisse für einen fairen Krankenhausvergleich eignen. Ebenso erscheint der Auftrag an dieser Stelle (Auftragsteil I.2.h) vom IQTIG nicht ernsthaft bearbeitet worden zu sein, wenn allein auf die Indexbildung als Möglichkeit zur Verdichtung von Qualitätsinformationen eingegangen wird. Es sollten gemäß Beauftragung mehrere Methoden entwickelt und geprüft werden. Hinsichtlich der Indexbildung als vorgeschlagene Verdichtungsmethode ist zu berücksichtigen, dass die Indikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung immer nur Teilaspekte der Qualität von Leistungen abbilden. Sie sind demnach nicht geeignet, eine Aussage über die Qualität einer Fachabteilung oder gar eines Krankenhauses zu geben. Es wurden wesentliche methodische Aspekte (bspw. Überschneidung der Grundgesamtheit, kleine Fallzahlen) nicht berücksichtigt. U.a. ist die vorgeschlagene Gleichgewichtung der Indikatoren in den Indizes medizinisch und methodisch nicht tragbar.

Um sachrichtige Informationen sicherzustellen und einen fairen Krankenhausvergleich zu ermöglichen, muss bei einer Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen die bestmögliche Risikoadjustierung sichergestellt und die abschließende qualitative Bewertung berücksichtigt werden. Für eine sachgerechte Qualitätsberichterstattung ist es also erforderlich, dass Unterschiede in den Ergebnissen zwischen Krankenhäusern signifikant, relevant und wissenschaftlich nachvollziehbar und nicht durch Zufall oder ein unterschiedliches Risikoprofil der behandelten Patienten erklärbar sind.

Die Ausführungen zum **Ausblick** verdeutlichen, dass wesentliche Bestandteile, wie etwa das Visualisierungskonzept, das informationstechnische Konzept sowie ein Umsetzungs- und Evaluationsplan fehlen.

Zum Kapitel 1: Beauftragung und Projekt

Zum Kapitel 1.1 Projekthintergrund und Rahmenbedingungen der Entwicklung

Der Projekthintergrund scheint korrekt dargestellt. Es wird jedoch nur auf die Qualitätsberichte der Krankenhäuser eingegangen. Es fehlen Erläuterungen zu den Rahmenbedingungen der Sozialdaten und wie sie genutzt werden können.

Aus Sicht der DKG lassen sich die Ziele der Qualitätsberichtserstattung wie folgt zusammenfassen: Das erste Ziel ist die Stärkung der Patientenautonomie und des Vertrauens der Bevölkerung in das Gesundheitssystem. Dies erfolgt durch Herstellung von Transparenz und Aufklärung über die veröffentlichten Daten. Zweites Ziel ist die Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung. Auf Grundlage der veröffentlichten Qualitätsdaten sollen Patienten eine Auswahlentscheidung für das aus ihrer Sicht geeignete Krankenhaus treffen können. Dies könnte im Bericht ergänzt werden.

Zum Kapitel 1.2 Zielsetzung und Auftragsverständnis

Die beschriebene Zielsetzung scheint im Wesentlichen korrekt. Jedoch fehlt die grundsätzliche Anforderung, dass eine umfassende Risikoadjustierung gewährleistet werden soll. Ebenso sollte das Grundprinzip ergänzt werden, dass immer die Ergebnisse der qualitativen Bewertung berücksichtigt werden müssen (vgl. Auftragsteil I.2.f)

Das Auftragsverständnis scheint im Wesentlichen korrekt dargestellt und der Beauftragung zu entsprechen. Es sollten jedoch Klarstellungen und Ergänzungen vorgenommen werden:

Beim **inhaltlichen Konzept** sollte ergänzt werden, dass die Identifikation maßgeblicher Bereiche gemäß Auftragsteil I.2.a unter Berücksichtigung der epidemiologischen Häufigkeit und Nutzbarkeit verfügbarer Informationen erfolgen soll. Dem Hintergrund der Beauftragung ist außerdem zu entnehmen, dass die Auswahl maßgeblicher Leistungsbereiche anhand der Relevanz, des vorhandenen Verbesserungspotentials sowie dem Informationsbedürfnis erfolgen soll.

Bei der Überprüfung möglicher Datengrundlagen (vgl. Zwischenbericht, S. 30) fehlt der Hinweis, dass gemäß Auftragsteil I.2.d neben den Qualitätsberichten auch weitere Datenquellen systematisch geprüft werden sollen. Dies ist zu ergänzen.

Das Verständnis des IQTIG zum **methodischen Konzept zur Informationsaggregation** spiegelt korrekt wider, dass ergebnisoffen geprüft werden soll „ob überhaupt eine Aggregation“ (Zwischenbericht, S. 30) vorgenommen werden soll. Es sollte ergänzt werden, dass dabei neben dem Patientenbedürfnis auch die Sicherstellung sachrichtiger und fairer Informationen gewährleistet werden muss.

Die Auseinandersetzung des IQTIG mit Methoden zur Verdichtung von Informationen fokussiert zu stark auf Indikatorergebnisse. Dies spiegelt sich bei den Hinweisen zu den Verdichtungsebenen (vgl. Zwischenbericht, S. 31) wider. Das Verständnis erscheint nicht korrekt, da sich der Auftragsteil I.2.h nicht allein auf Methoden zur Verdichtung rechnerischer Indikatorergebnisse beschränkt, sondern allgemein das Verdichten von Informationen beschreibt. Die Ausführungen sollten vervollständigt werden.

Auch die zusammenfassende Erläuterung (Zwischenbericht, S. 31) scheint den ergebnisoffenen Charakter der Beauftragung fehlzuinterpretieren. Beauftragt wurde eine wissenschaftlich fundierte und differenzierte Entwicklung und Prüfung von Möglichkeiten der Informationsverdichtung. Diese kann nach Abwägung der wesentlichen Grundprinzipien (hier: Patientengerechte Informationen und sachrichtige, faire, risikoadjustierte Informationen) auch zum Ergebnis haben, dass derzeit keine Aggregation von Indikatorergebnissen empfohlen werden kann. Vereinfachungen oder Verdichtung von Informationen wären dann ggf. durch Grafiken, Diagramme oder Texte möglich. Ein falsches Verständnis liegt seitens des IQTIG vor, wenn es davon ausgeht, dass die Berücksichtigung der Risikoadjustierung oder der Ergebnisse der abschließenden Bewertung (z.B. Strukturierter Dialog) nur erläutert werden soll. Es handelt sich dabei um grundsätzliche Anforderungen.

Das Verständnis zum **Visualisierungskonzept** ist bislang noch sehr konzeptionell. Entscheidend ist, dass die Visualisierung und die informationstechnischen Gegebenheiten des G-BA-Qualitätsportals selbst maßgeblich dafür sind, ob das Portal die Bedürfnisse von Patienten befriedigen kann und ob maßgebliche Bereiche fair dargestellt werden.

Es ist des Weiteren unzureichend, wenn das IQTIG nur Empfehlungen zu allgemeinverständlichen Informationen zur Versorgungsqualität geben wird, wenn eigentlich Methoden entwickelt und eingesetzt werden sollen, um patientenrelevante Unterschiede der stationären medizinischen Versorgung darstellen zu können (vgl. Zwischenbericht, S. 33)

Das **informationstechnische Konzept** ist wesentlicher Bestandteil des G-BA-Qualitätsportals. Eine „konzeptionelle Beschreibung des informationstechnischen Datenverarbeitungsprozesses einschließlich der Skizzierung von Anforderungen“ (Zwischenbericht, S: 34) genügt diesem Anspruch nicht. Es sollte das konkrete Vorgehen der Datenverarbeitung sowie die relevanten technischen Funktionalitäten des Portals beschrieben werden. Es sollte hierzu ein Vorbericht vorgesehen werden.

Das Auftragsverständnis zum **Umsetzungs- und Evaluationskonzept** erscheint im Wesentlichen korrekt. Im Sinne einer zielgerichteten Evaluation des G-BA-Qualitätsportals sollte die Evaluationsmethode möglichst präzise im Gesamtkonzept aufgenommen sein.

Das IQTIG weist darauf hin, dass der Bericht gemäß § 17 Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) im Zuge der weiteren Konzeptionierung patientengerecht umgesetzt werden soll. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die erste Veröffentlichung des Berichts gemäß § 17 plan. QI-RL zu erheblichen Fehlinterpretationen und Verunsicherungen der Bevölkerung führte. Es muss daher sichergestellt sein, dass eine wissenschaftlich korrekte und differenzierte Veröffentlichung umgesetzt wird.

Hinsichtlich der **Empfehlungen zur Weiterentwicklung** sollte das IQTIG gemäß Auftragsteil I.2.t auch eine „kritische Diskussion des Erreichten“ vornehmen. Hierunter

fallen eine wissenschaftliche Auseinandersetzung und eine transparente Beschreibung von Limitationen der empfohlenen Methoden und der Ergebnisse ebenso, wie im Projektverlauf aufgetretene Schwierigkeiten.

Zum Kapitel 1.3 Projektablauf

Die Verzögerung im Projektablauf bis zum 15. November 2021 ist bedauerlich, weil sie sich auf den Beginn der Beratungen des G-BA zum Gesamtkonzept, zu eventuell notwendigen Nachbesserungen auswirken wird sowie den Zeitpunkt der sich anschließenden Beauftragung des IQTIG zur Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals um mindestens ein Jahr verzögern wird.

Die Hinweise des IQTIG, dass die Stellungnahme zum vorliegenden Zwischenbericht der letzte Zeitpunkt für Hinweise und Anregungen sei, weil „zu einem späteren Zeitpunkt keine grundlegenden Änderungen mehr möglich (insbesondere am technischen und visuellen Konzept der Website)“ (Zwischenbericht, S. 33) sind, ist inakzeptabel. Insbesondere weil im vorliegenden Zwischenbericht das technische und visuelle Konzept fehlt oder nur provisorisch enthalten ist. Dies erfüllt nicht die gesetzlichen Anforderungen des Beteiligungsverfahrens nach § 137a Abs. 7 SGB V. Es ist zu berücksichtigen, dass der G-BA seine Anmerkungen und Vorgaben nach Vorlage des Gesamtkonzepts vornimmt. Außerdem sollte das G-BA-Qualitätsportal – im Sinne eines kontinuierlich zu verbessernden Systems – jederzeit angepasst werden können.

Zum Kapitel 1.4 Nationale und internationale Krankenhausvergleichsportale

Die Vielzahl unterschiedlicher Krankenhausvergleichsportale und, wie sich in späteren Kapiteln zeigt, die damit einhergehende Überforderung und die Erschwernis für Patienten, geeignete Informationen zu finden, sollte im Anspruch münden, dass das G-BA-Qualitätsportal künftig die zentrale Anlaufstelle im Internet für neutrale, sachrichtige und patientengerechte Vergleiche über maßgebliche Bereiche der stationären Versorgung werden soll. Mit dem G-BA-Qualitätsportal könnte die Verpflichtung der Krankenkassen zur Veröffentlichung der Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser (§ 136b Absatz 7 SGB V) entfallen. Neben der Nichtvereinbarkeit der weiterhin bestehenden Krankenkassen-Veröffentlichungen mit dem Grundsatz der wirtschaftlichen Verwendung von Ressourcen könnte sich auch der „Überfluss an Informationen“ (Zwischenbericht, S. 90) aus zahlreichen, unterschiedlichen Informationsquellen auf die Informiertheit von Patienten negativ auswirken.

Zum Kapitel 2: Einführung in die Methodik

Zum Kapitel 2.1 Entwicklungsschritte der UX-Konzeption

Das Vorgehen zur Analyse der Nutzerbedürfnisse und -anforderungen ist nachvollziehbar beschrieben. Die Entwicklung des Konzepts der Website nach Prinzipien der UX-Konzeption – also nach den Nutzerbedürfnissen von Patienten und deren Zugehörigen – wird begrüßt.

Der Einbezug der Leistungserbringerperspektive wird als relevant erachtet (vgl. Zwischenbericht, S. 40). Dabei sollten neben dem Einbezug von Ärzten und Gesundheitsberatern, insbesondere auch Fachexperten aus dem Krankenhausbereich berücksichtigt werden. Sollte dies bisher nicht geschehen sein, wird empfohlen dies für die weitere Entwicklung vorzusehen. Gleiches gilt für das vom IQTIG beschriebene Expertengremium und für künftig eingebundene Experten im Zuge der „Begutachtungen der Usability“ (Zwischenbericht, S. 41).

Zum Kapitel 2.2 Entwicklung einer Methodik zur Informationsaggregation

Das IQTIG empfiehlt eine Informationsreduktion und Aggregation von Qualitätsinformationen mittels Aggregation rechnerischer Ergebnisse in einem Index. Die vorgeschlagene Methodik ist methodisch fraglich und muss daher abgelehnt werden (vgl. Hinweise zum Kapitel 10).

Das IQTIG sollte berücksichtigen, dass sich Auftragsteil I.2.f nicht bloß darauf bezieht, dass risikoadjustierte Indikatoren als solche dargestellt werden, sondern dass das G-BA-Qualitätsportal selbst eine umfassende Risikoadjustierung sicherzustellen hat. Demzufolge ist jede veröffentlichte Information dahingehend zu prüfen, ob patientenseitige Einflussfaktoren umfassend berücksichtigt wurden, um Fehlinformationen zu vermeiden und einen fairen Krankenhausvergleich zu gewährleisten. Es sollte in diesem Zusammenhang diskutiert werden, ob überhaupt Qualitätsergebnisse ohne Risikoadjustierung im G-BA-Qualitätsportal veröffentlicht werden können. Die Vermeidung von Fehlinformationen oder Missverständnissen muss als Grundvoraussetzung verstanden werden.

Zum Kapitel 2.3 Methodische Herausforderungen

Die notwendige Flexibilität des G-BA-Qualitätsportals wird bestätigt. Es ist unabdingbare Voraussetzung ein kontinuierlich adaptierbares System zu gewährleisten, um Änderungen der Qualitätssicherung umsetzen zu können. Das System sollte gewährleisten, bei Bedarf weitere Informationen schnell in die Veröffentlichung einzubinden bzw. bei einer Streichung von Inhalten weiterhin eine sachgerechte Gesamtveröffentlichung sicherzustellen.

Die Ausführungen zur Allgemeinverständlichkeit und Sachrichtigkeit fokussieren nur auf die datengestützte Qualitätssicherung. Dies erscheint unvollständig, da auch weitere Informationen für das G-BA-Qualitätsportal vorgeschlagen werden.

Die Aussage, dass Qualitätsberichte zahlreiche Informationen beinhalten, die nicht von Patienten benötigt oder rezipiert werden, sollte durch Anpassungs- und Streichungsvorschläge konkretisiert werden (vgl. Zwischenbericht, S. 42).

Zum Kapitel 3: Literaturrecherche und -analyse

Die Literaturrecherche wurde umfassend durchgeführt und ist nachvollziehbar beschrieben. Die Zielsetzung sowie die Berücksichtigung der Ergebnisse für weitere Teile der Bearbeitung erscheinen sachgerecht.

Zum Kapitel 4: Fokusgruppen mit Nutzerinnen und Nutzern von Online-Qualitätsinformationen

Die beschriebenen Ziele sowie das methodische Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung der Fokusgruppen erscheinen nachvollziehbar. Dagegen ist die Repräsentativität der Ergebnisse eingeschränkt.

Weitere Anmerkungen zu Kapitel 4:

- Trotz der Zielgruppe „Allgemeinbevölkerung“ wurden nur Patienten, also Menschen, die in den letzten 12 bis 24 Monaten einen Krankenhausaufenthalt aufwiesen, berücksichtigt. Hier scheint die Perspektive von Menschen zu fehlen, die keine aktuellen Erfahrungen mit stationärer Versorgung aufweisen.
- Bei der Datenanalyse (Zwischenbericht, S. 53) wird die Frage der Informationsbedürfnissen und -präferenzen mit „Was wollen Patienten über Krankenhäuser wissen?“ übersetzt. Diese Offenheit scheint ggf. zu weitreichend. In der Beauftragung wird dies eingegrenzt, denn im G-BA-Qualitätsportal soll über die Qualität von maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung informiert werden. In den Analysefragen fehlt die Auseinandersetzung mit patientenrelevanten Unterschieden der Qualität der medizinischen Versorgung (vgl. Auftragsteil I.2.j).
- Es wird ausgeführt, dass die angestrebte Diversität der Fokusgruppenteilnehmer erreicht wurde (vgl. Zwischenbericht, S. 53). Allerdings ist die Repräsentativität bzw. Diversität eingeschränkt, da die Hälfte der Teilnehmer der Patientenfokusgruppe im Ruhestand ist, aber sich nur ein Teilnehmer in Ausbildung oder Studium befindet. Ebenso war die sprachliche Diversität kein Kriterium für die Bildung der Fokusgruppen und wurde nur nachträglich im Fragebogen erfasst. Kinderärzte

werden bei der Rekrutierung der Fokusgruppenmitglieder hervorgehoben. Schlussendlich nimmt jedoch nur ein Kinderarzt an der Fokusgruppe teil.

Zum Kapitel 5: Halbstrukturierte Bedarfserhebung von Beratungsstellen und Patientenorganisationen

Die Analyse patientenrelevanter Informationen erfolgte differenziert und ausführlich. Die halbstrukturierte Bedarfserhebung war dabei nicht Teil der Beauftragung und liefert auch nur begrenzt Informationen über allgemeine patientenrelevante Informationen.

Es „wurden 22 Dachverbände beziehungsweise Patientenorganisationen angeschrieben, mit der Bitte, die Umfrage an ihre Mitglieder und Verteilerkreise weiterzuleiten.“ (Zwischenbericht, S. 58). Die Angaben zum Auswahlverfahren der Dachverbände und Patientenorganisationen sowie zu den teilnehmenden Personen fehlen.

Zum Kapitel 6: Beteiligung externer Expertise

Die kontinuierliche Beteiligung externer Expertise ist begrüßenswert. Es fehlen Informationen, ob Vertreter der Leistungserbringerseite und der Kostenträgerseite einbezogen wurden. Insbesondere sollten erfahrene wissenschaftliche Experten, die an der Erarbeitung anderer Krankenhausvergleichsportale beteiligt waren, bei der Entwicklung des G-BA-Qualitätsportals einbezogen werden.

Wie in allen anderen Verfahren sollte aus Transparenzgründen offengelegt sein, welche Experten beteiligt wurden und werden. Das IQTIG hatte bereits im Zuge des Aufrufs zur Bewerbung für das Expertengremium darauf hingewiesen, dass die Namen der ausgewählten Experten mit Angaben zu eventuellen Interessenkonflikten im „Abschlussbericht bzw. dessen Vorversion dargestellt“ werden. Um einen wissenschaftlichen und transparenten Forschungsprozess sicherzustellen, sollte die Nennung der Experten und eventuell bestehender Interessenkonflikte nachgereicht werden. Dies gilt auch für künftig eingebundene Experten.

Es sollte begründet werden, weswegen das durch umfassende Literaturrecherchen und durch Fokusgruppen validierte Informationsbedürfnis von Patienten und deren Zugehörigen im Nachgang fachlich modifiziert wurde.

Zum Kapitel 7: Identifikation und Prüfung geeigneter Daten

Der Auftrag zur Identifikation und Prüfung von geeigneten Daten wird vom IQTIG missverständlich beschrieben. Die Beauftragung legt fest, dass geprüft werden soll, ob für die von der Zielgruppe gewünschten Informationen Daten vorliegen und wo diese vorliegen (vgl. Auftragsteil I.2.d). Neben dem Qualitätsbericht der Krankenhäuser sind

weitere Datenquellen aufgeführt. Der Gesetzgeber nimmt dabei explizit die Sozialdaten der Krankenkassen in Bezug (vgl. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 6 SGB V).

Das IQTIG führt des Weiteren aus, dass sich Empfehlungen zur Weiterentwicklung auf die gesetzliche Qualitätssicherung beziehen würden (vgl. Zwischenbericht, S. 65). Dies wäre unvollständig, da sich Auftragsteil I.2.e explizit auf Weiterentwicklungsempfehlungen der Datengrundlage der einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten bezieht. Diese Grundlage kann sich auch aus externen Daten speisen, bezieht sich aber zumindest auch auf Sozialdaten.

Die Identifikation geeigneter Daten im Qualitätsbericht wurde durch einen Abgleich der gewonnenen Erkenntnisse mit der Anlage 1 Qb-R durchgeführt. Dies ist zu begrüßen. Die in den Qualitätsberichten enthaltenen Daten, die nicht als relevant erachtet wurden, sind künftig aus der Berichterstattung herauszunehmen, um ggf. Kapazitäten für Informationen zu gewinnen, die als patientenrelevant erachtet werden. Zu begrüßen ist die Identifikation externer Daten, wie etwa die Daten des Statistischen Bundesamts. Im Sinne der Datensparsamkeit, der Förderung vergleichbarer Daten und der Reduktion der Aufwände sollte das G-BA-Qualitätsportal sobald möglich zusätzlich zu den Daten des Qualitätsberichts auch auf andere Datenquellen zurückgreifen. In den weiteren Kapiteln verdeutlicht sich jedoch, dass die Prüfung weiterer Datenquellen neben dem Qualitätsbericht nur unzureichend erfolgt ist. Dies sollte nachgeholt werden. Es wird empfohlen, neben den Qualitätsberichten auch weitere Datenquellen in der weiteren Konzepterstellung zu berücksichtigen.

Zum Kapitel 8: Grundlegende Anforderungen an das G-BA-Qualitätsportal

Die **Zielgruppenorientierung** (Zwischenbericht, Kapitel 8.1) wird vom IQTIG korrekt als wesentliche Anforderung aufgeführt. Ebenso wird richtig ausgeführt, dass sich die Zielgruppenorientierung sowohl auf die Auswahl der Themen als auch auf die Darstellung bezieht. Was jedoch fehlt ist, dass sich die Zielgruppenorientierung insbesondere auch auf die Visualisierung und die technische Umsetzung des Portals selbst bezieht.

Die Hinweise zur **Benutzerfreundlichkeit** (Zwischenbericht, Kapitel 8.4) spiegeln die Intension des Auftraggebers wieder. Der Anspruch, die Benutzerfreundlichkeit im Zuge der Umsetzung und Evaluation zu prüfen, wird unterstützt.

Im Kapitel 8.5 „**Transparenz und Sachgerechtigkeit**“ geht das IQTIG darauf ein, dass die größtmögliche Transparenz auf dem G-BA-Qualitätsportal erzielt werden sollte. Wesentlich ist dabei die Sicherstellung der inhaltlichen Verlässlichkeit, Sachrichtigkeit und Genauigkeit der Informationen. Demnach gehe es dem IQTIG dabei um ein Abwägen zwischen Informationsmenge, fachlicher Genauigkeit, Komplexität sowie Relevanz, Verständlichkeit und Übersichtlichkeit. Das IQTIG empfiehlt die Wahrung der Sachrichtigkeit der Botschaft (= Vermeidung von Fehlinterpretationen,

Missverständnissen) als oberste Maxime zu definieren. Dieser Empfehlung ist uneingeschränkt zuzustimmen. Die Wahrung der Sachrichtigkeit wird jedoch durch den Vorschlag zur Aggregation rechnerischer Indikatorergebnisse verletzt (vgl. Hinweise zum Kapitel 10).

Das IQTIG führt aus, dass detaillierte Informationen grundsätzlich nur von Experten rezipiert werden und für Laien keinen inhaltlichen Mehrwert aufweisen würden. Die Aussage steht im Widerspruch zu Kapitel 9.4, indem dargestellt wird, dass Nutzer von Krankenhausvergleichsportalen in der Lage sind, „durch die Navigation über verschiedene Menüpunkte und -ebenen“ (Zwischenbericht, S. 90) zu den für sie relevanten Informationen zu gelangen und dabei „unterschiedliche Qualitätsindikatoren sowie Aggregationsniveaus von Qualitätsindikatoren bei ihrer Entscheidungsfindung (zu) berücksichtigen“ (Zwischenbericht, S. 90). Grundsätzlich sollten daher möglichst alle vorliegenden Ergebnisse der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung veröffentlicht werden. Zur Förderung einer sachgerechten Interpretation und Verständlichkeit müssen sie jedoch fachlich erläutert werden.

Hinsichtlich der **Allgemeinverständlichkeit** (Zwischenbericht, Kapitel 8.6) sollte erläutert werden, was mit „anregende(n) Zusätze(n)“ (Zwischenbericht, S. 71) gemeint ist. Grundsätzlich muss der Anspruch der fachlich korrekten Aussage und der Wahrung von Neutralität bei der Aufarbeitung der Texte des G-BA-Qualitätsportals sichergestellt werden.

Der Anspruch nach **Aktualität der Daten** (Zwischenbericht, Kapitel 8.7) wird unterstützt. Zugleich erscheint dieses Bestreben allein auf Grundlage der Qualitätsberichte kaum realisierbar. Die Qualitätsberichte liegen derzeit aufgrund der gegebenen Strukturen und Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung zwei Jahre nach dem Berichtsjahr vor. Das IQTIG sollte in diesem Zusammenhang die Beratungen zur Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens bei der Konzeptionierung berücksichtigen. Ebenso sollte geprüft werden, ob auch Daten genutzt werden könnten, die außerhalb der Qualitätsberichte vorliegen. Es sollte auch eine technische Möglichkeit geschaffen werden, mit der Krankenhäuser bei Bedarf direkt im G-BA-Qualitätsportal Eingaben aktualisieren können.

Zum Kapitel 9: Inhaltliches Konzept

Das IQTIG empfiehlt, keine maßgeblichen Bereiche festzulegen. Diese Empfehlung erfüllt den gesetzlichen Auftrag sowie die Beauftragung (vgl. Auftragsteil I.2.a) nicht. Gleichzeitig setzt das IQTIG jedoch die Leistungsbereiche der datengestützten Qualitätssicherung als maßgeblich fest. Diese Leistungsbereiche bilden jedoch nur einen kleinen Ausschnitt aus dem Leistungsgeschehen der Krankenhäuser ab.

Die Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl aus Patientenperspektive wurden vom IQTIG differenziert und

fundiert analysiert. Die daraus abgeleiteten Informationen bleiben jedoch größtenteils vage. Es fehlen Erläuterungen und Klarstellungen, welche Informationen im G-BA-Qualitätsportal berücksichtigt werden sollen.

Als Datengrundlage werden ausschließlich die Qualitätsberichte der Krankenhäuser systematisch analysiert. Dies erfüllt nicht den Auftragsteil I.2.d, wonach weitere Datenquellen systematisch je patientenrelevanter Information geprüft werden sollen. Der Gesetzgeber weist dabei explizit auf geeignete Daten gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 6 SGB V hin.

Zum Teil werden Themen und Informationen vorgeschlagen, die bislang nicht existieren oder zu denen erst Neu- und Weiterentwicklungen vorgenommen werden müssten. Ziel sollte eine baldige Umsetzung des Portals sein. Wesentliche Inhalte sollten sich daher zunächst möglichst nicht auf noch umfassend neu- und weiterzuentwickelnde Datengrundlagen beziehen.

Zum Kapitel 9.1 Maßgebliche Bereiche der stationären Versorgung

Das IQTIG kommt zu dem Schluss, dass „die epidemiologische Häufigkeit nicht zwangsläufig dem Informationsbedürfnis von (...) Patienten nach Suchanlass“ (Zwischenbericht, S. 75) entspreche. Diese Feststellung erscheint nicht ausreichend begründet. Die Prüfung durch das IQTIG erscheint unzureichend. Für die Identifikation patientenrelevanter Leistungsbereiche wurden bspw. Suchanfragen analysiert, die sich per se nur auf das gegebene Informationsangebot beschränken, wodurch die Informationsbedürfnisse vorselektiert sind. Die Gleichsetzung der häufigsten Hauptdiagnose und Prozeduren mit der epidemiologischen Häufigkeit sollte außerdem begründet werden.

Das IQTIG empfiehlt, „für das G-BA-Qualitätsportal keine Beschränkung auf bestimmte Leistungsbereiche im Sinne von Versorgungsanlässen“ (Zwischenbericht, S. 76) vorzunehmen. Diese Empfehlung widerspricht dem gesetzlichen Auftrag sowie der Beauftragung (vgl. Auftragsteil I.2.a). Die Empfehlung widerspricht jedoch auch den Ausführungen des IQTIG selbst, denn durch die Gleichsetzung der Leistungsbereiche der datengestützten Qualitätssicherung mit den primären Bereichen der Krankenhausversorgung wird implizit eine Setzung maßgeblicher Bereiche vorgenommen.

Die Leistungsbereiche der externen Qualitätssicherung sind historisch gewachsen und bilden nur einen kleinen Ausschnitt aus dem gesamten Leistungsgeschehen der Krankenhäuser ab. Weitere Bereiche der stationären Versorgung wie Kinderheilkunde, Onkologie, Gastroenterologie, HNO, Neurochirurgie u.v.m. sind nicht berücksichtigt. Es erscheint daher fraglich und nicht belegt, wenn davon ausgegangen wird, dass die Leistungsbereiche der datengestützten Qualitätssicherung den primären Bereich der Krankenhausversorgung abbilden.

Weitere Anmerkungen zu Kapitel 9.1:

- Auf Seite 73 wird „Themenbereiche“ mit „Leistungsbereiche“ gleichgesetzt. Es sollte eine stringente Begrifflichkeit gewählt werden. Entsprechend den Richtlinien des G-BA wäre von „Leistungsbereichen“ bzw. „QS-Verfahren“ zu sprechen.
- Auf Seite 73 ist die Rede von spezifischen „Prozeduren und deren Konsequenzen“. Der Begriff Konsequenzen ist hier unverständlich. Wenn damit das Behandlungsergebnis gemeint ist, sollte dieser Begriff gewählt werden.
- Auf Seite 75 wird von „dringend elektiven Versorgungsanlässen“ gesprochen. Diese Begrifflichkeit sollte erläutert oder ersetzt werden.

Zum Kapitel 9.2: Zielgruppe des G-BA-Qualitätsportals

Die Ausführungen zur Definition der Zielgruppe erscheinen nachvollziehbar recherchiert und gut beschrieben. Die Fokussierung auf das Erwachsenenalter ist nachvollziehbar. Der Empfehlung, dass das Portal möglichst geringe Nutzungshürden aufweisen und sich an den gegebenen Kompetenzen orientieren soll, wird zugestimmt.

Das IQTIG betrachtet zur Definition der Zielgruppe auch den Zeitpunkt eines bevorstehenden Krankenhausaufenthalts. Das G-BA-Qualitätsportal sollte sich laut IQTIG demnach an Patienten mit einer elektiven bzw. dringlichen Indikation richten. Es wird weiter argumentiert, dass eine Auswahlentscheidung in Notfallsituationen in der Regel nicht möglich sei. Hierbei stellt sich die Frage, ob das IQTIG davon ausgeht, dass bei einer dringlichen Indikation, die vielfach zwischen sechs und 24 Stunden versorgt wird, andere Gegebenheiten als bei einer Notfallindikation erwartet werden.

Trotz der Berücksichtigung der Lese-, Mathematik- und Technologiekompetenzen ist eine zu starke Vereinfachung von Qualitätsdaten, wie z. B. ein Ampelsystem für ganze Krankenhäuser oder Fachabteilungen, nicht empfehlenswert, da dies zu Fehlinformationen führt und eine sachgerechte Aufklärung verhindert. Es sollten daher alle vorliegenden Qualitätsinformationen veröffentlicht werden. Interessierten Nutzern muss demzufolge die Möglichkeit gegeben werden, z.B. die Ergebnisse eines einzelnen Indikators einschließlich dessen qualitativer Bewertung nachzuvollziehen.

Weitere Anmerkung zu Kapitel 9.2:

- Es wird empfohlen, die unübliche Begrifflichkeit „dringlich elektive Krankenhausaufenthalte“ auf Seite 81 zu definieren oder zu ersetzen.

Zum Kapitel 9.3: Nutzungskontext bei der Krankenhauswahl

Der Aussage, dass die Inhalte des G-BA-Qualitätsportals grundsätzlich sensibel präsentiert werden sollten, wird zugestimmt. Dies bezieht sich auf die Sicherstellung einer neutralen Veröffentlichung von Qualitätsinformationen sowie die Vermeidung von Fehlinformationen. Es sollte daher sichergestellt sein, dass bei der Veröffentlichung von Indikatorergebnissen eine möglichst umfassende Risikoadjustierung Anwendung findet und die Ergebnisse des abschließenden qualitativen Bewertungsverfahrens berücksichtigt werden.

Die Aussage des IQTIG, dass „Patienten meist keine festen Präferenzen (aufweisen), auf denen sie ihre Krankenhauswahl stützen, sondern (diese) (...) in dem Moment, in dem sie danach gefragt werden“ (Zwischenbericht, S. 84) konstruieren, erscheint nachvollziehbar und hebt die Dringlichkeit einer fundierten, fairen und neutralen Veröffentlichung von Qualitätsinformationen hervor.

Es wird herausgearbeitet, dass das G-BA-Qualitätsportal eine Informationsquelle unter vielen weiteren verstanden werden kann. Dabei bezieht sich die Vielseitigkeit der Informationsquellen neben dem Internet auf den Rat von Ärzten, auf eigene Erfahrungen und Erfahrungen aus dem Familien- und Bekanntenkreis. Dies ist nachvollziehbar. Allerdings sollte mit dem zentralen G-BA-Qualitätsportal der Anspruch verfolgt werden, die zentrale Anlaufstelle im Internet für neutrale, sachrichtige, faire und patientengerechte Vergleiche über maßgebliche Bereiche der stationären Versorgung darzustellen (vgl. Hinweise zum Kapitel 1.4).

Das IQTIG führt Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen auf. Diese Aufführung steht scheinbar im Widerspruch mit dem vorher im Konzept beschriebenen Verzicht auf die Festlegung maßgeblicher Bereiche der stationären Versorgung.

Es werden Schwangere und ihre Zugehörigen, Menschen mit schweren Erkrankungen und Menschen mit chronischen Erkrankungen differenziert. Es wird nicht weiter konkretisiert, wie diese Patientenklientel operationalisiert und im Zuge der Konzeptionierung berücksichtigt werden soll. Ebenso fehlt eine Auseinandersetzung, ob nicht ggf. auch weitere Patientenklientel und maßgebliche Bereiche identifiziert werden können. Die Festlegung der spezifischen Zielgruppen ist daher insgesamt noch nicht klar. Laut Beauftragung sollte bei der Identifikation der Zielgruppen z.B. die Betroffenheit unter besonderer Berücksichtigung der maßgeblichen Bereiche erfolgen. (vgl. Auftrag Nr. I.2.b). Ohne Festlegung der maßgeblichen Bereiche müsste die Identifikation dieser Zielgruppen besser begründet werden.

Zum Kapitel 9.4: Nutzungsverhalten bei der Suche nach Qualitätsinformationen

Die empirischen Hinweise zur geringen Relevanz der Qualitätsberichtserstattung und ihren Aufarbeitungsformen im Internet sollten zum Anlass genommen werden, die Qualitätsberichte patientengerecht umzuarbeiten und auf relevante und fundierte

Informationen zur Qualität der medizinischen Versorgung zu beschränken. Gleiches bestätigt das IQTIG mit dem Hinweis, dass u.a. „ein Überfluss an Informationen (...) sowie die wenig nutzerfreundliche Aufbereitung und Darstellung von Informationen“ (Zwischenbericht, S. 90) Gründe für die Nichtnutzung der Qualitätsberichte seien.

Die Feststellung, dass „nur etwa 20 % bis 22 % der Krankenhausbehandlungen (...) durch die gesetzliche Qualitätssicherung erfasst“ wird, ist korrekt. Diese Aussage steht jedoch im Widerspruch zu den Aussagen im Kapitel 9.1, dass die Leistungsbereiche der gesetzlichen Qualitätssicherung die primären Bereiche der Krankenhausversorgung abbilden.

Zum Kapitel 9.5: Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl aus Patientenperspektive

Die Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl aus Patientenperspektive wurden vom IQTIG größtenteils differenziert und fundiert analysiert.

Es fehlt eine Auseinandersetzung zu der Frage, ob die Erkenntnisse der Bedarfserhebung uneingeschränkt verwendet und interpretiert werden können. Die Feststellungen der Bedarfserhebung erscheinen wenig differenziert. Ebenso scheint die Übertragbarkeit dieser Erkenntnisse auf die Allgemeinbevölkerung nicht möglich.

Bei den übergeordneten Themen wird der Wunsch nach der Darstellung eines Gesamteindrucks oder einer direkten Empfehlung angeführt. Dies ist unzureichend in der Darstellung der Fokusgruppenergebnisse herausgearbeitet. Insgesamt ist fraglich, ob ein Gesamteindruck bzw. eine direkte Empfehlung zu einem Krankenhaus überhaupt möglich ist und ob eine zentrale, neutrale und sachrichtige Qualitätsberichterstattung eine derartige Darstellung anbieten sollte. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bezieht zu dieser Thematik klar Position, in dem er in seinem Gutachten² zum Jahr 2018 ausführt, dass Qualitätsinformationen die Patientenautonomie erhöhen und stets neutral dargestellt werden müssen: „Eine bedarfsgerechte Steuerung bezeichnet (...) nicht die Steuerung der Patientinnen und Patienten in bestimmte, als bedarfsgerecht erachtete Strukturen und Versorgungspfade, sondern meint die informierte Mitwirkung bei der Steuerung der Versorgung durch die Patientinnen und Patienten selbst. Die Steuerung erfolgt also durch das Empowerment der Betroffenen, Entscheidungen zu ihrer Gesundheitsversorgung gemäß ihren Präferenzen zu treffen. Die Bedarfsgerechtigkeit ist hier daher stets aus der die individuellen Präferenzen einschließenden Patientenperspektive zu verstehen.“ (Gerlach et al. 2018, Kapitel 12.4, Nr. 733)

² https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf

Zum Kapitel 9.6: Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl aus Patientenperspektive

Es wird ausgeführt, dass Themen, „die aus keinem der drei Wissensbestände abgeleitet werden konnten, (...) (eine) fachliche Ergänzungen“ (Zwischenbericht, S. 139 f.) darstellen würden. Dieses Vorgehen ist ohne weitere Begründung nicht nachvollziehbar. Ziel ist es, bei der Identifikation relevanter Informationen die Bedürfnisse der Patienten zu berücksichtigen. Die Patientenrelevanz fachlich ergänzter oder modifizierter Themen sollte im Einzelnen begründet werden.

Des Weiteren ist kritisch anzumerken, dass der Auftragsteil I.2.d nicht erfüllt wird, solange die für Patienten relevanten Informationen nur auf deren Verfügbarkeit in den Qualitätsberichten geprüft wird.

Die vorgesehene Konkretisierung der Themenbereiche (Zwischenbericht, Kapitel 9.6.1) bleibt an vielen Stellen vage. Es fehlen Erläuterungen und Klarstellungen, welche Informationen konkret in die Analyse mit eingeflossen sind und im G-BA-Qualitätsportal berücksichtigt werden sollen.

Die Tabellen und Ausführungen zur Analyse, ob patientenrelevante Informationen in den Qualitätsberichten enthalten sind, ist an einigen Stellen fraglich und unvollständig. Die Tabellen sollten überarbeitet bzw. aktualisiert werden. Bspw. wird dargestellt, dass Informationen zur „Berücksichtigung besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße“ (Zwischenbericht, S. 151) nur teilweise in den Qualitätsberichten vorliegen. Diese Informationen sind bei den Aspekten der Barrierefreiheit im Kapitel A-7.2 Anlage 1 Qb-R enthalten. Auch die Bewertung in der Tabelle 23, dass keine Informationen zur Qualifikation von Ärzten vorliegen, ist nicht korrekt, da die Qualitätsberichte umfassende Angaben zur Expertise von Ärzten und Pflegefachkräften einer Abteilung aufweisen. Als weiteres Beispiel stellt sich auch die Frage wieso „Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit“ (Zwischenbericht, S. 162) allein mit Indikatoren operationalisiert werden sollen, da die im Qualitätsbericht enthaltenen Informationen zum Qualitätsmanagement sowie zum Risikomanagement hierzu auch relevant sein könnten.

Zum Kapitel 9.7: Für das G-BA-Qualitätsportal empfohlene Informationsmodule und Weiterentwicklungen

Die vom IQTIG identifizierten Themenbereiche sind größtenteils nachvollziehbar durch die Fokusgruppen, die Literaturrecherche sowie die Bedarfsanalyse hergeleitet. Zum Teil wurden Veränderungen „nach erneuter Überprüfung und Reflexion der gewonnen Erkenntnisse durch das IQTIG vorgenommen“ (Zwischenbericht, S. 173). Für fachlich angepasste Themen und Informationsmodule sollte jeweils begründet werden, ob weiterhin von Patientenrelevanz ausgegangen werden kann.

Die vorgeschlagenen Informationsmodule werden nur oberflächlich beschrieben. Die tatsächlichen Inhalte und Ausgestaltung der Informationsmodule sind größtenteils unklar. Es fehlt eine eindeutige Beschreibung der tatsächlichen Inhalte sowie nachvollziehbare Konkretisierungen.

Zum Teil werden Themen vorgeschlagen, die bislang nicht existieren bzw. sich erst in einer Erprobung bzw. in Entwicklung befinden und deren Umsetzung unklar ist. Darüber hinausgehende Weiter- und Neuentwicklungen müssen zunächst die Themenfindungs- und Priorisierungsverfahren im G-BA durchlaufen, bevor sie fachlich in den zuständigen Gremien beraten werden können. Ebenso ist zu jeder Neuentwicklung die Möglichkeit zur Wahrnehmung des Beteiligungsrechts vorzusehen.

Die angesprochene, später nur mit erheblichem Aufwand verbundene Möglichkeit zur Anpassung der Inhalte des G-BA-Qualitätsportals wird abgelehnt. Aufgrund der kontinuierlichen Verbesserung und Überarbeitung der QS-Verfahren und der Inhalte der Qualitätsberichte ist mit fortlaufenden Anpassungen zu rechnen. Es ist die Möglichkeit zur aufwandsarmen und flexiblen Weiterentwicklung des Systems, bei sich ändernden Anforderungen und Veränderungen der Datengrundlagen sicherzustellen. Das Vorsehen von „Platzhaltern“ wird diesem Anspruch nicht gerecht.

Auftragsteil I.2.d ist nicht erfüllt, da als einzige Datenquelle die Qualitätsberichte der Krankenhäuser aufgeführt werden. Weitere Datenquellen werden, wie in der Beauftragung vorgesehen, nicht systematisch je patientenrelevanter Information geprüft. Die Nichtberücksichtigung weiterer Datenquellen wird des Weiteren lediglich anhand eines nicht verallgemeinerbaren Beispiels begründet. Es fehlt eine ausführliche, systematische Prüfung, ob die identifizierten Informationen in anderen Datenquellen vorliegen und wie sie genutzt werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im gesetzlichen Auftrag die Berücksichtigung geeigneter Sozialdaten explizit genannt ist. Die alleinige Bezugnahme auf Indikatoren, die Sozialdaten berücksichtigen, wird nicht konkretisiert und genügt nicht zur Erfüllung der Beauftragung an dieser Stelle. Besonders bedauerlich ist die fehlende systematische Prüfung externer Datenquellen, da auf diese Weise ggf. den Anforderungen zur Aktualität der Daten Rechnung getragen werden könnte. Als Gründe für den Ausschluss wird insbesondere ein hoher Aufwand bei der Datenbeschaffung genannt. Dabei sind die letztendlich vorgeschlagenen Themen und Informationsmodule und die damit verbundenen Weiterentwicklungen ebenfalls mit zum Teil enormen Mehraufwänden verbunden. Es ist zu berücksichtigen, dass die Inhalte der Qualitätsberichte nicht willkürlich angereichert werden können. Für die Inhalte der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser muss ein Nutzen für die Qualität der medizinischen Versorgung nachgewiesen sein. Die darin enthaltenen Daten müssen hierfür relevant sein und ein Qualitätsmerkmal darstellen oder nachgewiesenermaßen zu einer Qualitätsverbesserung führen. Demzufolge können weitere Themen nur dann aufgenommen werden, wenn die Themen zum einen nachgewiesenermaßen als patientenrelevant erachtet werden und sie auf eine Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung abzielen. Zum anderen müssen bestehende Inhalte der Qualitätsberichte, für die kein Nutzen für

Patienten identifiziert wurde, aus der Qualitätsberichterstattung entfernt werden, um die Lesbarkeit der Qualitätsberichte durch eine Reduktion der überfordernden Menge an Informationen zu erhöhen und um Fehlanreize zu ineffizienter Ressourcenallokation zu vermeiden.

Die „Zuordnung von Qualitätsindikatoren zu Informationsmodulen zur Aggregation“ erfolgt durch beispielhafte Aufzählungen von Indikatoren. Dieses Vorgehen erscheint intransparent und sollte dringlich konkretisiert werden. Es sollten möglichst alle Ergebnisse der Qualitätssicherung veröffentlicht werden. Es wird nicht deutlich, ob das IQTIG vorschlägt, auf die Veröffentlichung einiger Indikatorergebnisse zu verzichten. Ebenso wird nicht deutlich, ob Einzelergebnisse dargestellt werden sollen.

Anmerkungen zu ausgeschlossenen Themenbereichen:

„Kontaktdaten Organisationseinheiten/ Fachabteilungen (z.B. zur Terminvergabe)“: Der Themenbereich wird nicht zur Veröffentlichung vorgeschlagen, weil die Daten nicht aktuell seien. Dies widerspricht der Berücksichtigung der Kontaktdaten einer beauftragten Person für Barrierefreiheit im Informationsmodul 2.2.2. Das IQTIG sollte eine Verlinkung auf die Internetseite des Krankenhauses vorsehen und Krankenhäusern die Möglichkeit geben, diese Angabe aktualisieren zu können.

„Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP)“: Diese Informationen seien nur für wenige Patientengruppen bei der Krankenhaussuche relevant. Als Entscheidungsgrundlage gilt hier, dass das „Informationsbedürfnis (...) bezogen auf die Gesamtheit der (...) Nutzer des Portals als gering einzuschätzen“ (Zwischenbericht, S. 180) sei. Gleicher Grundsatz gilt dann auch für das Informationsmodul 14 „Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen“. Folgerichtig wären also nur Informationen zu berücksichtigen, die einen Großteil der Allgemeinbevölkerung betreffen (können).

„Verfügbarkeit von bzw. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten“: Der Ausschluss kann nachvollzogen werden. Zugleich erscheint die Begründung, dass eine Einschätzung zum Nutzen des Einsatzes eines Geräts aufwendig sei, nicht nachvollziehbar.

„Zusammenarbeit mit Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen“: Das IQTIG sollte begründen, warum die derzeit vorliegenden Informationen nur begrenzt dem Informationsbedürfnis von Patienten entsprechen und nur bedingt die tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort widerspiegeln. Gleiches gilt für den Ausschluss der Informationen zur Seelsorge sowie zum Begleitsdienst. Hier wird ausgeführt, dass eine Bündelung psychosozialer Angebote geraten wird. Es fehlt eine Konkretisierung.

„Ambulant angebotene Behandlungen und Operationen“: Es fehlt eine nachvollziehbare Begründung. Die Gefahr einer Verzerrung des Informationsangebots scheint nicht gegeben, da die Informationen bereits veröffentlicht werden.

Anmerkungen zu eingeschlossenen Informationsmodulen:

Informationsmodul 1.1.3 „Unterstützer des Website-Angebots“: Das IQTIG sollte die konkreten, zu veröffentlichenden Inhalte ergänzen.

Informationsmodul 1.2 „Themen und Tipps“: Das IQTIG sollte die konkreten, zu veröffentlichenden Inhalte ergänzen. Gleiches gilt für 1.1.2 „Tipps zur Krankenhaussuche“. Was unter „Tipps für die Krankenhaussuche“ zu verstehen ist, ist nicht konkretisiert. Zu berücksichtigen ist, dass sachgerechte Qualitätsberichterstattung eine wertfreie und neutrale Veröffentlichung sicherstellt.

Informationsmodul 1.3 „Hintergrundinformationen zu ausgewählten Spezialthemen“: Die Information scheint nicht von den eruierten Patienteninteressen abgedeckt. Ebenso sollte das IQTIG Redundanzen mit dem Modul 7.3 berücksichtigen und – falls dies erwünscht ist – begründen.

Informationsmodul 2.3.2 „Art der Trägerschaft“: Das IQTIG schlägt vor, eine Differenzierung der konfessionellen Träger umzusetzen. Dies wird jedoch nicht mit den Fokusgruppenaussagen oder der Literatur belegt. Im Übrigen wären die Grundsätze der Diskriminierungsfreiheit zu berücksichtigen.

Informationsmodul 2.5 „Vollständiger strukturierter Qualitätsbericht als PDF-Datei“: Der Vorschlag, den gesamten Qualitätsbericht eines Krankenhauses bereitzustellen, wird unterstützt. Das IQTIG sollte prüfen, ob die derzeit in Weiterentwicklung befindliche G-BA-Referenzdatenbank eingebunden werden kann.

Informationsmodul 3 „Ausstattung und Service“: Das IQTIG weist bei den Unterthemen 3.1.1 und 3.1.2 „WLAN“ und „TV“ darauf hin, dass der Ausschluss dieser Informationen geprüft werden sollte. Es wird vorgeschlagen, den Ausschluss bereits vorzunehmen. Es ist zu berücksichtigen, dass die Angaben in den Qualitätsberichten zu den nicht-medizinischen Leistungsangeboten zwischenzeitlich aktualisiert wurden. Es wurden u.a. Angaben zu Kosten, den Parkplätzen oder zur Ausstattung der Patientenzimmer gestrichen, weil der Nutzen dieser Angaben als gering angesehen wird. Stattdessen wurde ein Weblink im Qualitätsbericht aufgenommen, um jeweils aktuelle Angebote darzustellen. Diese Neuerung sollte das G-BA-Qualitätsportal entsprechend umsetzen. Beim Informationsmodul 3.2.3 „Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit“ wird ausgeführt, dass die Informationen auf professionelle Dolmetscherdienste beschränkt werden. Es fehlt eine Begründung für diese Einschränkung und die Prüfung, ob dadurch ein fairer Krankenhausvergleich beeinträchtigt werden könnte.

Informationsmodul 4 „Behandlungserfolg“: Das negative Framing des Informationsmoduls „Behandlungserfolg“ durch Fokussierung auf Komplikationen und Sterblichkeit ist fraglich. In den generierten Wissensbeständen hatte sich gezeigt, dass für Komplikations- und Sterberaten keine besondere Patientenrelevanz besteht. Es zeigte sich, dass viele Patienten diese Themen für beängstigend halten.

Informationsmodul 6 „Kommunikation und Interaktion“: Es fehlt eine Konkretisierung, welche Informationen im Einzelnen veröffentlicht werden sollen. Es bleibt auch offen, auf welcher Datengrundlage entsprechende Informationen zur Verfügung stehen. Die Ausführungen des IQTIG machen deutlich, dass die Daten „Perspektivisch“ (Zwischenbericht, S. 194 und 196) vorliegen könnten. Es sollte geprüft werden, inwiefern Informationen zum Thema „Zweitmeinung“ relevant erscheinen.

Informationsmodul 7 „Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen“: Die Prüfung einer „qualitative(n) Bewertungsaussage der Fallzahl des Krankenhauses (...) wie ‚unterdurchschnittlich‘, ‚durchschnittlich‘, ‚überdurchschnittlich‘ im Bundesdurchschnitt möglich und hilfreich ist“ wird nicht begründet und scheint problematisch. Sollte eine Bewertung der Höhe von Fallzahlen gemeint sein, würde dies einer sachgerechten, neutralen Veröffentlichung von Qualitätsinformationen entgegenstehen. Ohne eine Evidenzrecherche bzw. Volume-Outcome-Analyse kann ein Zusammenhang von Fallzahl und Qualität nicht festgestellt werden bzw. Qualität an einer definierten Höhe einer Fallzahl festgemacht werden. Eine „qualitative Bewertungsaussage“ ist daher unsachgerecht und mit Rechtsrisiken behaftet. Diese Prüfempfehlung sollte gestrichen werden. Ebenso kann der Empfehlung zur dichotomen Darstellung der Mindestmengenergebnisse nicht zugestimmt werden. Die Ergebnisse sind stets vollständig abzubilden.

Informationsmodule 8 „Hygiene- und Infektionsmanagement“ und 10 „Pflege und Entlassmanagement“: Die Inhalte stützen sich auf perspektivisch vorliegende Ergebnisse aus sich in der Entwicklung bzw. Erprobung befindlichen Verfahren. Dabei ist völlig unklar, ob und wie die Verfahren tatsächlich umgesetzt werden können und ob daraus resultierende Daten für eine Veröffentlichung geeignet sind. Die Entwicklungen müssen abgewartet werden und können frühestens nach den fachlichen Beratungen auf ihre Möglichkeit zur Weiterverwendung im G-BA-Qualitätsportal geprüft werden. Bedauerlicherweise finden die bereits in den Qualitätsberichten enthaltenen Informationen zu hygienebezogenen und infektionsmedizinischen Aspekten keine Berücksichtigung. Dies sollte nachgeholt werden. Es ist auch zu berücksichtigen, dass in den Fokusgruppen nur geringes Informationsbedürfnis von Patienten zum Entlassmanagement festgestellt wurde.

Informationsmodul 9 „Personal“: Der Versuch, einen Betreuungsschlüssel zu veröffentlichen, wird – insbesondere vor dem Hintergrund interdisziplinär belegter Organisationseinheiten und fachabteilungsübergreifender Ansätze – nicht möglich sein. Dem Ausschluss individueller Kompetenzprofile wird zugestimmt.

Informationsmodul „Medizinische Schwerpunkte“: Beim Modul 11.1 „Behandlungsschwerpunkte“ und 11.3 „Intensivmedizinische Versorgung im Haus“ fehlt eine Konkretisierung, welche Informationen zur Veröffentlichung vorgeschlagen werden. Im Modul 11.2 „Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren“ sollen ausschließlich die gemäß der G-BA Zentrums-Regelungen nach § 136c Abs. 5 SGB V geführten Zentren aufgenommen werden. Hierzu ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine

Regelung zur Finanzierung von besonderen Zentrumsaufgaben, die bislang nicht über die Fallpauschalen vergütet werden, handelt. Aufgrund der enggefassten Vorgaben ist zu erwarten, dass nur wenige Zentren abgebildet werden könnten. Nicht berücksichtigt wären für Patienten ebenfalls relevante Schwerpunkteinheiten und weitere von den Ländern ausgewiesene Zentren, wie etwa pädiatrische Zentren oder Zentren für personalisierte Medizin. Es wird daher empfohlen, zusätzlich zu den G-BA-Zentren auch Selbstbezeichnungen zu ermöglichen.

In Zusammenschau des Spezialisierungsgrades mit der Größe des Krankenhauses ist zu berücksichtigen, dass eine Suche allein nach Größenfaktoren ggf. zu einer Benachteiligung bzw. Fehlinterpretation zu Lasten kleiner Fachkliniken führen würde.

Informationsmodul 12 „Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate“: Der Hinweis, dass Zertifikate und Qualitätssiegel schwer vergleichbar sind, ist nachvollziehbar. Die vorgeschlagenen Inhalte stützen sich jedoch auf perspektivisch vorliegende Ergebnisse, die derzeit erst entwickelt werden müssen. Es ist unklar, ob und welche Informationen vorliegen werden und ob sie für eine Veröffentlichung geeignet sind. Die ausstehende IQTIG-Entwicklung muss daher abgewartet werden und daraus gewonnene Erkenntnisse frühestens nach den fachlichen Beratungen auf Ihre Möglichkeit zur Weiterverwendung im G-BA-Qualitätsportal geprüft werden.

Informationsmodul 13 „Allgemeine Patientenerfahrung“: Das IQTIG schlägt die Entwicklung einer allgemeinen Patientenbefragung vor. Darin sollen u.a. die „Atmosphäre eines Krankenhauses“ (Zwischenbericht, S. 183) und „Erfahrungen mit Prozessen der Essensversorgung“ (Zwischenbericht, S. 186) analysiert werden. Das IQTIG sollte darstellen, ob es davon ausgeht, mit einer solchen Befragung eine Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung zu erreichen. Andernfalls stellt sich die Frage, ob eine gesetzliche Legitimation zur Erhebung und Veröffentlichung entsprechender Informationen gegeben ist. Bevor ein solches Verfahren vorgeschlagen wird, müsste daher zunächst der Nutzen oder das medizinische Verbesserungspotenzial dargestellt werden. Es ist vor dem Hintergrund der begrenzten Ressourcen zumindest diskussionswürdig, anstelle der Neu- und Weiterentwicklung von QS-Verfahren, die nachweislich auf eine Verbesserung der medizinischen Versorgung abzielen, ein aufwendiges Verfahren zu entwickeln, mit dem Einschätzungen zur Essensversorgung geprüft werden. Auch scheint der Vorschlag den vom IQTIG beschriebenen Informationsüberfluss außer Acht zu lassen.

Anstelle der Berücksichtigung des Themas Schmerzmanagement in einer allgemeinen Patientenbefragung sollte geprüft werden, ob die bereits in den Qualitätsberichten enthaltenen Informationen zum Schmerzmanagement, bspw. das Vorhandensein von Schmerzmanagementmaßnahmen und entsprechend qualifiziertem Personal berücksichtigt werden sollten.

Zum Kapitel 10: Methodik für die Informationsaggregation

Das IQTIG führt aus, dass eine Indexbildung allein mit den rechnerischen Ergebnissen möglich sei. Dabei wird vernachlässigt, dass nur mit der abschließenden, qualitativen Bewertung, z.B. im Zuge des Strukturierten Dialogs gemäß Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), eine Qualitätsaussage getroffen werden kann. Die Empfehlung des IQTIG ist daher methodisch höchst fragwürdig und widerspricht explizit dem Auftrag.

Anstatt mehrere Methoden zur Informationsverdichtung zu entwickeln und zu prüfen, fokussiert sich das IQTIG auf die Indexbildung von rechnerischen Indikatorergebnissen. Die empfohlenen Methoden zur Indexbildung scheinen ebenfalls methodische Defizite aufzuweisen. Es fehlt eine systematische Eignungsprüfung für die zu verwendenden Indikatoren sowie für die Konstruktion des Index selbst. Aussagen über die Repräsentativität und Angemessenheit sind dadurch nicht oder allenfalls eingeschränkt möglich. Dies führt dazu, dass sowohl die Auswahl der Indikatoren sowie die Indexkonstruktion selbst unsystematisch und konzeptionell fraglich erfolgen. An dieser Stelle muss insbesondere bemängelt werden,

- dass das IQTIG scheinbar willkürlich Indikatoren für die Indexbildung auswählt, ohne dabei zu berücksichtigen, dass möglichst alle relevanten Qualitätsdimensionen und Aspekte der betrachteten Bezugsebene (hier: Leistungsbereich/ Versorgungsanlass) durch möglichst viele geeignete Qualitätsindikatoren abgedeckt werden müssen. Die vorgenommene Abwägung zwischen der Anzahl an Qualitätsindikatoren und der Anzahl zu berücksichtigender Leistungserbringer ist nicht tragbar, da dies zu einer Beschränkung auf ggf. nur begrenzt geeignete Indikatoren sowie zum Ausschluss methodisch hochwertiger und medizinisch relevanter Indikatoren führen würde,
- dass Indikatoren Überschneidungen in der Grundgesamtheit aufweisen, wodurch zwangsläufig Verzerrungen im Indexergebnis zu erwarten sind,
- dass eine Gleichgewichtung von Indikatoren unweigerlich dazu führt, dass unterschiedliche Evidenzgrade unberücksichtigt bleiben und die gleiche Relevanz aller Indikatoren für Leib und Leben (bspw. Harnwegsinfekt vs. Tod) festgelegt wird, wodurch sich eine ethisch höchst problematische Vorgehensweise und eine Einschränkung der Selbstbestimmung der Patienten ergibt und
- dass kleine Fallzahlen erhebliche Auswirkungen auf das Berechnungsergebnis haben können und durch die Überschneidungen der Grundgesamtheit auch mehrfach in die Indexberechnung einfließen.

Insgesamt verdeutlicht sich, dass die vorgeschlagene Methode zur Indexbildung gänzlich ungeeignet ist. Sie erlaubt keine Aussage über die Qualität eines Leistungsbereichs oder eines Versorgungsanlasses. Einen Gesamtindex für einen ganzen Krankenhausstandort zu bilden ist mit den gegebenen Qualitätsindikatoren und insbesondere mit den vorgeschlagenen Methoden nicht möglich. Darüber hinaus ist ein Krankenhaus-Gesamtwert dem Grunde nach nicht durch die Beauftragung oder den

gesetzlichen Auftrag abgedeckt, da der Fokus auf risikoadjustierten Vergleichen maßgeblicher Bereiche liegt.

Auch der Vorschlag des IQTIG, die bereits methodisch defizitären Indexergebnisse weitergehend zu klassifizieren, in dem sie in eine numerische Skala übertragen werden, ist nicht tragbar, da zum einen die normative Grundlage für diese standortbezogene Veröffentlichung einer Qualitätsbewertung fehlt und zum anderen ein sachrichtiger Vergleich nicht möglich wäre. Es drohen erhebliche Falschinformationen und Fehlinterpretationen.

Anstelle einer vorab vorgenommenen Indexbildung sollte die Förderung der Selbstbestimmtheit und Gesundheitskompetenz forciert werden. Sollten Patienten verdichtete Informationen bevorzugen, ist zu prüfen, ob – ohne Einbußen der Fairness und der Sachrichtigkeit – Patienten selbst die Aggregation und Selektion von Informationen vornehmen können. Besonders wichtig ist darüber hinaus, dass bei einer Aggregation nachvollziehbar bleibt, welche Daten wie zusammengefasst sind und dass alle Daten auch im Detail veröffentlicht sind. Nur so kann die Akzeptanz der Leistungserbringer und der Patienten hinsichtlich der dargestellten Informationen erreicht werden.

Zum Kapitel 10.1: Ziele und theoretischer Rahmen der Informationsaggregation

Das IQTIG führt aus, dass „Fairness (...) in diesem Kontext zum einen (bedeutet), dass Aussagen zur Versorgungsqualität der Leistungserbringer getroffen werden, nicht zu Einflussfaktoren auf Prozesse und Ergebnisse, die die Leistungserbringer nicht beeinflussen können. Dieses Kriterium wird über die Erfüllung von methodischen Anforderungen an die indikatorgestützte Qualitätsmessung, insbesondere die Erfüllung der Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren (IQTIG 2019: 135-151), sichergestellt.“ (Zwischenbericht, S. 219). Es ist korrekt, dass bei einer Qualitätsbewertung sichergestellt sein muss, dass Einflussfaktoren, die nicht durch die Krankenhäuser voll beherrschbar sind, nicht in die Bewertung miteinfließen dürfen. Der alleinige Verweis auf die Erfüllung methodischer Anforderungen sowie der Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren genügt an dieser Stelle jedoch nicht. Die Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren können keinesfalls auf die konzeptionell neue Zweckverwendung der Qualitätsindikatoren für das G-BA-Qualitätsportal und die vorgeschlagene Aggregation metrischer Ergebnisse übertragen werden. Die Eignung von Qualitätsindikatoren ist keine alleinstehende Eigenschaft, sondern bezieht sich immer auf einen definierten Verwendungszweck.

Die Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung sind für qualitätsfördernde Maßnahmen konzeptioniert. Während für das Verfahren der externen Qualitätssicherung bspw. die gegebene Risikoadjustierung ausreichend sein kann, ist die Berücksichtigung derselben Risikofaktoren zwar notwendig, aber für eine Veröffentlichung allein auf Grundlage rechnerischer Ergebnisse nicht hinreichend, weil

weitere vorliegende Risikofaktoren, im Verfahren der externen Qualitätssicherung erst im Strukturierten Dialog angemessen berücksichtigt werden können. Aufgrund der anderen Methodik und Zweckverwendung bestehen grundsätzlich andere Anforderungen an die Eignung. Ein fairer Krankenhausvergleich wird erst dann ermöglicht, wenn sichergestellt ist, dass Unterschiede in den Indikatorergebnissen ausschließlich auf Faktoren zurückzuführen sind, die durch das Handeln der Leistungserbringer beeinflussbar sind. Demzufolge muss eine umfassende Risikoadjustierung (Auftragsteil I.2.f und I.2.g) gegeben sein und die Ergebnisse des abschließenden qualitativen Bewertungsverfahrens (Auftragsteil I.2.f) berücksichtigt werden.

Das IQTIG geht davon aus, dass auf Grundlage der Aggregation rechnerischer Indikatorergebnisse Aussagen über die Versorgungsqualität von Krankenhausstandorten möglich seien. Dieser Annahme ist ausdrücklich zu widersprechen, da die bestehenden Qualitätsindikatoren Leistungen oder Leistungsbündel nur lückenhaft abbilden können und daher keine Aussage über die Qualität einer Leistung insgesamt, einer Fachabteilung oder eines Krankenhauses ermöglichen. Gleiches bestätigt das IQTIG an anderer Stelle: „Mit den derzeitigen Indikatoren nach QSKH-RL (...) ist eine Abbildung von zusammenhängenden stationären Versorgungsprozessen nicht gegeben. (...) Die Qualitätsförderung der QSKH-RL bezieht sich traditionell punktuell auf begrenzte Leistungsabschnitte, wo Förderung sinnvoll ist. Sie kann aber die Qualität von ganzen Leistungen oder Leistungsbündeln nicht abbilden.“ (Weiterentwicklungsbericht zu plan. QI vom 30. September 2019, S. 91³).

Die Übertragbarkeit von Ansätzen, die das IQTIG in den Methodischen Grundlagen für die Itementwicklung von Patientenbefragungen anführt, auf die Bildung von komplexen, statistischen Indexmodellen scheint methodisch fraglich. Die Güte eines Index alleine danach zu bemessen, ob dieser „sachlogischen Überlegungen“ (Zwischenbericht, S. 222) Stand hält und ob von Patienten gewünschte Informationsmodule mit mindestens einem Indikator abdeckt werden, ist methodisch unzureichend. Es fehlt eine systematische Auseinandersetzung mit grundlegenden Anforderungen an die vorgeschlagene Indexbildung und deren mögliche oder nicht mögliche Erfüllung. Dies schließt bspw. Fragen ein, ob eine gleichgewichtete Indexbildung vor dem Hintergrund der stark unterschiedlichen Relevanz der Qualitätsaspekte methodisch, ethisch und medizinisch überhaupt möglich ist, ob ein vorab definiertes Qualitätsmodell möglichst vollständig durch ausreichend viele Qualitätsindikatoren abgedeckt werden kann, ob Überschneidungen in der Grundgesamtheit der Indikatoren ausgeschlossen werden können, um kritische Patientenfälle nicht doppelt in die Bewertung einfließen zu lassen oder wie mit kleinen Fallzahlen umzugehen wäre.

Das IQTIG beschreibt hierzu an anderer Stelle, dass eine Verrechnung von Qualitätsindikatoren in einem Index „mit der fast unlösbaren Schwierigkeit, dass dann

³ https://iqtig.org/dateien/berichte/2019/2019-09-30_IQTIG_PlanQI-Weiterentwicklung_Abschlussbericht_barrierefrei.pdf

die Qualitätsziele der Indikatoren eines Sets gegeneinander numerisch gewichtet werden müssten“ verbunden wäre (Weiterentwicklungsbericht zu plan. QI vom 30. September 2019, S. 92⁴).

Zum Kapitel 10.2: Herleitung und Begründung der Methodik für die Informationsaggregation

Das IQTIG führt aus, dass die Darstellung der Gesamtqualität eines Krankenhauses, mit den vorgeschlagenen Methoden, nicht möglich ist (vgl. Zwischenbericht, S. 244). Dieser Einschätzung ist zuzustimmen. Zugleich soll jedoch ein Gesamtindex für den Standort aggregiert werden (vgl. Zwischenbericht, S. 225). Diese Aussagen stehen im Widerspruch zueinander.

Die Überlegungen des IQTIG zur Indexbildung sind methodisch unzureichend. Ebenso bleibt das konkrete Vorgehen unklar. Es werden außerdem zum Teil Begrifflichkeiten, wie maßgebliche Bereiche, Informationsbedürfnisse, Informationsmodule, QS-Verfahren, Versorgungsanlässe und Qualitätsdimensionen, unsystematisch und teilweise synonym verwendet.

Anstelle einer methodisch sauberen Beschreibung und Herleitung, welche Qualitätsindikatoren vorhanden sein müssen, um vorab definierte Qualitätsdimensionen abbilden zu können, beschreibt es das IQTIG als ausreichend, dass vorhandene Qualitätsindikatoren gebündelt werden und die Validität des Index durch eine Einschätzung untermauert wird. Dabei genügt es dem IQTIG, dass je Qualitätsdimension oder Informationsmodul (bspw. Behandlungserfolg) ein einziger Indikator vorhanden ist. Dies ist methodisch nicht unzureichend.

Die vorgeschlagene Aggregation von Indikatorergebnissen zu einem Index bedingt eine maßgebliche Einschränkung, denn es können nur Krankenhäuser berücksichtigt werden, die für jeden im Index enthaltenen Indikator auch Patientenfälle in der Grundgesamtheit aufweisen. Es erfolgt eine scheinbar willkürliche Abwägung zwischen Anzahl der Leistungserbringer und Anzahl der berücksichtigten Indikatoren. Das Vorgehen scheint unsystematisch und methodisch unsauber. In jedem Fall müssen genutzte Indizes wissenschaftlichen Anforderungen Stand halten. Die Angemessenheit und Validität des Index muss geprüft werden. Es sollten möglichst viele Indikatoren in den Index einfließen. Andererseits setzt die grundlegende Anforderung eines fairen Krankenhausvergleichs voraus, dass alle Krankenhäuser in den Krankenhausvergleich einfließen. Das vom IQTIG entwickelte Vorgehen würde eine systematische Benachteiligung von Krankenhäusern der Grundversorgung oder spezialisierten Krankenhäusern bedeuten. Im angeführten Beispiel zum QS-Verfahren „Mammachirurgie“ (Zwischenbericht, S. 232) wäre der Anteil der Leistungserbringer, die für alle ausgewählten sechs Indikatoren Fälle in der Grundgesamtheit aufweisen, bei nur 52 % und bei einer Reduktion auf drei Indikatoren immer noch bei nur 75 %.

⁴ https://iqtig.org/dateien/berichte/2019/2019-09-30_IQTIG_PlanQI-Weiterentwicklung_Abschlussbericht_barrierefrei.pdf

Zugleich verringert sich die Güte des Index bei einer Beschränkung auf nur drei von sechs hochwertigen Qualitätsindikatoren. Es fehlt eine Methode, die unabhängig von der Anzahl der berechneten Indikatoren eine Indexberechnung ermöglicht.

Der Ausschluss von Sentinel-Event-Indikatoren ist vor dem Hintergrund der vorgeschlagenen Indexbildung grundsätzlich nachvollziehbar. Ebenso ist der Auffassung des IQTIG zuzustimmen, dass Sentinel-Event-Indikatoren aufgrund ihrer Eigenschaften („Verzicht auf die Berücksichtigung patientenseitiger Risikofaktoren“) nur für eine weiterführende Ursachenanalyse hinsichtlich zugrundeliegender Qualitätsdefizite geeignet sind und daher für sich keine Aussage über die Versorgungsqualität erlauben. Die Erfahrungen aus den Strukturierten Dialogen verdeutlichen, dass Sentinel-Event-Indikatoren, vor dem Hintergrund ihrer Trigger-Funktion zur Auslösung weiterführender Qualitätsuntersuchungen, durchaus hilfreiche Hinweisgeber für qualitätsfördernde und -sichernde Maßnahmen sein können. Der Ausschluss der Indikatoren, nur wegen der vorgeschlagenen Indexbildung, stellt eher die Indexbildung selbst in Frage als die Bedeutung der Sentinel-Event-Indikatoren. Würden die Ergebnisse der abschließenden qualitativen Bewertung Berücksichtigung finden, könnte auch der Einbezug von Sentinel-Event-Indikatoren für die Aggregation neu bewertet werden.

Die Ausführungen des IQTIG zu den möglichen Datenquellen und deren Limitationen sowie vermuteter Vor- und Nachteile scheinen zum Teil wenig differenziert und nicht ausreichend methodisch begründet. Bspw. scheinen die grundlegende Kritik des IQTIG und die angeführten Limitationen des Strukturierten Dialogs nachvollziehbar, allerdings wäre die alleinige Verwendung der metrischen Indikatorergebnisse noch weniger objektiv als die alleinige Verwendung der Bewertungen des Strukturierten Dialogs. Es sollte eine wissenschaftlich differenzierte und begründete Abwägung erfolgen. Dabei muss die Anforderung, die der G-BA in der Beauftragung (Auftragsteil I.2.f) und an diversen anderen Stellen (vgl. u.a. Kapitel C-1.2.2 der Anlage 1 Qb-R) festhält, nämlich dass rechnerische Ergebnisse immer durch eine qualitative abschließende Bewertung überprüft werden müssen, im Fokus stehen.

Die alleinige Aggregation rechnerischer Ergebnisse (Option 2) oder eine unsystematische Rückübersetzung der qualitativen Bewertung in rechnerische Zahlenwerte (Option 3) sind methodisch nicht möglich und würden eine Fehlinformation der Bevölkerung durch unfaire und unsachgerechte Krankenhausvergleiche in Kauf nehmen. Für eine faire Qualitätsberichterstattung müssen immer die Ergebnisse der abschließenden, qualitativen Bewertung berücksichtigt werden.

Weitere Anmerkungen zu Kapitel 10.2:

- Die Aussage, dass Referenzbereiche einen erwartbaren Standard abbilden und, dass eine Abweichung vom Referenzbereich mit dem Nichterreichen eines Qualitätsniveaus der Versorgung gleichgesetzt werden kann (vgl. Zwischenbericht, S. 245) ist falsch und sollte gestrichen werden. Die Diskussionen zu den

Referenzbereichen haben gezeigt, dass deren Festlegung nicht nach eindeutigen wissenschaftlichen Gesichtspunkten erfolgt, insofern können sie weder die erwartbare Qualität noch Qualitätsstandards darstellen. Darüber hinaus sind Einrichtungen nicht automatisch „auffällig“ wenn ihr Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches liegt, sondern „rechnerisch auffällig“.

- Die Vorschläge künftig auf perzentilbasierte Referenzbereiche durch feste Referenzbereiche zu ersetzen und bis dahin perzentilbasierte Referenzbereiche wie feste Referenzbereiche zu handhaben, ist unklar (vgl. Zwischenbericht, S. 245). Das IQTIG sollte das konkrete methodische Vorgehen darlegen.
- Das IQTIG geht im Kapitel 10.2.6.1 auf die Gewichtung der Indikatoren in den empfohlenen Indizes ein. Es wird angenommen, „dass die eingehenden Variablen (nicht) hochkorreliert sind“ (Zwischenbericht, S. 250). Diese Annahme scheint unzutreffend, denn bei den gegebenen Indikatoren sind Überschneidungen in der Grundgesamtheit nicht auszuschließen.
- Es wird weiter ausgeführt, dass „alle relevanten Qualitätsinformationen“ (Zwischenbericht, S. 255) in dem Gesamtindexwert enthalten seien. Diese Aussage ist inkorrekt, da die eigentlich relevanten Ergebnisse der qualitativen abschließenden Bewertung nicht berücksichtigt sind.

Zum Kapitel 10.3: Empfehlungen: Methodik für die Informationsaggregation

Die vom IQTIG empfohlene Methodik zur Aggregation der Qualitätsindikatoren und die dargelegten Entwicklungsschritte verdeutlichen, dass eine Aggregation von rechnerischen Indikatorergebnissen, mit durchgreifenden methodischen Mängeln einhergehen würde. Die Ausführungen des IQTIG sind darüber hinaus zum Teil ungenau und basieren teilweise auf inkorrekten Annahmen. Es fehlen des Weiteren konkrete Beispiele anhand derer die vorgeschlagenen Entwicklungsschritte dargestellt werden können. Insgesamt müsste die empfohlene Methodik zur Informationsverdichtung und die damit einhergehenden Entwicklungsschritte in der vorgeschlagenen Form abgelehnt werden. Die Beauftragung sah des Weiteren die Entwicklung mehrere Methoden vor (vgl. Auftragsteil I.2.h). Dies ist bisher nicht erfolgt.

Zu Nummer 1 „Theoretisches Indexmodell“: Es werden vom IQTIG keine maßgeblichen Bereiche entwickelt. Dagegen sollen Leistungsbereiche der datengestützten Qualitätssicherung im Fokus stehen. Die Leistungsbereiche sollen weiter in Versorgungsanlässe differenziert werden. Hierzu fehlen Konkretisierungen. Es besteht die inkorrekte Annahme, dass die rechnerischen Indikatorergebnisse der datengestützten Qualitätssicherung geeignet seien, um Versorgungsqualität abbilden zu können. Dies ist nicht der Fall. Die bestehenden Qualitätsindikatoren eignen sich nur als Hinweisgeber und beziehen sich immer nur auf die Erfüllung der Anforderung des einzelnen Indikators. Insbesondere die Aggregationsstufe 2 und die damit angestrebte

Qualitätsbewertung bzw. -einschätzung eines ganzen Krankenhauses und seines kompletten Leistungsspektrums ist methodisch nicht möglich.

Zu Nummer 2 „Auswahl der Qualitätsindikatoren“: Die Empfehlungen zur Zuordnung von Indikatoren zu Informationsmodulen und die Einschätzung der sich ergebenden Indexvalidität weisen methodische Defizite auf und gehen zu viele Kompromisse ein. Es fehlt die Anwendung und Prüfung geeigneter Eignungskriterien für die vorgeschlagene Indexbildung (bspw. Ausgewogenheit, Repräsentativität, Differenziertheit, Angemessenheit für den Anwendungsbereich). Es wird bspw. kein Qualitätsmodell vorab definiert, anhand dessen geprüft wird, ob relevante Qualitätsdimensionen ausreichend mit zur Verfügung stehenden Indikatoren abgebildet werden können. Dadurch ist die Repräsentativität und Ausgewogenheit der Indizes eingeschränkt. Es ist dabei auch zu berücksichtigen, dass Patientenfälle in mehreren Qualitätsindikatoren im Zähler auftauchen können (bspw. schwere Schlaganfälle oder Todesfälle bei Carotis-OP) und manche Qualitätsindikatoren den gleichen Sachverhalt in unterschiedlichen Subgruppen darstellen (bspw. Flächendosisprodukt bei isolierter Koronarangiographie, Flächendosisprodukt bei isolierter PCI, Flächendosisprodukt bei einzeitiger PCI). Das gleichberechtigte Einsetzen solcher Qualitätsindikatoren würde zwangsläufig zu Verzerrungen im Index führen. Allein aufgrund der Eignung der Indikatoren für die Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf deren Eignung zur Indexbildung für vergleichende Veröffentlichung zu schließen, ist nicht möglich.

Zu Nummer 3 „Festlegung eines einheitlichen Indikatorensets“: Es sollen laut den Ausführungen des IQTIG Kompromisse bei der Festlegung eines einheitlichen Indikatorsets eingegangen werden, um möglichst viele Krankenhäuser berücksichtigen zu können. Hierzu sollen Qualitätsindikatoren aus der Indexbildung ausgeschlossen werden, wenn zu wenige Krankenhäuser bei diesen Indikatoren Ergebnisse aufweisen. Dieses Vorgehen erscheint willkürlich und birgt die Gefahr eines unfairen Krankenhausvergleichs.

Zu Nummer 4 „Auswahl der Informationsgrundlage“: Es sollen nur rechnerische Indikatorergebnisse berücksichtigt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Qualitätsindikatoren nicht für eine Veröffentlichung entwickelt wurden, sondern primär für die Unterstützung der Krankenhäuser im Rahmen des internen Qualitätsmanagements. Kein bestehender Qualitätsindikator weist die Güte auf, um ein rechnerisch auffälliges Ergebnis mit einem Defizit der Versorgungsqualität gleichzusetzen. Nur mit einer abschließenden qualitativen Bewertung kann ausgeschlossen werden, dass hinter einem auffälligen Indikatorergebnis eine unzureichende Risikoadjustierung bzw. eine geringe Dokumentationsqualität steckt. Es ist daher immer eine abschließende Bewertung durch Fachkollegen auf Augenhöhe (Peer-Review-artiges Verfahren) erforderlich, um Besonderheiten durch individuelle Patienten, der Behandlungssituation oder des Krankenhauses berücksichtigen zu können. Es ist davon auszugehen, dass Vergleiche auf Grundlage rechnerischer Ergebnisse Krankenhäuser benachteiligt, die auf Grund einer limitierten Risikoadjustierung ein schlechteres rechnerisches Indikatorergebnis aufweisen. Dies

würde Rechtsrisiken verursachen. Bei einer Aggregation von Qualitätsindikatoren muss sogar davon ausgegangen werden, dass sich dieser Effekt verstärkt und nicht – wie vom IQTIG angenommen – aufhebt. Des Weiteren widerspricht die Empfehlung explizit der Beauftragung (vgl. Auftragsteil I.2.f) sowie dem gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung risikoadjustierter Vergleiche. Die Methodik zur Aggregation sollte daher dringend überarbeitet werden. Dabei ergeben sich unterschiedliche Lösungsansätze, von denen drei an dieser Stelle beispielhaft genannt werden:

- Wenn überhaupt müssten für die Aggregation ausschließlich Qualitätsindikatoren ausgewählt werden, bei denen eine vollumfassende Risikoadjustierung und eine valide Datenbasis sichergestellt sind, und demnach ein auffälliges Ergebnis mit einem Qualitätsdefizit gleichgesetzt werden kann. Da diese Eigenschaft jedoch keiner der vorliegenden Qualitätsindikatoren besitzt, müssten solche Qualitätsindikatoren erst vom IQTIG entwickelt werden. Dabei stellt sich die Frage, ob diese Entwicklung – vor dem Hintergrund der sich stetig verändernden medizinischen Erkenntnisse und der immer nur annäherungsweise möglichen Risikoadjustierung – überhaupt möglich ist.
- Es werden Indikatorergebnisse unter Berücksichtigung der Bewertungen im Strukturierten Dialog und im Stellungnahmeverfahren aggregiert. Ggf. sind diesbezügliche Weiterentwicklungen des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens zunächst abzuwarten.
- Es wird auf eine Aggregation in Form einer Indexbildung verzichtet und stattdessen andere Formen der Informationsverdichtung entwickelt. Bspw. könnten sachgerechte, wissenschaftlich nachvollziehbare Erläuterungen, Interpretationen und Bewertungen im Rahmen der Veröffentlichung zur Verfügung gestellt werden. Diese fachlichen Erläuterungen könnten auch zusammengefasst für mehrere Einzelindikatoren vorgenommen werden und das Ergebnis der qualitativen Bewertung z.B. mit Diagrammen oder Grafiken dargestellt werden.

Zu Nummer 5 „Einheitliche Skalierung“: Die Empfehlung zur einheitlichen Skalierung der Indikatoren für Indexbildung gehen zu viele Kompromisse zu Ungunsten einer differenzierten Qualitätsmessung ein. Unterschiedlich konzeptionierte Qualitätsindikatoren müssten durch komplexe Verfahren nachträglich angepasst bzw. angeglichen werden, wodurch deren differenzierte Gegebenheiten verloren gehen würden. Die Methoden sind zum Teil unzureichend präzise ausgeführt und sollten anhand konkreter Beispiele verdeutlicht werden. Da eine alleinige Aggregation rechnerischer Ergebnisse nicht möglich ist, sollte auch die Notwendigkeit zur Vereinheitlichung der Skalenniveaus überprüft werden.

Zu Nummer 6 „Gewichtung“: Eine Gleichgewichtung von Indikatoren ist nicht möglich. Qualitätsindikatoren weisen einen unterschiedlichen Evidenzgrad auf. Des Weiteren werden bei Prozessindikatoren nicht durch Krankenhäuser vollbeherrschbare Einflussfaktoren unterschiedlich gut berücksichtigt. Bei den Ergebnisindikatoren sind des Weiteren Erfolge und Komplikationen von unterschiedlicher Bedeutung. Eine

Gleichgewichtung von Indikatoren löst nicht das ethische Dilemma, Erfolge und Komplikationen gegeneinander abwägen zu müssen, sondern sie geht fälschlicherweise davon aus, dass alle Ergebnisse für alle Patienten gleich wichtig sind. Dieser Annahme kann nicht zugestimmt werden.

Zu Nummer 7 „Aggregation“: Es wird eine additive Aggregation von Indikatoren und anschließend von modulspezifischen Indizes vorgeschlagen. Diese Methode wird nicht methodisch hergeleitet, sondern auf Grundlage einer „Werteentscheidung“ (Zwischenbericht, S. 253) entwickelt. Es ist zu berücksichtigen, dass dieses Vorgehen eine differenzierte Auseinandersetzung mit Qualitätsindikatorergebnissen ausschließt. Die Indizes ermöglichen demnach allenfalls „einen Überblick und eine erste Orientierungshilfe“ (Zwischenbericht, S. 255). Das G-BA-Qualitätsportal sollte dem Anspruch einer neutralen, sachgerechten, allgemeinverständlichen und fairen Berichterstattung gerecht werden. Eine zu starke Vereinfachung von Qualitätsinformationen ist einerseits methodisch kaum möglich und andererseits erschwert dies interessierten Patienten eine differenzierte Auseinandersetzung.

Zu Nummer 8 „Klassifikation“: Die vorgeschlagene Klassifikation führt dazu, dass die bestehenden methodischen Defizite der empfohlenen Indexbildung verstärkt werden. Konkret sollen die Indexwerte vereinfacht dargestellt werden, indem Skalenwerte durch Setzung in Kategorien unterteilt werden. Dieser Methodik kann vor dem Hintergrund der Notwendigkeit sachgerechter und fairer Qualitätsinformationen nicht zugestimmt werden. Auch stellt sich die Frage, ob für die vorgeschlagene Bewertung eine normative Grundlage vorliegt und ob die empfohlene Klassifikation mit dem stufenweisen Vorgehen der QFD-Richtlinie vereinbar ist.

Zum Kapitel 11: Visualisierungskonzept

Die Ausführungen zum Visualisierungskonzept sind „ausblicksartig“ (Zwischenbericht, S. 267). „Es handelt sich hierbei um den Stand zur Abgabe des vorliegenden Zwischenberichts“ (Zwischenbericht, S. 267). Das IQTIG sollte die fehlenden Auftragsbestandteile schnellstmöglich nachreichen. Es sollte ein weiterer Vorbericht eingeplant werden, um allen gemäß § 137a Absatz 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme zu ermöglichen.

Zum Kapitel 11.1 Hinweise zu den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten

Die Daten sollen möglichst vielfältig, qualitativ hochwertig veröffentlicht werden (vgl. Zwischenbericht, S. 269) und eine Überforderung aufgrund zu komplexer Daten durch eine nutzerorientierte Websitegestaltung und Menüführung soll herabgesenkt werden (vgl. Zwischenbericht, S. 269 f.).

Die Hinweise zur inhaltlichen Aufbereitung der dargestellten Qualitätsinformationen verdeutlichen, dass Qualitätsinformationen stets auf eine Förderung der Patientenautonomie abzielen und immer neutral dargestellt werden müssen. Das IQTIG geht auf den Einfluss „der Art der Rahmung (Framing)“ (Zwischenbericht, S. 271) ein, ohne jedoch eine Empfehlung abzugeben. Vor dem Hintergrund der zum Teil verängstigenden Wirkung von Qualitätsinformationen (bspw. zu Komplikations- und Sterberaten) empfiehlt sich ein Gewinn-fokussiertes Framing.

Zum Kapitel 11.2 Allgemeine Anforderungen an die Visualisierung der Website

Beim Visualisierungskonzept sollte die Sicherstellung einer sachgerechten, vollständigen und unmissverständlichen Informationsdarstellung sowie die Vermeidung einer Benachteiligung einzelner Krankenhäuser (= Sicherstellung eines fairen Krankenhausvergleichs) berücksichtigt sein. Diese Aspekte lassen sich der Grundanforderung der Sachrichtigkeit zuordnen.

Es wird der Vorschlag eines experimentell iterativen Vorgehens bei der Entwicklung vorgeschlagen. Dieses Vorgehen sollte anhand von Evaluationskriterien begleitet werden. Im Zuge der Evaluation sollte insbesondere auch die Diskriminations- und Bias-Freiheit geprüft werden.

Zum Kapitel 11.3 Allgemeine Anforderungen an die Visualisierung der Website

Die Hinweise zur **Organisation der Website** sowie zur **Navigation und Interaktion** sind noch zu unkonkret. Die Eckpunkte zu **Suchanlass und Suchfunktion auf der Website** erscheinen sehr oberflächlich beschrieben. Es fehlen bspw. Standardmethoden, wie das Festlegen von Personas, Use Cases und User. Die wesentlichen Anforderungen sind lediglich als Methoden dargestellt, die angewendet werden sollen (vgl. Zwischenbericht, S. 279). Hier fehlt die Formulierung funktionaler Anforderungen. Die zahlreichen Suchmethoden scheinen derzeit willkürlich und unsystematisch dargelegt. Es fehlt eine differenzierte Abstimmung der Suchmethoden.

Erfahrungen mit anderen Portalen zeigen, dass zahlreiche Funktionalitäten wichtig und zielführend für den Nutzer sind. Das IQTIG sollte Aussagen zu Lösungen hinsichtlich einer Reihe von Funktionalitäten treffen. Hier soll nur eine Auswahl aufgeführt werden:

- Soll der Nutzer den Suchradius eingrenzen können, je nachdem wie weit sein Handlungsradius ist?
- Wie soll die Suche für medizinische Laien gestaltet werden: können deutsche, anderssprachige oder umgangssprachliche Begriffe eingegeben werden?
- Wie wird im Rahmen der Suche mit unterschiedlichen Bezeichnungen von medizinischen Fachgebieten umgegangen?

- Soll es möglich sein, sich geeignete Krankenhäuser im Rahmen einer Präferenzliste zu speichern?
- Soll eine Suche in den einzelnen Ergebnis-Dimensionen möglich sein?
- Nach welchem Prinzip wird die „vergleichende Liste“ sortiert, falls mehrere Krankenhäuser dasselbe Ergebnis erzielen? Werden verschiedene Sortierkriterien angeboten (Wohnortnähe, Krankenhaustyp, Träger, Fallzahl)?

Zum Kapitel 11.4 Darstellung von Informationen

Grundsätzlich sollte berücksichtigt sein, dass die Vereinfachung und Reduktion von Qualitätsinformationen nicht deren Sachrichtigkeit sowie die einzuhaltende Fairness des Krankenhausvergleichs beeinträchtigen darf.

Das IQTIG schlägt vor, übergeordnete bzw. flankierende Informationen zu veröffentlichen, „um Transparenz und Sachrichtigkeit zu wahren“ (Zwischenbericht, S. 280). Es fehlen präzisierende Erläuterungen, welche Informationen zu welchem Zweck wie angeboten werden sollen und können. Relevant erscheinen insbesondere flankierende und fachlich erläuternde Informationen zu missverständlichen sowie zu komplexen Qualitätsinformationen.

Es werden erste Ideen zu hilfreichen Funktionen dargestellt. Vor allem werden mögliche Methoden umrissen. Es fehlen Konkretisierungen. Es sollte abgewogen werden, ob anstelle oder ergänzend zur Möglichkeit zum Download von gefundenen Informationen auch die Reproduzierbarkeit von Ergebnissen ermöglicht werden sollte. Auf diese Weise könnte, im Gegensatz zu PDF-Dateien, eine frühere Suche wieder aufgerufen, die Ergebnisse reproduziert, angepasst und erweitert werden.

Die Vorschläge zur iterativen Nutzertestung erscheinen nachvollziehbar. Die Testziele sollten dabei konkretisiert werden. Wie im Auftrag vorgesehen (vgl. I.2.w) soll die Anwenderfreundlichkeit (usability) sowie die Eignung der Darstellungen und Inhalte für den Krankenhausvergleich überprüft werden. Dazu sollten die definierten Grundanforderungen herangezogen werden. Es sollte insbesondere geprüft und sichergestellt werden, dass die Darstellungen und Inhalte keine Fehlinterpretationen bedingen.

Zum Kapitel 12: Informationstechnisches Konzept

Das informationstechnische Konzept stellt einen Konzeptstand dar. Eine ausführliche Darlegung wird für den Abschlussbericht angekündigt. Beschrieben werden vor allem methodische Ansätze, nicht jedoch konkrete Lösungen. Das IQTIG sollte die fehlenden Auftragsbestandteile schnellstmöglich nachreichen. Es sollte ein weiterer Vorbericht eingeplant werden, um allen gemäß § 137a Absatz 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme zu ermöglichen.

Die **Charakterisierung der Datenquellen** ist noch provisorisch dargestellt. Statt sich auf die Charakterisierung der verschiedenen Datenquellen und ihrer jeweilig verfügbaren Aktualität zu beschränken, kritisiert das IQTIG die gegebenen Fristen und kündigt an, „In der weiteren Entwicklung (...) hierzu einen Vorschlag zur Verfahrensweise vor[zul]egen.“ (Zwischenbericht, S. 283). Es sollte im weiteren Verlauf auftragsgemäß auch systematisch geprüft werden, welche weiteren Datenquellen für die als relevant erachteten Daten berücksichtigt werden können. Auch die Möglichkeit für Krankenhäuser, direkt im G-BA-Qualitätsportal Eingaben zu tätigen, sollte abgewogen werden.

Die **Datenverarbeitungsprozesse** werden derzeit nur provisorisch dargestellt. Der Hinweis, dass sich die Software des G-BA-Qualitätsportals dynamisch an veränderte Gegebenheiten und Inhalte der Qualitätsberichte der Krankenhäuser orientieren können muss, ist korrekt (vgl. Zwischenbericht, S. 284). Die Beschreibung der Datenaufbereitung sollte konkretisiert werden. Die Vorgaben zur Anonymisierung der Fallzahl bei einer Grundgesamtheit von kleiner als 4 und größer als 0 wurden für die standortbezogene Veröffentlichung der Qualitätsberichte festgesetzt, um einen Rückschluss auf Patienten zu verhindern. Die Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals kann diese datenschutzrechtlichen Vorgaben nicht aufheben. Die Überlegung, eine rechtliche „Zusicherung für eine Zweitnutzung der Qualitätssicherungsdaten (...) (zu schaffen), um neben der Berechnung der Qualitätsindikatoren auch die Berechnung der Indizes zu ermöglichen“ (Zwischenbericht, S. 287), erscheint vor dem Hintergrund der Zweckbindung der Qualitätsindikatoren nicht möglich.

Das beschriebene **Datenschutz- und Datensicherheitskonzept** liegt bisher nur als vorläufige Version vor. In der Aufzählung der Datenschutzziele fehlen die informationelle Selbstbestimmung und der Schutz der Privatsphäre. Es sollte geprüft werden, ob die Anforderungen der Datenschutz-Grundverordnung berücksichtigt sind. Die Ausführungen beschränken sich im Wesentlichen auf den technischen Datenschutz. Hinsichtlich des Schutzes von Nutzerdaten (vgl. DS-01, Zwischenbericht, S. 288) sollte von Anfang an die Möglichkeit zur quantitativen Evaluation der Nutzung (Auftragsteil I.2.w) mitbedacht werden. Die Anforderungen an die Datensicherheit sind noch zu unkonkret. Es sollte die Sicherstellung der Authentizität der Krankenhausdaten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ergänzt werden.

Das IQTIG beschreibt erste **technische Details des G-BA-Qualitätsportals**. Es werden methodische Anforderungen formuliert, ohne die technischen Lösungen darzulegen. Bei den aufgeführten Anforderungen (vgl. Zwischenbericht, S. 291) sollte ergänzt werden, dass die Möglichkeit zur aufwandsarmen und flexiblen Weiterentwicklung des Systems bei sich ändernden Anforderungen und Veränderungen der Datengrundlagen gegeben sein muss. Anstelle ggf. einzusetzender Maßnahmen sollte das IQTIG einen in sich geschlossenen **Suchmaschinenoptimierungs**(SEO)-Prozess beschreiben. Es sollte ein SEO-Konzept mit den zentralen Anforderungen vorgelegt werden. Die Beschreibung der **Basis-Software für das G-BA-Qualitätsportal** bleibt unkonkret. Es ist nicht klar, ob das IQTIG an dieser Stelle das

Content Management System (CMS) adressiert oder ob die, der Informationsverarbeitung zugrundeliegende Technik (vgl. Zwischenbericht, Kapitel 12.2) gemeint ist. Es fehlen technische Vorgaben und Details.

Zum Kapitel 13: Umsetzungs- und Evaluationskonzept sowie Empfehlungen zur Weiterentwicklung

Das Umsetzungs- und Evaluationskonzept sowie Empfehlungen zur Weiterentwicklung liegen nicht vor. Das IQTIG sollte die fehlenden Auftragsbestandteile schnellstmöglich nachreichen. Es sollte ein weiterer Vorbericht eingeplant werden, um allen gemäß § 137a Absatz 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme zu ermöglichen.

Zum Kapitel 14: Inhaltliches und methodisches Konzept

Das inhaltliche und methodische Konzept liegt nicht vor. Das IQTIG sollte die fehlenden Auftragsbestandteile schnellstmöglich nachreichen. Es sollte ein weiterer Vorbericht eingeplant werden, um allen gemäß § 137a Absatz 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme zu ermöglichen.

Stellungnahme des DNVF zum Vorbericht des IQTIG zum „Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal - Zwischenbericht zur Durchführung des Beteiligungsverfahrens nach § 137a Abs. 7 SGB V“

Vorbemerkung

Das IQTIG legt einen mehr als 300-seitigen Zwischenbericht, ergänzt durch einen rund 400-seitigen Anhang, vor, in dem die Vorgehensweise des IQTIG zur Erarbeitung der Inhalte eines Qualitätsportals beschrieben wird und zu einigen der beauftragten Konzepte Empfehlungen abgegeben werden.

Wie bereits mehrfach in Stellungnahmen des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung angemerkt, stellt die Bearbeitung solch umfangreicher Zwischenberichte für ehrenamtliche Mitglieder einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft eine kaum zu bewältigende Aufgabe dar. Auch der vorgelegte Zwischenbericht weist - wie viele bisherige Berichte des IQTIG - vielfach Redundanzen auf, deren Streichung zu einer weniger umfangreichen und besser bearbeitbaren Fassung hätte führen können.

Das DNVF beschränkt sich in seiner Stellungnahme nur auf wenige Punkte, bei denen aus der Perspektive der Gesundheitsversorgungsforschung Schlussfolgerungen gezogen werden, die unseres Erachtens wissenschaftlich nicht haltbar sind. Die bereits von Anderen geäußerte Kritik, dass der Zwischenbericht nicht schon mit einer ersten Version eines Qualitätsportals aufwartet, sondern an einigen Stellen nur auf die Ausarbeitung im Endbericht verweist, soll hier nicht eingegangen werden.

Stellungnahme

Grundsätzlich ist zunächst festzustellen, dass die zur Erarbeitung der Inhalte gewählte Methodik (Literaturanalyse, Fokusgruppen, Einbeziehung eines Expertengremiums, Bedarfserhebungen bei Beratungsorganisationen) unseres Erachtens angemessen gewählt und größtenteils korrekt angewendet wurden. In der Zusammenschau mit den im Anhang dargestellten Ergebnissen der verschiedenen methodischen Zugänge a) Literaturrecherche, b) Fokusgruppen, c) Expertengremium ist die Darstellung der aus diesem methodischen Vorgehen abgeleiteten Inhalte für das Qualitätsportal gut nachvollziehbar (siehe Kapitel 9).

Dennoch sind einige der Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar. Aus der Sicht der Versorgungsforschung kann die auch vom IQTIG genannte Literatur zum Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten, gemeinsam mit den Ergebnissen der Befragungen von Fokusgruppen, der Einbeziehung eines Expertengremiums und der Bedarfserhebungen bei Beratungsorganisationen, vereinfacht zusammengefasst werden. Die Zusammenfassung lässt sich in Form folgender Leitfragen formulieren, die aus der Patientenperspektive Grundlage eines Qualitätsportals sein müssten:

- 1) Verfügt das Krankenhaus über die für die Behandlung meiner Erkrankung notwendigen Ausstattungsmerkmale (Personal und Medizintechnik) sowie über die von mir präferierten Ausstattungsmerkmale (Service)?
- 2) Behandelt das Krankenhaus nach dem aktuellsten Regeln von Wissenschaft und Kunst? (leitlinienkonforme Behandlung)
- 3) Welche Behandlungsergebnisse haben Patientinnen und Patienten mit meiner Erkrankung in diesem Krankenhaus im Durchschnitt erfahren? (Outcomes / PROMs)
- 4) Welche Erfahrungen haben Patientinnen und Patienten mit der Behandlung in diesem Krankenhaus gemacht? (PREMs)

Das IQTIG nutzt die erarbeiteten Erkenntnisse jedoch nicht dazu, deduktiv Inhalte eines zukünftigen Qualitätsportals anhand dieser Leitfragen abzuleiten, sondern konzentriert sich auf den in der Beauftragung genannten bzw. aus § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V abgeleiteten Aspekt, Inhalte für das Qualitätsportal auf der Basis der strukturierten gesetzlichen Qualitätsberichten zu entwickeln. Letztlich ist absehbar, dass in dieser Form ein für Patientinnen und Patienten zumindest in der ersten Ausbaustufe nur begrenzt nützliches Qualitätsportal entstehen kann.

Besonders kritisch zu sehen ist dabei, dass die wesentlichen Informationsgrundlagen zum einen die strukturgezogenen Selbstangaben der Krankenhäuser sind, deren Güte, wie auch vom IQTIG im Zwischenbericht selber angemerkt, als unzureichend einzuschätzen ist. Zum anderen werden die zunächst zur Qualitätsförderung von wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften entwickelten Qualitätsindikatoren genutzt, um daraus Qualitäts-Indices zu entwickeln. Die Definition von Versorgungsanlässen, zu denen Indices definiert werden, soll im ersten Schritt aus Praktikabilitätsgründen nur vom IQTIG durchgeführt werden (S. 224). Hierzu ist anzumerken, dass das DNVF eine Priorisierung zum Beispiel unter Hinzuziehung des wissenschaftlichen Beirats eher für angemessen hält.

Dem IQTIG ist die Kritik an den derzeit genutzten Qualitätsindikatoren bekannt, die entsprechende Literatur wird im Zwischenbericht erwähnt. Dabei sind folgende Aspekte besonders hervorzuheben:

- Die in den einzelnen Leistungsbereichen genutzten Indikatoren spiegeln nur sehr wenige Qualitätsaspekte wider und ermöglichen keine umfassende Qualitätsbeurteilung des jeweiligen Leistungsbereichs; auf jeden Fall lassen sich die vom IQTIG genannten Informationsmodule nur zu einem geringen Teil mit Informationen aus den zur Zeit genutzten Qualitätsindikatoren füllen.
- Beim Vergleich der Indikatoren pro Leistungsbereich fällt auf, dass die erfassten Qualitätsdimensionen sehr unterschiedlich sind, sodass eine Qualitätsbeurteilung über die Leistungsbereiche hinweg nicht gelingen kann bzw. pro Leistungsbereich nur sehr unterschiedliche Informationsmodule befüllt werden können.
- Die Risikoadjustierung der meisten Indikatoren ist bisher unzureichend, sodass vielfach nicht vom Leistungserbringer zu kontrollierende Aspekte in die Indikatorausprägung einfließen; solche Aspekte werden im strukturierten Dialog berücksichtigt, dessen Verwendung jedoch explizit im Konzept des IQTIG abgelehnt wird.
- Darüber hinaus ist den Berichten des IQTIG zum strukturierten Dialog zu entnehmen, dass zumeist nur etwa 12 % der rechnerischen Auffälligkeiten letztlich als qualitative Auffälligkeiten bewertet werden; eine Konzentration auf die rechnerischen Auffälligkeiten, wie vom IQTIG vorgeschlagen, würde also vermutlich zu einer Vielzahl an negativen Beurteilungen führen, die zumindest fraglich sind.

Dennoch baut das Konzept des IQTIG für eine erste Fassung des Qualitätsportals vollständig auf die die Aggregation metrischer Indikatorergebnisse aus den Qualitätsberichten nach einheitlicher Skalierung, die um bisher nicht berichtete Angaben von Leistungserbringern mit geringen Fallzahlen ergänzt werden sollen. Die Empfehlung, für die Informationsaggregation unmaskierte Daten (Einbezug aller Standorte, die zwischen ein und drei Fällen berichten und deshalb aus Datenschutzgründen normalerweise nicht an das IQTIG gemeldet werden) zu nutzen, ist zwar nachvollziehbar, führt aber zu großen statistischen Unsicherheiten, da jeweils nur einzelne Fälle mit zum Beispiel einer Komplikation einbezogen würden, wodurch die Unsicherheit der Punktschätzer sehr groß werden wird. Diese Unsicherheit verbleibt auch trotz der in Kapitel zehn erwähnten Berücksichtigung der Unsicherheit auf der Basis statistischer Verfahren.

Bei der Methodik der vom IQTIG vorgeschlagenen Indexbildung sind folgende weitere Aspekte zu hinterfragen:

- Ausschluss von Sentinel-Event-Indikatoren: Sentinel-Event-Indikatoren basieren zwar auf Einzelfällen, können aber auf große Defizite in der Klinik hinweisen. Als Beispiel sei hier der (planungsrelevante) Qualitätsindikator EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt genannt. Damit sollte jeder Sentinel-Event-Indikator auf seine Eignung in einem Index überprüft und eine Methode entwickelt werden, das Ergebnis - aber vor allem die Bewertung im Strukturierten Dialog - adäquat zu berücksichtigen.
- Redundante Ergebnisse: Die Qualitätsindikatoren sind zum einen nicht immer trennscharf hinsichtlich Ihrer Bezugsgruppe (Bsp.: periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle bei Carotis-OP bzw. schwere Schlaganfälle oder Todesfälle bei Carotis-OP), zum anderen gibt es auch Indikatoren, die einen gleichen Sachverhalt in unterschiedlichen Subgruppen darstellen (Bsp.: Flächendosisprodukt (FDP) bei isolierter Koronarangiographie, FDP bei isolierter PCI, FDP bei einseitiger PCI). Das gleichberechtigte Einsetzen solcher Qualitätsindikatoren führt zwangsläufig zu Verzerrungen im Gesamtindex.
- Gewichtung: Sowohl im Bereich der Prozessindikatoren als auch im Bereich der Ergebnisindikatoren stellt sich die Frage, ob alle Ergebnisse gleich gewichtet werden können. So haben Prozessindikatoren bspw. einen unterschiedlichen Evidenzgrad aber auch eine unterschiedliche Bedeutung hinsichtlich dem Einfluss auf das Ergebnis. Bei den Ergebnisindikatoren sind Erfolge, aber auch Komplikationen von unterschiedlicher Bedeutung (Bsp. Harnwegsinfekt oder Tod nach einer Operation). Alle Werte gleich zu gewichten, erscheint daher problematisch.
- Masse statt Klasse: Das IQTIG präferiert für die Indexbildung möglichst nur Indikatoren zu verwenden, die einen hohen Anteil der beteiligten Leistungserbringer darstellt. Es sollen möglichst viele Indikatoren in den Index einfließen (Kap. 10.2.3). Als Beispiel hierfür werden die Leistungsbereiche Hüftendoprothesenversorgung (HEP) und Mammachirurgie verwendet. Im Gegensatz zur HEP enthält das QI-Set in der Mammachirurgie ausschließlich Prozessindikatoren, von den einige sich nur auf Subgruppen beziehen. Jedoch basieren nahezu alle Indikatoren aus dem Bereich der Mammachirurgie auf S3-Leitlinien. Es wäre nicht nachvollziehbar, den Leistungsbereich Mamma völlig außen vor zu lassen, da keine Ergebnisqualität abgebildet werden kann. Auch die Beschränkung auf nur drei von sechs hochwertigen Qualitätsindikatoren ist als problematisch anzusehen. In Deutschland werden über 90% der Frauen operativ in Brustzentren versorgt. Mutmaßlich lassen sich für alle Brustzentren auch die sechs Indikatoren berechnen. Eine Einschränkung der Indikatoren im Set wäre in diesem Fall kontraproduktiv. Daher sollte das IQTIG eine Methodik entwickeln, die unabhängig von der Anzahl der berechneten Indikatoren eine Indexberechnung ermöglicht.
- Keine Gesamtqualität: Bei der Definition des Konstrukts wird davon ausgegangen, dass ein Prozedur- und diagnoseübergreifender Index zur Gesamtqualität bei einer anlassbezogenen Suche nach einem Krankenhaus nicht zielführend sei. Gerade für den Bereich der schweren Komplikationen und der Sterblichkeit ist es jedoch so, dass nicht die Qualität der Versorgung für eine bestimmte Prozedur entscheidend ist, sondern die Fähigkeit eines Krankenhauses, mit schweren Komplikationen umzugehen, die sich typischerweise in der Verfügbarkeit einer qualifizierten Intensivstation und insbesondere auch qualifizierten Personals auf dieser Station äußert. Ein entsprechender Index wäre also bei vielen Versorgungsanlässen brauchbar.

In Ergänzung zu der allgemeinen Stellungnahme sollen noch einige Anmerkungen von Mitgliedern der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung des DNVF angeführt werden, die Verbesserungsvorschläge für einzelne Aspekte des methodischen Vorgehens beinhalten. Aus der wissenschaftlichen Perspektive sollten zumindest im Anhang einige Aspekte des Vorgehens detaillierter dargestellt werden, um die Nachvollziehbarkeit zu verbessern:

- Das Reporting des Scoping Reviews sollte anhand von PRISMA-ScR überprüft und nachgebessert werden. Es fehlt die Beschreibung der Methode der Inhaltsanalyse bzw. Datensynthese der extrahierten Daten. Zudem sind Limitationen anzugeben.¹
- Der Typ der Fokusgruppe sollte angegeben werden. Eine Erläuterung, wie Meinungsführerschaft entgegnet wurde, sollte ausgeführt werden. Wie wurden die Daten aus den Fokusgruppen synthetisiert? Es sollte zur Beschreibung der Reporting Standard COREQ verwendet werden.²
- Die Grundlage der Konzeption der Bedarfserhebung mittels Fragebogens sollte erläutert und dessen Validierung beschrieben werden.
- Zur Beschreibung der Online-Erhebung sollten Reporting Checklisten verwendet werden.³
- Im Anhang könnte der Kodierleitfaden für die deduktive Kategorienanwendung ergänzt werden.

Fazit

Aus der Perspektive der Versorgungsforschung hat das IQTIG zunächst eine sehr gute Grundlage für die Entwicklung eines informativen Qualitätsportals erarbeitet, das auf den recherchierten Informationen aufbauende Konzept beschränkt sich jedoch auf eine unzureichende Datengrundlage, sodass letztlich nur ein wenig informatives Qualitätsportal entstehen kann.

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des DNVF-Vorstands von Mitgliedern der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung (Sprecher Prof. Geraedts, Prof. Drösler) angefertigt. Mit Beschluss des Vorstands vom 30.10.2020 wurde die vorliegende Stellungnahme verabschiedet.

Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.
Prof. Dr. Max Geraedts (AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung)
Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende)
c/o DNVF-Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
E-Mail: info@dnvf.de Tel.: 030 1388 7070

¹ Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Hempel, S. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473.

² Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357.

Ryan, K. E., Gandha, T., Culbertson, M. J., & Carlson, C. (2014). Focus group evidence: Implications for design and analysis. *American Journal of Evaluation*, 35(3), 328-345.

³ Eysenbach, G. (2004). Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *Journal of medical Internet research*, 6(3), e34.



Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung e. V.

GQMG e. V. – Industriestr. 154 – D-50996 Köln

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Per E-Mail an: qualitaetsportal@iqtig.org

cc: AWMF

Köln, 21.10.2020

Stellungnahme zum Zwischenbericht – Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal Gemäß Beteiligungsverfahren des IQTIG nach § 137a Abs. 7 SGB V

Der dem Zwischenbericht zugrundeliegende Auftrag des G-BA vom 17.01.2019 sieht im Rahmen der Umsetzung einrichtungsbezogene vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität der stationären Versorgung gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V, im Folgenden vorläufig als „G-BA-Qualitätsportal“ bezeichnet, die Entwicklung und Umsetzung eines Gesamtkonzepts sowie eine temporäre Sonderveröffentlichung vor. Herauszuheben ist, dass dabei maßgebliche Versorgungsbereiche identifiziert und die Sicht der Patientinnen und Patienten in den Fokus genommen werden sollen. Als Datenquellen sollen primär die Qualitätsberichte herangezogen, aber auch weitere explizit genannte Datenquellen berücksichtigt werden. Im Qualitätsportal sollen risikoadjustierte Qualitätsdaten dargestellt sowie eine Informationsaufbereitung gewährleistet werden, die Patientinnen und Patienten den Vergleich von Krankenhäusern ermöglicht. Weiterhin: „Die graphische und inhaltliche Darstellung soll sich am Informationsbedürfnis und den Entscheidungskriterien der Patientinnen und Patienten orientieren und in Hinblick auf die Verständlichkeit für Personen mit unterschiedlichen Voraussetzungen geeignet sein.“

In der Umsetzung des Auftrags hat das IQTIG einen Zwischenbericht vorgelegt, in dem viele, aber nicht alle Aspekte des Auftrags adressiert wurden. Das Konzept führt sechs Schwerpunktthemen zur Entwicklung des Gesamtkonzepts des G-BA-Qualitätsportals als Website an: Inhaltliches Konzept, Methodisches Konzept zur Informationsaggregation, Visualisierungskonzept, informationstechnisches Konzept, Umsetzungs- und Evaluationskonzept sowie Empfehlungen zur Weiterentwicklung. Diesen Schwerpunkten werden die wesentlichen Inhalte zugeordnet, die laut Beauftragung zu berücksichtigen sind. Problematisch ist die Verlagerung des technischen und visuellen Konzepts der Website (Prototyp) einschließlich eines Umsetzungs- und Evaluationskonzepts in den Abschlussbericht. Diese Aspekte sind damit dem Stellungnahmeverfahren entzogen.

Der Auftrag, relevante Bereiche zu identifizieren, Kriterien dafür zu nennen und wenn etwas fehlt

Postanschrift GQMG e. V., Industriestraße 154, D-50996 Köln
Vorsitzender PD Dr. med. Jens Maschmann, MBA, Jena
Stv. Vorsitzende Vera Lux, Köln
Geschäftsführung Dipl.-Inform. Med. Burkhard Fischer, Düsseldorf

Sitz des Vereins Düsseldorf VR 8551
Bankverbindung Deutsche Bank
IBAN DE75 375 700 240 8590606 00
BIC DEUT DE DB375

vorzuschlagen, wie die Lücken zu füllen wären, wird leider nicht erfüllt. Kriterien für die Identifikation relevanter Bereiche lassen sich unter anderem aus dem Handbuch zur QUALIFY-Methode ableiten. Insbesondere sind hier zu nennen: High Risk, High Volume, High Impact; Mortalität, Morbidität, Inzidenz, bekannte Versorgungsdefizite, Indikationsqualität sowie bekannte Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Die GQMG begrüßt, dass nun erste Schritte zu Ablösung der bisherigen weitestgehend nutzlosen und wenig genutzten Qualitätsberichte hin zu einem modernen, patientenorientierten Qualitätsportal angegangen wird.

Aus Sicht der GQMG bedürfen folgende Aspekte der weiteren Bearbeitung und Revision für den Abschlussbericht:

1. Erschließung des Nutzungskontexts des Qualitätsportals:

Die Erschließung des Nutzungskontexts beschränkt sich auf Patienten (und ihre Angehörigen). Die Rolle von Haus- und Facharzt bei der Wahl eines geeigneten Krankenhauses wird nicht ausreichend berücksichtigt. Üblicherweise ist die Wahl eines Krankenhauses eine gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient bzw. eine Entscheidung des Patienten mit Beratung durch den Arzt (partizipative Entscheidungsfindung - Shared decision making).

Wir empfehlen, für beide Nutzungskontexte – Patient allein ggf. mit Angehörigem und Patient mit Haus- oder Facharzt – die Anforderungen und Entscheidungsprozesse zu modellieren.

Das Konzept stellt nationale und internationale Krankenhausvergleichsportale im Rahmen des Public Reporting vor. Ein tieferer Einblick in die bestehende Situation von Krankenhausvergleichsportalen wird jedoch innerhalb der Ausführungen nicht gewährt. Es wird keine Übersicht über die für Patienten und Patientinnen bereits verfügbaren Angebote und Informationen in Krankenhausvergleichsportalen gegeben. Eine derartige Ist-Analyse würde wesentliche Informationen über bereits verfügbare Informationen zur Versorgungs- bzw. Behandlungsqualität und Rückschlüsse für die Entwicklung des G-BA - Qualitätsportals liefern.

Im Visualisierungskonzept (Kapitel 11) wird ein wichtiger Aspekt zur Modellierung der Entscheidungssituation beschrieben. Es wird unter der Überschrift „Inhaltliche Aufbereitung der dargestellten Qualitätsinformationen“ auf den Einfluss der Art der Rahmung (framing) auf Entscheidungen dargestellt (Gewinn/Vorteil vs. Verlust/Nachteil, Erfolgchancen maximieren vs. Risiken minimieren), ohne jedoch eine Empfehlung abzugeben. Wer soll das entscheiden? Nach welchen Kriterien und auf welcher Informationsbasis (Gegenüberstellung)? Wir empfehlen, diese Frage bereits in der Erschließung des

Nutzungskontexts zu adressieren und im Kapitel 11 eine begründete Empfehlung abzugeben.

2. Datenquellen:

Die jährlich zu erstellenden Qualitätsberichte sind mit ihrer aktuellen Strukturierung und den derzeitigen Inhalten für die Verwendung als Datenquelle für ein Qualitätsportal nur eingeschränkt geeignet. Ihr Aufbau weist erhebliche grundlegende strukturelle und inhaltliche Probleme und Lücken auf. Ihre Inhalte beruhen in weiten Teilen auf Selbstauskünften der Krankenhäuser und sind nicht geprüft bzw. validiert. Daher sollte das IQTIG zunächst eine kritische Bestandsaufnahme durchführen, ob und in welchem Umfang und unter welchen Bedingungen Inhalte aus den Qualitätsberichten übernommen werden können.

Bezüglich der im Auftrag genannten Datenquellen sollte eine kritische Sichtung dieser Datenquellen und möglicher Inhalte erfolgen und Vorschläge zur Aufnahme von Qualitätsdaten in das Qualitätsportal unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und –präferenzen vorgenommen werden. Die im Zwischenbericht vorgenommene Bewertung auf S. 207, 2. Absatz: „In den gesichteten Datenquellen außerhalb der strukturierten Qualitätsberichte konnte das IQTIG zum Stand des vorliegenden Zwischenberichts keine Hinweise auf Daten finden, die für eine Veröffentlichung auf dem G-BA-Qualitätsportal zu empfehlen sind“ greift zu kurz und entspricht nicht dem Auftrag.

Neben den Einschlüssen sind auch die Ausschlüsse zu begründen. Dies sei am Beispiel der Disease-Management-Programme (S. 180 Punkt 3.1.3) exemplarisch betrachtet: Um möglichst vielseitig und umfassend zu allen Qualitätsaspekten zu informieren, kann nicht verstanden werden, dass DMP-Programme ausgeschlossen werden sollen, da sich deren Inhalte insbesondere auf Patienten- und Versorgungs-relevante Themen fokussieren. Entsprechende Hinweise, die schon im Qualitätsbericht enthalten sind, sollten weiterhin berücksichtigt bleiben und bei der Weiterentwicklung des Strukturierten Qualitätsberichts zum Qualitäts-Portal nicht unter den Tisch fallen. Dies gilt auch für andere Aspekte, die im Strukturierten Qualitätsbericht bereits enthalten sind und ggf. noch ausbaufähig sein könnten.

Dem Konzept ist dabei nicht zu entnehmen, wie das IQTIG plant, mit redundanten und ggf. divergierenden Informationen aus verschiedenen Datenquellen umzugehen, welche Datenvolumina bezogen werden sollen und welche Kohorten (Querschnittskohorten, Zeitreihen) berücksichtigt werden sollen.

Weiterhin sind aus Patientensicht sicherlich Daten zur Wiederaufnahme und Ergebnisse von standardisierten Patientenbefragungen von Interesse.

3. **Nutzung von Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung:**

Das Konzept folgt stringent einer Methodik. Dabei wurde versäumt, weitere Lösungsansätze zu prüfen. Hierzu gehören aus unserer Sicht:

- Festlegung eines einheitlichen Qualitätsindikatorenssets mit einer Indexbildung, die einen Ausschluss von Leistungserbringern (s. z.B. S. 232: QS Mammachirurgie) vermeidet. In Kapitel 10.2.4 werden drei Optionen vorgestellt, wie mit den verfügbaren Informationen zu jedem Indikator und Leistungserbringer bei der Indexbildung umgegangen werden kann. Zum Schluss wird Option 2 empfohlen, bei der es um die Aggregation der metrischen Indikatorergebnisse geht. Dies kann nicht ausreichend nachvollzogen werden. Die Methodik der Indexbildung soll zu Erfüllung des Punktes I.3b der Beauftragung beitragen, und die Aufbereitung in verständlicher Form und Darstellung der Informationen in einem fairen Vergleich ermöglichen. An mehreren Stellen wird auf die Grenzen der Indexbildung eingegangen. Was genau am Ende dem Patienten vermittelt werden soll, wird dabei nicht klar. Für eine Indexbildung könnten Patientenpräferenzen bei der Auswahlentscheidung von Indikatoren, die wiederum in leicht verständliche Gruppen zusammengefasst sein sollten, berücksichtigt werden.
- Aufnahme der Ergebnisse des strukturierten Dialogs und insbesondere Darlegung der qualitätsfördernden Maßnahmen der Leistungserbringer. Dabei ist sicherzustellen, dass die Einstufung und Bewertung von Indikatorergebnissen/Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Strukturierten Dialogs nicht im Widerspruch zu den Ergebnissen der avisierten Indikatorenssets führt.
- Berücksichtigung von Sentinel-Event-Indikatoren zur Förderung der Patientensicherheit.

4. **Patientenorientierung:**

Die Frage der Wahl eines Krankenhauses ist für Patienten bzw. Angehörige in der Regel mit Notwendigkeit der Durchführung eines diagnostischen oder therapeutischen Eingriffs verknüpft. Es stehen also Entscheidungen bezüglich der Notwendigkeit (Indikationsqualität), der Durchführung (Struktur- und Prozessqualität) als auch des Ergebnisses (Ergebnisqualität) an. In diesem Zusammenhang ist zu klären, welchen Beitrag ein Qualitätsportal leisten kann. Bei dieser Evaluation sollte maßgeblich das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (shared-decision-making) berücksichtigt werden. Dies schließt somit auch explizit ambulante und stationäre Leistungserbringer als Adressaten (interessierte Parteien, Stakeholder) ein, da diese den Patienten, die Patientinnen in Ihrer Entscheidungsfindung begleiten und beraten. Dies geht über die im vorgelegten Konzept vorgenommen Betrachtung des Nutzungskontexts sowie der Nutzungsbedürfnisse und -anforderungen von Patientinnen und Patienten hinaus. Leistungserbringer und „Gesundheitsberater“ werden zwar in den Kontext einer Zielgruppe gebracht (s. S. 40); dieser Ansatz wird aber konzeptionell und inhaltlich nicht weiter verfolgt. Neben den Patientinnen und Patienten haben Leistungserbringer ein hohes Interesse an der Darlegung und Transparenz (Public Reporting), da sie einem Wettbewerb ausgesetzt sind und Transparenz qualitätsfördernd wirken kann.

Das Qualitätsportal sollte sich mehr damit auseinandersetzen, die Bekanntheit von Qualitätsthemen informativ, verständlich und umfassend darzustellen. Wie die Bekanntheit und Nutzung gefördert werden kann, wird in diesem Zwischenbericht nicht weiter präzisiert. Ggf. wäre auch ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen interessant gewesen, z.B. Vernetzung mit Versorgungsaspekten, die nach dem KH-Aufenthalt relevant werden (Ambulante Pflegedienst, Reha, Entlassmanagement): Seite 125 lässt dies vermuten [„In den Fokusgruppen äußern Patientinnen und Patienten ein nur geringes Informationsbedürfnis zu Fragen des Entlassmanagements. Zudem berichten die Gesundheitsberaterinnen und -berater, dass sich Patientinnen und Patienten in der Regel erst nach dem Krankenhausaufenthalt über fehlende Informationen zu den Aufgaben und Angeboten des Sozialdienstes bzw. über unzureichende Unterstützung durch diesen im Rahmen der Entlassung beschweren.“]

5. Leistungserbringer:

Bei der Betrachtung der Krankenhäuser wird Art und Trägerschaft des Krankenhauses (öffentlich, freigemeinnützig und privat) betrachtet. Um den Versorgungsumfang der Kliniken einschätzen zu können ist, ergänzend eine Darstellung der Versorgungsstufen gemäß der Landes-Krankenhausplanung in Grund-, Regel-, Zentral- und Maximalversorgung zu empfehlen. Weiterhin ist die Versorgungsleistung und nicht die Fachabteilung zu betrachten. Dies ist auch eine erhebliche Schwäche der derzeitigen Qualitätsberichte, die durch die Betrachtung von Fachabteilungen modernen zentrumsorientierten Strukturen der Leistungserbringung nicht gerecht wird.

6. Datenverarbeitung:

Die Aspekte der Datenlieferprozesse und Datenspezifikationen werden im informationstechnischen Konzept nicht thematisiert, sind aber als wesentliche Themen eines derartigen Datenmanagementprogrammes unerlässlich. Dies sollte ergänzt werden.

7. Informationsaggregation und Visualisierungskonzept:

Unter der Überschrift „Gestalterische Aufbereitung von Qualitätsinformationen“ wird unter anderem die Reihen- oder Rangfolge als Mittel der Präsentation als vorteilhaft dargestellt. Vor diesem Hintergrund sollte überlegt werden, das Kapitel 10 neu zu schreiben. So könnten die dort beschriebenen parametrischen Verfahren, die auf teilweise nicht haltbaren Annahmen zur Verteilung von QI-Kennzahlen basieren, durch nicht parametrische Rangverfahren abgelöst werden. Das würde viele Annahme bezogen auf die einzelne Kennzahl und ihre Verteilung sowie die gemeinsame Verteilung mehrerer Indikatoren überflüssig machen.

Sollten die Autoren an dem Konzept parametrischer Verfahren festhalten wollen, empfehlen wir die bekannten Verfahren für korrelierte Kennzahlen zu verwenden, Kolinearitätsanalysen zu nutzen und statt der euklidischer Distanz auf alternative Distanzmaße (z.B. Mahalanobis-Distanz) zurückzugreifen.

Das Problem der fehlenden Gewichtung wäre dann immer noch zu lösen. Wir empfehlen eine ergänzende Recherche zu den in der Literatur empfohlenen Ansätze. Wenn man dabei erneut, wie jetzt schon im Bericht dargestellt, zu keinem befriedigenden Ergebnis kommt, sollte als Alternative zur Aggregation die Darstellung der verfügbaren Indikatoren ohne Aggregation erwogen werden.

Weiterhin wird unter der gleichen Überschrift eine Auswahl von Diagrammformen insbesondere für die Visualisierung mehrdimensionaler Qualitätsinformationen vorgeschlagen. Für eindimensionale Daten werden Balken- bzw. Säulendiagramme präferiert, für zweidimensionale Daten Streudiagramme (Scatter Plots). Es wird ohne Wertung festgestellt, dass häufig Tabellen zur Darstellung von Qualitätsinformationen genutzt werden. Hier sollten Empfehlungen formuliert und anhand der Literatur begründet werden.

Auch aus dem Befund, dass Texte vergleichbar wichtig für Entscheidungen zu sein scheinen wie Diagramme, lässt sich die Empfehlung ableiten, dass Diagramme von Texten begleitet werden sollten. Dieser Punkt wird auch bei der Darstellung der Ergebnisse aus den Fokusgruppen unter der Überschrift „Verständlichkeit und Aufbereitung von Qualitätsinformationen“ (11.1.2.1) wieder aufgegriffen. Sie machen deutlich, wie wichtig eine ansprechende, klare, nicht überladene Darstellung ist. Sprachliche Erläuterungen seien sehr wichtig. Für Nicht-Muttersprachler seien muttersprachliche Erläuterungen essenziell. Allein mit grafischer Aufbereitung sei es nicht getan. Der Abschnitt fällt aber zu kurz aus.

Über die oben genannten, aus unserer Sicht zentralen Aspekte für die Konzipierung eines Qualitätsportals hinaus, möchten wir nachstehende weitere nachgeordnete Aspekte benennen:

Tabelle S 187: Punkt 5: Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate.

Die Beauftragung des GBA an das IQTIG lautet Kriterien für Qualitätsunterschiede von Siegeln und Zertifikate zu erarbeiten. Eine Bewertung der Zertifikate selbst ist nicht beauftragt.

Tabelle S 187: Punkt 7 Allgemeine Patientenerfahrungen.

Die allgemeine Patientenbefragung und die Patientenperspektive von PREMS und PROMS sollten inhaltlich in das Qualitätsportal aufgenommen werden. Die Integration der Ergebnisse in einem Gesamtindex ist nachvollziehbar, aber ungeeignet formuliert. Es wäre wünschenswert nach alternativen Lösungswegen zur Rückmeldung der Ergebnisse aus Patientenperspektive im Qualitätsportal zu suchen.

Tabelle S. 194 Punkt 12.1.: Umgang mit Patientinnen und Patienten.

Es sollte geprüft werden, ob die extern vielfach gestarteten Aktivitäten und ihre Ergebnisse zu PREMS und PROMS berücksichtigt werden. Die Aktivitäten des IQTIG sind im Gegensatz dazu nur auf einzelne Verfahren begrenzt.

S. 210 9.7.3.3 Umsetzungsempfehlungen in Bezug auf die Datengrundlage.

S.210, Absatz 1: „Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG perspektivisch zu prüfen, inwiefern der Prozess der Datenlieferung, Auswertung und Veröffentlichung der nach Qb-R erhobenen bzw. zu veröffentlichenden Daten beschleunigt werden kann.“ Eine zeitnahe Rückmeldung von Ergebnissen ist zu unterstützen! Dies würde aber bedeuten, dass die Datenliefertermine und in Konsequenz daraus die vorgelagerten Prozesse insgesamt neu zu regeln sind. Eine große Herausforderung.

Insgesamt ergibt sich aus Sicht der GQMG ein erhebliches Entwicklungspotential bei der Konzeptionierung des „Qualitätsportals“ bevor hier abschließend berichtet werden sollte. An dieser Stelle sollte die Chance genutzt werden, das Qualitätsportal zukunftsorientiert, interaktiv und partizipativ zu gestalten. Hierbei sollten die Perspektiven aller Beteiligten berücksichtigt werden, damit Patientinnen und Patienten eine wohl informierte sowie mündige und individuelle Entscheidung treffen können.

Kontakt und weiterführende Informationen:

- [Prof. Dr. med. Ralf Waßmuth](#)
Beisitzer im Vorstand der GQMG e.V.
- Stellungnahmebeauftragter -
Universitätsklinikum Düsseldorf
Tel.: [REDACTED]
E-Mail: [REDACTED]

Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG)

Wir gestalten Qualität für Patientinnen und Patienten,
vernetzen Gesundheitsberufe, verbessern Prozesse

Die **Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG)** ist ein Netzwerk für alle Menschen, die an der Qualität in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung arbeiten.

- Wir gestalten Qualitätskultur mit Blick auf Patienten, Mitarbeiterinnen und Wirtschaftlichkeit.
- Wir führen einen wissenschaftlichen Diskurs zu Qualität und Patientensicherheit und beziehen Stellung.
- Wir vernetzen die Akteure des Qualitäts- und Risikomanagements, geben ihnen Anregung und praktische Unterstützung.

Die GQMG besteht seit 1993, seit 2002 ist sie Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 21.10.2020**

**zum Zwischenbericht des IQTIG vom 09.09.2020
für ein Gesamtkonzept für das G–BA–Qualitätsportal**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhalt

1	Zusammenfassung	4
1.1	Aufbau des Portals, Versorgungsanlässe und Zielgruppe	6
1.2	Nutzung von Daten(quellen) und Schnittstellen	7
1.3	Methodik der Informationsaggregation	8
1.4	Visualisierung und informationstechnisches Konzept	10
1.5	Umsetzungsplanung, Evaluation und Weiterentwicklung des Qualitätsportals	10
2	Aufbau des Portals, Versorgungsanlässe und Zielgruppe	11
2.1	Basisinformationen	11
2.2	Versorgungsanlassspezifische Informationen	11
2.3	Definition der Versorgungsanlässe	12
2.4	Darstellung von Qualitätsergebnissen	13
2.5	Leistungsbereiche und Zielgruppenorientierung	13
2.6	„Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen“	15
3	Nutzung von Daten(quellen) und Schnittstellen	17
4	Methodik der Informationsaggregation	20
4.1	Anzahl und Aussagekraft verfügbarer Indikatoren	21
4.1.1	Konsequenzen aus der Definition der Versorgungsanlässe	23
4.1.2	Konsequenzen der Anforderung eines „einheitlichen Indikatorensets“	23
4.1.3	Umgang mit Indikatoren mit korrelierenden Ergebnissen	24
4.1.4	Umgang mit zeitversetzt verfügbaren Ergebnissen	24
4.2	Inhaltsvalidität der Indizes	24
4.3	Verzicht auf eine qualitative Bewertung	25
4.4	Umgang mit Mehrfachzuordenbarkeit von Indikatoren	26
4.5	Kompensation von Messfehlern	26
4.6	Anwendung eines additiven Punktescores	27
4.7	Qualitätsmessung im Sinne eines metrischen Kontinuums	27
4.8	Bedeutung der Referenzbereiche	28
4.9	Gewichtung der Indikatorenergebnisse	29
4.10	Umsetzbarkeit des Konzepts zur Darstellung von Indikatorenergebnissen	30
4.10.1	Mamachirurgie	31

4.10.2 Herztransplantation und Lungen- und Herz-Lungentransplantation.....	32
4.10.3 Lebertransplantation	32
4.10.4 Gynäkologische Operationen.....	32
4.10.5 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.....	36
4.10.6 Koronarangiografie und PCI	36
4.10.7 Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	39
4.11 Veröffentlichung von Einzelergebnissen	41
Schlussbemerkung	42
Quellen	43

1 Zusammenfassung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) am 17.01.2019 mit der Entwicklung eines Konzepts zur Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in den maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung (G-BA-Qualitätsportal) beauftragt. Im Auftrag lassen sich folgende Arbeitsbereiche identifizieren, die vom IQTIG im Rahmen der Erstellung eines Gesamtkonzepts zu bearbeiten sind:

1. Aufbau des Portals, Versorgungsanlässe und Zielgruppe
(Nr. 1. 2. a, b, c gemäß Auftrag)
2. Nutzung von Daten(quellen) und Schnittstellen
(Nr. 1. 2. d, e, q, r gemäß Auftrag)
3. Methodik der Informationsaggregation
(Nr. 1. 2. f, g, h, i gemäß Auftrag)
4. Visualisierung und informationstechnisches Konzept
(Nr. 1. 2. j, k, l, m, n, s gemäß Auftrag)
5. Umsetzungsplanung, Evaluation und Weiterentwicklung des Qualitätsportals
(Nr. 1. 2. o, p, t gemäß Auftrag)

Im Auftrag werden darüber hinaus Punkte genannt, die erst bei der Umsetzung dieses Gesamtkonzepts zu bearbeiten sind (z. B. Bereitstellung der Daten, Nutzertesting). Die Umsetzung hat erst nach Beratung des Gesamtkonzepts durch den G-BA zu erfolgen.

Weiterhin werden Hinweise auf Besonderheiten gegeben, die im Rahmen der Beauftragung zu bearbeiten sind. So sollen Hinweise auf eine adressatengerechte Weiterentwicklung von Inhalten des Qualitätsberichts gemacht werden. Des Weiteren sollen die Informationen in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form einen fairen Vergleich zwischen Krankenhäusern ermöglichen und Informationsbedürfnis und Informationspräferenzen von Patientinnen und Patienten¹ sowie Angehörigen ermöglichen. Nicht zuletzt soll externe Expertise eingebunden werden.

Darüber hinaus umfasst der Auftrag „für die Themen *planungsrelevante Qualitätsindikatoren und Mindestmengen eine temporäre Sonderveröffentlichung*“. Dieser Auftragsteil wurde vom IQTIG gesondert bearbeitet, der entsprechende Bericht wurde dem G-BA am 17.01.2020 vorgelegt.

Das vorliegende Dokument stellt die bisherigen Ergebnisse bei der Entwicklung des Gesamtkonzepts dar. Der Abschlussbericht sollte laut Beschluss am 31.12.2020 vorgelegt werden. Mit

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Stellungnahme nachfolgend durchgängig die grammatikalisch männliche Form (z. B. Patient) benutzt. Sie bezieht sich gleichermaßen auf die drei Geschlechter: männlich, weiblich, divers.

Schreiben vom 08.05.2020 hat das IQTIG dem G-BA mitgeteilt, dass die Abgabe erst am 15.11.2021 möglich sein wird.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedeutet die an das IQTIG gestellte Aufgabe nicht nur die Abarbeitung eines gesetzlichen Auftrags aus der letzten Legislaturperiode, sondern auch die besondere Chance für den G-BA, vorhandene und regelmäßig über spezifische Verfahren eingesammelte Daten methodisch solide und zugleich patientengerecht zugänglich zu machen. Der hohe aus diesem Spannungsfeld resultierende Anspruch begründet dabei auch den Unterschied zu den bereits vorhandenen Veröffentlichungen auf Basis der Regelungen zum strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R).

Aufgrund seiner besonderen Rolle im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung (QS) hat das IQTIG mit dem Auftrag die Möglichkeit erhalten, den Datenbestand zu bewerten, Fehlstellen zu identifizieren und konkrete Handlungsvorschläge zu unterbreiten. Denn es kennt nicht nur die bereits tatsächlich im Qualitätsbericht erfassten, sondern auch die kurz- und mittelfristig zur Aufnahme vorgesehenen Daten (z. B. aus Strukturabfragen oder Patienten- und Einrichtungsbefragungen) und kann diese bereits in sein Konzept mit einbeziehen. Ausgehend von der bestehenden Datenbasis kann es dann konkrete Vorschläge für eine gezielte inhaltliche Weiterentwicklung des Qualitätsportals erarbeiten. Denn es ist wenig überraschend, dass den vorhandenen Daten häufig die konsequente Patientenperspektive fehlt – ist der primäre Zweck der ihnen zugrundeliegenden QS-Verfahren doch in der Regel nicht die Veröffentlichung von Indikatorenergebnissen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bleibt das IQTIG jedoch mit dem vorgelegten Zwischenbericht unter seinen Möglichkeiten. Die methodischen und theoretischen Grundlagen sind sehr ausführlich und differenziert dargestellt. Allerdings führt dies ebenso wie die grundsätzlich sinnvolle Referenzierung des Methodenpapiers dazu, dass die Ausführungen über weite Strecken sehr abstrakt bleiben. Mit dem Auftrag geht es aber nicht nur um die Ausarbeitung eines theoretischen Rahmens, sondern auch um seine Anwendung, insbesondere in Hinblick auf die Bestandsdaten. Auf diese Weise ließen sich auch frühzeitig erste Limitationen der gewählten Ansätze identifizieren.

Das IQTIG sollte darüber hinaus prüfen, ob weitere Datenquellen mit Mehrwert für Patienten, jenseits der Daten aus den Qualitätsberichten, verfügbar sind und in das Portal eingebunden werden können. Dies ist nur rudimentär erfolgt. Implizit geht das IQTIG davon aus, dass relevante Inhalte aus den Strukturrichtlinien des G-BA perspektivisch über die Qualitätsberichte für das Portal verfügbar sein werden. Eine tiefere Auseinandersetzung mit der Verfügbarkeit und Nutzbarkeit von Inhalten erfolgt jedoch nicht.

Positiv zu werten ist die Tatsache, dass das IQTIG die Bedeutung von grundlegenden Patientenerfahrungen und -bewertungen für die Entscheidungsfindung bei Patienten hervorhebt. Allerdings liefern vom G-BA beschlossene Patientenbefragungen in ausgewählten QS-Verfahren hochspezifische und versorgungsanlassbezogene Daten. Dabei kann aktuell nur grob prognostiziert werden, wann diese Daten erstmalig zur Verfügung stehen werden. Der Ansatz des IQTIG, Konzept, Methodik und Ausgestaltung von Befragungen zu allgemeinen Patientenerfahrungen selbstständig zu entwickeln und diese anzuwenden, um „*übergeordnete patientenrelevante Informationsbedürfnisse*“ (S. 188)² zu adressieren, ist daher zu begrüßen. Wünschenswert wäre, dass das IQTIG hier – im Sinne eines Entwicklungspfades – konkreter beschreibt, wie sich das Portal in den nächsten Jahren weiterentwickeln sollte und wann welche Daten – auch jenseits von Patientenbefragungen – zur Verfügung stehen (könnten). Die Erstellung eines solchen Entwicklungspfades ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wichtig, auch für die Entscheidung über zukünftige Schwerpunktsetzungen im G-BA, z. B. im Rahmen der Weiterentwicklung von Indikatoren oder Neuentwicklung von Verfahren.

Zu den Themenblöcken im Einzelnen:

1.1 Aufbau des Portals, Versorgungsanlässe und Zielgruppe

Das IQTIG empfiehlt als Struktur des Portals eine Gliederung in 13 „Informationsmodule“, die in 26 Subkategorien untergliedert werden, die vom IQTIG als „Themen“ bezeichnet werden. Diese Struktur wird als „inhaltliches Konzept“ bezeichnet und erläutert. Generell erscheint die Grundstruktur nachvollziehbar und gut begründet.

Darüber hinaus werden im Informationsmodul 14 sechs Patientengruppen mit „zusätzlichen Informationsbedürfnissen“ benannt, wobei nicht ganz klar wird, ob die entsprechenden Informationen ebenfalls in eigenen „Informationsmodulen“ bereitgestellt oder in anderer Form integriert werden sollen. Insbesondere die Trennung in Basisinformationen (Informationsmodule 1 bis 3, 8 und 10 bis 14), die weitgehend „versorgungsanlassunabhängig“ zur Verfügung stehen, und spezifische Informationen für bestimmte Versorgungsanlässe erscheint sachgerecht und nutzerorientiert.

Die Definition der „Versorgungsanlässe“, d. h. Erkrankungen und Behandlungen, ist als zentrale Aufgabe vor der Umsetzung des Portals anzusehen. Diese bilden letztlich den Zugang zu den Informationsmodulen 4 bis 7, in denen Qualitätsergebnisse dargestellt werden sollen, und haben ganz zentrale Bedeutung für die Auswahl der nutzbaren Indikatoren und die Realisierbarkeit des Indexkonzepts. Jeder Versorgungsanlass muss demnach klar abgegrenzt und seine Inhalte müs-

² Die in den Klammern referenzierten Seiten in dieser Stellungnahme beziehen sich, soweit nicht anders gekennzeichnet, auf die Seiten im Zwischenbericht des IQTIG.

sen individuell erarbeitet werden. Es sollte daher erläutert werden, durch wen, wann und in welchem Umfang die „Versorgungsanlässe“ definiert (operationalisiert) und darauf aufbauend die entsprechenden Indikatorensets festgelegt werden. Die derzeit verwendbaren „Versorgungsanlässe“ sind im Abschlussbericht zu benennen und priorisierte Vorschläge für das weitere Vorgehen zu empfehlen. Wesentliches Element ist in dem Zusammenhang die Suchfunktion, über die der Einstieg in die Informationsmodule praktisch erfolgen soll. Hier sind unterschiedliche technologische Ansätze zu prüfen, die möglichst dynamisch und „intelligent“ auf Suchanfragen reagieren.

Hinsichtlich der adressierten Zielgruppen empfiehlt das IQTIG, das Portal nicht auf bestimmte Leistungsbereiche zu beschränken, sondern für möglichst viele Interessierte zu öffnen. Dieses Konzept erscheint prinzipiell nachvollziehbar. In der Konsequenz ergibt sich daraus jedoch, dass für recht viele „Versorgungsanlässe“ nur wenige allgemeine Basisinformationen (primär Module 2 und 3, später eventuell auch 8 und 10 bis 13) zur Verfügung stehen. Dies sollte auf der Website sehr klar kommuniziert werden, um realistische Erwartungshaltungen zu ermöglichen und „Enttäuschungen“ zu vermeiden.

Gerade vor diesem Hintergrund erscheint auch das Konzept der „Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen“ noch erläuterungsbedürftig. Hierzu stellt sich die Frage, ob es beispielsweise bei Schwangeren darum geht, ob sie aus anderem Versorgungsanlass als der Schwangerschaft stationär behandelt werden (dann besteht ein „zusätzliches Informationsbedürfnis“) oder wegen der Schwangerschaft oder Geburt. Dann besteht kein zusätzliches, sondern ein spezifisches Informationsbedürfnis – wie auch bei Patienten, die sich beispielsweise einem orthopädischen Eingriff oder einem Eingriff am Herzen unterziehen.

Dass möglichst breit Basisinformationen verfügbar sein sollen, ist sicher gut und hilfreich. Für eine vertiefte Information, insbesondere zu Qualitätsergebnissen, erscheint dann aber eine gezielte Fokussierung und ein schrittweiser Aufbau effizienter als ein eher oberflächliches Informationsangebot für mehr Bereiche. Daher erscheint eine versorgungsanlassspezifische Ermittlung der Zielgruppen und deren Informationsbedürfnisse sinnvoll. Dies dann zunächst spezifisch für zwei „maßgebliche Bereiche“ umzusetzen (und gezielt die Informationen, für die ein Bedürfnis besteht, die aber derzeit nicht verfügbar sind, zu erarbeiten), erscheint letztlich als große Chance für das Portal.

1.2 Nutzung von Daten(quellen) und Schnittstellen

Gemäß Auftrag (und Formulierung im SGB V) empfiehlt das IQTIG, im ersten Schritt nur Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu verwenden. Dies ist auch grundsätzlich sinnvoll, da das IQTIG praktisch nur auf Daten zurückgreift, deren Format, Inhalt und Verfügbarkeit vom G-BA selbst direkt gesteuert werden können.

Für die Identifizierung der verfügbaren Daten im Qualitätsbericht hat sich das IQTIG offensichtlich an der Anlage 1 der der Qb-R für das Berichtsjahr 2018 orientiert. Für den Abschlussbericht sollte das IQTIG die Analysen anhand der Anlage 1 der Qb-R für das Berichtsjahr 2019 darstellen, da zusätzliche Daten enthalten sind, die von besonderer Relevanz für das Qualitätsportal sein können (z. B. der Erfüllungsgrad der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung). Das Potenzial, das sich aus der Einbeziehung von Daten aus in (Weiter-)Entwicklung befindlichen G-BA-Richtlinien ergibt, wird nur unzureichend untersucht und dargestellt.

Weitestgehend unklar bleibt auch die Schnittstelle zum Informationsportal „www.Perinatalzentren.org“, welches für relevante Zielgruppen in das Qualitätsportal einbezogen werden könnte.

Prinzipiell stehen aber auch aus anderen Datenquellen standardisierte Informationen zur Verfügung. Voraussetzung für eine Einbeziehung ist jedoch die Definition von Kriterien, die diese Datenquellen erfüllen müssen, um den Anforderungen des G-BA-Qualitätsportals zu entsprechen. Hierzu gibt das IQTIG nur wenige Hinweise.

1.3 Methodik der Informationsaggregation

Das IQTIG sieht vor, die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren primär in aggregierter Form zu veröffentlichen. Aus diesem Grunde wird im Rahmen dieser Stellungnahme ein spezielles Augenmerk auf die dargestellte Methodik der Informationsaggregation gelegt.

Der wesentliche Grundansatz für die Darstellung der Qualitätsergebnisse in den Modulen 4 bis 6 ist eine Indexbildung in zwei Aggregationsstufen. Die Indexbildung erfolgt ausschließlich unter Verwendung der rechnerischen Indikatorenergebnisse, d. h. ohne Berücksichtigung von qualitativen Bewertungen auffälliger Ergebnisse (wie derzeit im Stellungnahmeverfahren nach der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und im strukturierten Dialog nach der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) praktiziert). Trotz der damit assoziierten Vorteile, der differenzierten Herleitung und der theoretischen Fundierung bedarf das Konzept des IQTIG aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes einer kritischen Diskussion und Überprüfung auf Praktikabilität.

Das theoretische Konzept entfaltet seine Wirkung, wenn für die einzelnen Informationsmodule Indikatorensets zur Verfügung stehen, die „umfassend“ mit jeweils einer größeren Anzahl von Indikatoren die einzelnen Qualitätsdimensionen abbilden und deren einzelne Indikatoren als valide „metrische“ Messinstrumente anzusehen sind, deren Ergebnisse keiner weiteren Analyse durch beispielsweise eine qualitative Bewertung bedürfen. Diese Anforderungen erfüllen die aktuellen Indikatorensets voraussichtlich nicht.

Zentral erscheint daher die Frage, ob das theoretische Indexkonzept praktikabel für die real existierenden und realistisch zu erwartenden Indikatoren und Indikatorensets ist. Von besonderer Relevanz erscheint dabei die Tatsache, dass in den aktuell verwendeten Indikatorensets vielfach

keine, einzelne oder sehr wenige Indikatoren für die einzelnen Module zur Verfügung stehen. Die Anzahl der Indikatoren in den einzelnen Modulen ist jedoch von zentraler Bedeutung für das geplante Konzept der Indexbildung. In Abschnitt 4.10 wird das Konzept des IQTIG beispielhaft auf einige aktuelle Verfahren angewendet.

Neben den bereits angesprochenen Punkten sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes insbesondere folgende Aspekte bei der Bewertung des IQTIG-Konzepts relevant:

- Anzahl und Aussagekraft verfügbarer Indikatoren (Abschnitt 4.1)
- Inhaltsvalidität der Indizes (Abschnitt 4.2)
- Verzicht auf eine qualitative Bewertung (Abschnitt 4.3).
- Mehrfachzuordenbarkeit von Indikatoren (Abschnitt 4.4)
- Kompensation von Messfehlern (Abschnitt 4.5)
- Kompensation durch Verwendung eines additiven Punktescores (Abschnitt 4.6)
- Qualitätsmessung im Sinne eines metrischen Kontinuums (Abschnitt 4.7)
- Bedeutung der Referenzbereiche (Abschnitt 4.8)
- Gewichtung der Indikatorenergebnisse (Abschnitt 4.9)

Insgesamt können die genannten Punkte die praktische Umsetzbarkeit des Konzepts nachhaltig beeinflussen (vgl. Abschnitt 4.10), weshalb eine grundsätzliche Abwägung notwendig wird:

Auf der einen Seite ist eine Indexbildung aufgrund der besseren Verständlichkeit und Nutzbarkeit in hohem Maße wünschenswert und ein Verzicht auf eine qualitative Bewertung würde den Aufwand im Verfahren erheblich reduzieren und eine frühere Veröffentlichung der Ergebnisse ermöglichen. Auf der anderen Seite könnte eine Veröffentlichung der Ergebnisse in der empfohlenen Form (sofern die verwendeten Indikatoren und Indikatorensätze nicht die erforderlichen Voraussetzungen erfüllen) fehlleitend sein. Das vom IQTIG vorgestellte theoretische Konzept sollte daher für die Anwendbarkeit auf die aktuell verfügbaren Indikatoren gezielt untersucht werden. Das IQTIG sollte an konkreten Beispielen mit aktuellen Indikatoren darstellen, wie das Konzept in der Praxis umgesetzt werden soll. Dabei sollte auch gezeigt werden, wie viele (und welche) Indikatoren je Versorgungsanlass überhaupt für die Indexbildung in Frage kommen.

Darüber hinaus bleibt völlig offen, inwieweit Informationen, die nicht Ergebnisse von Qualitätsindikatoren sind, ggf. auch sinnvoll aggregiert werden können. Konkret bedeutet dies, dass das IQTIG zwar die Verfügbarkeit solcher Information anhand der Datengrundlage des Qualitätsberichts analysiert (z. B. Tabelle 13 auf S. 148 zum Thema „Verfügbarkeit von bzw. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten“), jedoch keine Konzepte entwickelt, wie diese Informationen nutzerfreundlich und informativ dargestellt werden können.

1.4 Visualisierung und informationstechnisches Konzept

Die Darstellungen des IQTIG in den entsprechenden Kapiteln sind recht allgemein und überwiegend im Sinne einer Propädeutik zu verstehen. Die konkrete Bearbeitung dieser Aufgaben soll bis zur Abgabe des Abschlussberichts erfolgen. Daher kann im Rahmen der Stellungnahme keine Aussage hierzu gemacht werden.

Erläuterungsbedürftig erscheint zum jetzigen Zeitpunkt wie, wann und von wem die genannten Elemente „interaktive Entscheidungshilfen, Videos“ erarbeitet werden sollen (S. 281):

„Weitere wesentliche Bestandteile, die bei der Visualisierung berücksichtigt werden sollten, sind Tools wie bspw. interaktive Entscheidungshilfen (zusätzlich Videos, textliche Hilfen, herunterladbare PDF-Dateien).“

Das IQTIG sollte darüber hinaus auch alternative Präsentationsformate des Qualitätsportals in Betracht ziehen. Gerade hier könnte eine Möglichkeit liegen, sich von existierenden Portalen (so z. B. auch die derzeitige Realisierung der Kliniksuche im Rahmen des Nationalen Gesundheitsportals www.gesund.bund.de) abzuheben. Insbesondere sollte die Nutzbarmachung des Qualitätsportals in Form einer mobilen Applikation (sog. „Apps“) diskutiert werden. Dies hätte den Vorteil, dass vermutlich Zielgruppen angesprochen werden, die über die bisher geplanten Formate der Nutzung nicht erreicht werden. Darüber hinaus argumentiert das IQTIG, dass die Internetnutzung in erster Linie über das Mobiltelefon bzw. Smartphone erfolgt (vgl. S. 80). Es erscheint daher nur folgerichtig, dass für dieses Medium auch zeitgemäße und niedrighschwellig verfügbare Angebote entwickelt werden.

1.5 Umsetzungsplanung, Evaluation und Weiterentwicklung des Qualitätsportals

Dieser Bereich ist im Zwischenbericht nur ausblickartig beschrieben. Konkrete Ausarbeitungen zu diesen Aufgaben sind laut IQTIG erst im Abschlussbericht zu erwarten. Daher wird im Rahmen dieser Stellungnahme keine Aussage hierzu gemacht.

2 Aufbau des Portals, Versorgungsanlässe und Zielgruppe

Das IQTIG empfiehlt als Struktur des Portals eine Gliederung in 13 „Informationsmodule“ (S. 201), die in 26 Subkategorien untergliedert werden, die vom IQTIG als „Themen“ bezeichnet werden. Diese Struktur wird vom IQTIG im Bericht als „inhaltliches Konzept“ bezeichnet und erläutert. Darüber hinaus werden im Informationsmodul 14 sechs Patientengruppen mit „zusätzlichen Informationsbedürfnissen“ benannt (S. 201), wobei nicht ganz klar erscheint, ob die entsprechenden Informationen ebenfalls in eigenen „Informationsmodulen“ bereitgestellt oder in anderer Form integriert werden sollen.

Das IQTIG hat diese Grundstruktur primär aus folgenden Informationsquellen abgeleitet: eine systematische Literaturrecherche, Fokusgruppen, eine halbstrukturierte Bedarfserhebung sowie Beratung durch ein Expertengremium. Die Darstellung im Bericht erfolgt konsekutiv für die Ergebnisse der Informationsquellen.

Generell erscheint die Grundstruktur nachvollziehbar und gut begründet. Insbesondere die Trennung in Basisinformationen, die „versorgungsanlassunabhängig“ zur Verfügung stehen, und spezifische Informationen für bestimmte Versorgungsanlässe erscheint sachgerecht und nutzerorientiert.

2.1 Basisinformationen

Mit den Basisinformationen (im ersten Schritt Informationsmodule 2 „Basisinformationen zum Krankenhaus“ und 3 „Ausstattung und Service“) kann eine große Zielgruppe angesprochen werden, was die Bekanntheit und Relevanz des Portals fördert. Die in späteren Schritten zu ergänzenden Informationsmodule 8 „Hygiene und Infektionsmanagement“, 10 „Pflege und Entlassmanagement“, 11 „Medizinische Schwerpunkte“, 12 „Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate“ und 13 „Allgemeine Patientenerfahrung“ scheinen ebenfalls stärker „versorgungsanlassunabhängig“ ausgerichtet zu sein, so dass auch diese eine größere Zielgruppe ansprechen. Allerdings sind auch die Basisinformationen krankheits- und behandlungsbezogen von unterschiedlicher Relevanz, wie beispielsweise die Entfernung eines Krankenhauses zum Wohnort.

2.2 Versorgungsanlassspezifische Informationen

In den Informationsmodulen 4 bis 7 sollen Qualitätsergebnisse dargestellt werden, die – so wird das Konzept verstanden – spezifisch für bestimmte „Versorgungsanlässe“, d. h. Erkrankungen und Behandlungen, sind. Diese vier Module hängen nach diesem Verständnis sehr eng zusammen und müssten aufeinander abgestimmt „befüllt“ werden. Auch das Modul 9 „Personal“ erscheint eher versorgungsanlassbezogen relevant. Möglicherweise wäre vor diesem Hintergrund eine übergeordnete Bezeichnung dieser Module als „Spezifische Qualitätsergebnisse“ zu erwägen (auch

wenn ggf. kritisch diskutiert werden kann, ob es sich bei Fallzahlen um „Qualitätsergebnisse“ handelt).

Das Informationsmodul 7 „Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen“ kann ggf. auch für andere Behandlungsanlässe als für die, für die auch Informationen zu den Modulen 4 bis 6 (d. h. Ergebnisse von Qualitätsindikatoren) vorliegen, „befüllt“ werden. Für die Versorgungsanlässe mit Informationen zu den Modulen 4 bis 6 sollte die gleiche Grundgesamtheit (d. h. Aggregation der ICD- und OPS-Kodes) verwendet werden wie für das Modul 7.

Für die Versorgungsanlässe ohne Informationen zu den Modulen 4 bis 6 bedarf es für das Modul 7 einer Definition dieser Anlässe und eine Operationalisierung in Gruppen von ICD- bzw. OPS-Kodes, ggf. in Kombination. Die Darstellung einfach nur der einzelnen ICD- bzw. OPS-Kodes erscheint wenig aussagekräftig und vor allem wenig patientenverständlich. Die Aufgabe der Operationalisierung dieser patientenverständlichen und fachlich konsistenten Gruppen ist als durchaus anspruchsvoll und aufwendig anzusehen. Das IQTIG könnte im Abschlussbericht eine Empfehlung abgeben, in welcher Form und mit welchem möglichen Zeitbedarf eine solche Entwicklung erfolgen könnte.

2.3 Definition der Versorgungsanlässe

Als zentrale Aufgabe vor der Umsetzung des Portals ist die Definition der „Versorgungsanlässe“ anzusehen. Diese bilden letztlich den Zugang zu den Informationsmodulen 4 bis 7, in denen „versorgungsanlassspezifische“ Qualitätsergebnisse dargestellt werden sollen. Das IQTIG empfiehlt dazu beispielsweise, „*versorgungsanlassbezogene Indikatorensets festzulegen*“ (S. 23), und führt auf Seite 224 weiter zur Eingrenzung des Versorgungsanlasses aus. Es sollte jedoch genauer erläutert werden, durch wen, wann und in welchem Umfang die „Versorgungsanlässe“ definiert (operationalisiert) und darauf aufbauend die entsprechenden Indikatorensets festgelegt werden. Sinnvoll erscheint auch, dass das IQTIG im Abschlussbericht die derzeit verwendbaren „Versorgungsanlässe“ bereits benennt.

Nach Darstellung des IQTIG können die aktuellen Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung möglicherweise nicht unverändert verwendet werden, sondern bedürfen ggf. einer weiteren Differenzierung (vgl. S. 229). Sofern dies notwendig erscheint, sollten hierzu weitergehende Vorschläge gemacht werden. Abhängig von dieser Festlegung der „Behandlungsanlässe“ sollte dann auch bereits eine Zuordnung der jeweils zu verwendenden Qualitätsindikatoren zu den Versorgungsanlässen und den Informationsmodulen 4 bis 7 erfolgen. Die Festlegung der Versorgungsanlässe hat zentrale Bedeutung für die Auswahl der nutzbaren Indikatoren (vgl. Abschnitt 4.1) und die Realisierbarkeit des Indexkonzepts (vgl. Abschnitt 4.10).

Erst diese konkrete Darstellung durch das IQTIG ermöglicht daher eine substanzielle Bewertung der Sachgerechtigkeit und Nutzbarkeit des Konzepts.

Darüber hinaus sollte erläutert werden, wie diese Versorgungsanlässe in die Suchfunktion eingebunden werden, d. h. welche Operationalisierung für die Suchfunktion verwendet werden soll.

2.4 Darstellung von Qualitätsergebnissen

Die Darstellung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren primär in den drei Modulen „Behandlungserfolg“, „Sichere Versorgungsprozesse“ und „Kommunikation und Interaktion“ erscheint nachvollziehbar, übersichtlich, nutzerorientiert und verständlich. Erläuterungsbedarf besteht dabei jedoch unter anderem in Bezug auf die Zuordnung von Qualitätsindikatoren zu diesen Modulen, da dies relevante Konsequenzen für die Indexbildung hat (vgl. hierzu auch Abschnitt 4.4).

Für die Aufbereitung der Informationen empfiehlt das IQTIG, sich an der Kompetenzstufe II für Lese- und alltagsmathematische Kompetenz zu orientieren. Dadurch soll das G-BA-Qualitätsportal für möglichst viele Nutzer mit unterschiedlichem Bildungshintergrund und verschiedenen Lese- und alltagsmathematischen Kompetenzen zugänglich gemacht werden (vgl. S. 78 ff.). Es erscheint fraglich, ob unter diesen Voraussetzungen die vollständige und richtlinienkonforme Darstellung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI) möglich ist. Diese erscheinen in Anbetracht der Auswahl der Kompetenzstufe II als zu komplex. Im Rahmen der Beratungen zur Beauftragung in der AG PlanQI wurde angedacht, hierfür ein hierarchisches System der Ergebnisdarstellung mit aufsteigender Komplexität zu nutzen. Die Nutzer des Portals können dabei je nach Informationsbedürfnis sowie Lese- und alltagsmathematischer Kompetenz zu der für sie angemessenen Hierarchieebene navigieren. Hintergrund ist die Erfüllung der Vorgaben gemäß § 17 und § 9 Abs. 7 Satz 6 plan. QI-RL zur Berichterstattung.

2.5 Leistungsbereiche und Zielgruppenorientierung

Das IQTIG empfiehlt, das Portal nicht auf bestimmte Leistungsbereiche zu beschränken, sondern für möglichst viele Interessierte zu öffnen (vgl. S. 16). Dieses Konzept erscheint prinzipiell nachvollziehbar und vorteilhaft. In der Konsequenz ergibt sich daraus jedoch, dass für recht viele „Versorgungsanlässe“ nur wenige allgemeine Basisinformationen zur Verfügung stehen. Dies sollte auf der Website sehr klar kommuniziert werden, um realistische Erwartungshaltungen zu ermöglichen und „Enttäuschungen“ zu vermeiden.

Sinnvoll erscheinen jedoch in jedem Fall Empfehlungen zum stufenweisen Aufbau bzw. zur Priorisierung der Versorgungsanlässe. Jeder Versorgungsanlass sollte definiert und die spezifischen Inhalte sollten erarbeitet werden. Die vom IQTIG auf Seite 81 formulierte Empfehlung, „*das G-BA-Qualitätsportal für die primäre Zielgruppe der Patientinnen und Patienten mit elektiven und dringend elektiven Krankenhausaufenthalten zu optimieren*“, sollte daher weitergehend konkretisiert werden. Diese Empfehlung ändert nichts an dem Erfordernis, dass für die Bereiche (Versorgungs-

anlässe), für die differenzierte Informationen (vor allem Qualitätsergebnisse) zur Verfügung stehen (oder gezielt erarbeitet werden), zielgruppenspezifische Informationen und Darstellungsformen identifiziert und umgesetzt werden müssen.

Daher erscheint die Darstellung des IQTIG auf Seite 29 nur bedingt zutreffend:

„Um dieser Zielsetzung gerecht zu werden, legt das IQTIG die Entwicklungsarbeiten so an, dass die Ergebnisse und damit das Konzept des G-BA-Qualitätsportals weitestgehend indikations- und prozedurenübergreifend tragfähig sind.“

Für die insbesondere in den Modulen 4 bis 7 dargestellten Qualitätsinformationen zu den einzelnen Versorgungsanlässen unterscheiden sich die Patientenkollektive (und damit die Zielgruppen) teilweise sehr grundlegend. Das Informationsbedürfnis dieser Zielgruppen unterscheidet sich ebenfalls teilweise sehr grundlegend (das IQTIG stellt dies in seinem Bericht an vielen Stellen selbst nachvollziehbar dar). Es stellt sich die Frage, in welchem Umfang die „weitestgehend“ übergreifenden Konzepte „tragfähig“ sind. In den Modulen 4 bis 7, in denen Qualitätsergebnisse dargestellt werden und die somit sozusagen als „Herzstück“ des Portals anzusehen sind, werden verschiedene Versorgungsanlässe mit sehr unterschiedlichen Zielgruppen und sehr unterschiedlichen Informationsbedürfnissen angesprochen, für die ein übergreifendes Konzept voraussichtlich nur „eingeschränkt tragfähig“ ist. Das IQTIG weist in seinem Bericht auf diesen Sachverhalt auch selbst hin (vgl. S. 83, unter Verweis auf Picker Institut Deutschland 2006).

Daher erscheint diskutabel, ob das Konzept des IQTIG ideal ist, in den Fokusgruppen Patienten mit verschiedenen Erkrankungen und Behandlungen „zu versammeln“ und somit am Ende letztlich ein „mittleres Informationsbedürfnis“ über diese Gruppen zu erhalten. Es ist nicht überraschend, dass die Informationsbedürfnisse extrem heterogen sind, wenn sämtliche (erwachsenen) Patienten von Krankenhäusern als Zielgruppe betrachtet werden, da diese abhängig von der Relevanz, Häufigkeit und Ausprägung der z. B. eingriffstypischen Komplikationen sind.

Auch die Bewertung des *„Interesses an Ergebnisinformationen zu Komplikationsraten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung“* (S. 168) muss „versorgungsanlassspezifisch“ vorgenommen werden, da die Bewertung abhängig von der Relevanz, Häufigkeit und Ausprägung der z. B. eingriffstypischen Komplikationen abhängt [17],[18],[19]. Wenn bei Prostataoperationen eine Komplikation wie eine dauerhafte Inkontinenz in einer Häufigkeit im zweistelligen Prozentbereich auftreten kann, besteht hier anderer Informationsbedarf als bei Eingriffen mit typischerweise sehr seltenen und wenig schwerwiegenden Komplikationen. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch für das Informationsbedürfnis und die Präferenzen der Patienten allein für zwei verschiedene Tumorentitäten (Mammakarzinom und Kolonkarzinom), möglicherweise bedingt durch die unterschiedlichen betroffenen Populationen (v. a. Alter, Begleiterkrankungen „differences in patient characteristics“). So wollen beispielsweise Betroffene mit Mammakarzinom ein Krankenhaus überwiegend selbst

aussuchen, während beim Kolonkarzinom eher eine Empfehlung durch den Hausarzt gewünscht wird [17]. Dies wird auch für andere Versorgungsanlässe beschrieben [5].

Zum anderen ist „gering ausgeprägt“ wohl eher relativ als absolut zu interpretieren. So weisen beispielsweise Salamessy et al. darauf hin: „outcome valued most“. Am Beispiel des Kolonkarzinoms wird dann gezeigt, dass Komplikationen absolut als hoch relevant bewertet werden, sie stehen relativ allerdings hinter dem Behandlungserfolg („Tumor residual“) zurück [17].

Das IQTIG stellt zu diesem Sachverhalt an anderer Stelle im Bericht auch selbst dar, dass sogar innerhalb eines Versorgungsanlasses eine Differenzierung erfolgen kann (S. 251):

„Präferenzen variieren jedoch (...) auch innerhalb von Subgruppen von Patientinnen und Patienten (Marsh et al. 2016), sogar für einen bestimmten Versorgungsanlass wie die Hüft- oder Knieendoprothetik (Zwijnenberg et al. 2011)“

Vor diesem Hintergrund erscheint eine versorgungsanlassspezifische Ermittlung der Zielgruppen und deren Informationsbedürfnisse sinnvoll. Dies dann spezifisch für zwei „maßgebliche Bereiche“ umzusetzen (und gezielt die Informationen, für die ein Bedürfnis besteht, die aber derzeit nicht verfügbar sind, zu erarbeiten), erscheint letztlich als große Chance für das Portal. Dass möglichst breit Basisinformationen verfügbar sein sollen, ist sicher gut und hilfreich. Für eine vertiefte Information insbesondere zu Qualitätsergebnissen erscheint dann aber eine gezielte Fokussierung und ein schrittweiser Aufbau effizienter als ein eher oberflächliches Informationsangebot für mehr Bereiche. Eben hier ist möglicherweise eine entscheidende Möglichkeit des Portals zu sehen: Eben nicht ausschließlich zu versuchen, aus den Informationen, die ohnehin verfügbar sind, „das Beste zu machen“, sondern gezielt die Informationen zu identifizieren, die für Patienten mit bestimmten Versorgungsanlässen gewünscht und hilfreich sind – und eben diese Informationen dann gezielt zu erarbeiten.

2.6 „Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen“

Das IQTIG empfiehlt die Berücksichtigung von Patientengruppen mit „zusätzlichen Informationsbedürfnissen“ (S. 86). Auf Seite 206 werden folgende Patientengruppen genannt:

- Schwangere Frauen und ihre Angehörigen
- Eltern von erkrankten Kindern und Jugendlichen
- Menschen mit onkologischen Erkrankungen
- Menschen mit Behinderungen (Barrierefreiheit)
- Menschen mit Demenzerkrankungen und ihre Angehörigen
- Menschen mit psychischen Erkrankungen

Nachvollziehbar erscheint diese Darstellung für die Gruppen „Eltern mit erkrankten Kindern“, „Menschen mit Behinderungen“ und „Menschen mit Demenzerkrankungen und ihre Angehörigen“.

Diese Gruppen werden aus verschiedenen Anlässen stationär behandelt und haben wegen ihrer „zusätzlichen“ besonderen Situationen „zusätzliche Informationsbedürfnisse“.

Anders verhält es sich aus Sicht der Autoren für die Gruppen „Schwangere Frauen“, „Menschen mit onkologischen Erkrankungen“ und „Menschen mit psychischen Erkrankungen“. Bei diesen muss differenziert werden, ob ein besonderer Informationsbedarf für den jeweiligen Versorgungsanlass (z. B. Behandlung onkologischer Erkrankungen) besteht oder ein besonderer Informationsbedarf, wenn diese Patienten aus anderen Versorgungsanlässen behandelt werden.

In den Fällen, in denen diese Patienten wegen ihrer Grunderkrankung behandelt werden, haben sie „versorgungsanlassspezifische Informationsbedürfnisse“ – ebenso wie bei orthopädischen oder Herzerkrankungen. Wie in Abschnitt 2.5 dargestellt ist hier eine weitere Differenzierung beispielsweise auch innerhalb der onkologischen Erkrankungen erforderlich.

Dass für schwangere Frauen in den (relativ seltenen) Fällen, in denen sie wegen nicht schwangerschaftsassoziierter Erkrankungen stationär behandelt werden, ein spezielles Informationsangebot zur Verfügung gestellt werden soll, ist zweifellos sinnvoll.

3 Nutzung von Daten(quellen) und Schnittstellen

Das IQTIG empfiehlt, in einem ersten Schritt nur Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu verwenden (vgl. S. 17). Prinzipiell ist die Begründung für diese Empfehlung nachvollziehbar, da das IQTIG praktisch nur auf „eigene“ Daten zurückgreift. Prinzipiell stehen aber auch aus anderen Datenquellen standardisierte Informationen zur Verfügung. Dies betrifft insbesondere Informationen zu Informationsmodulen wie „Kommunikation und Interaktion“, für die bislang nur wenige Daten aus der datengestützten Qualitätssicherung des G-BA vorliegen (vgl. Abschnitt 4.10). Solche Daten aus Patientenbefragungen werden auch mittelfristig in der DeQS voraussichtlich nur punktuell verfügbar sein. Das IQTIG betont jedoch selbst, dass Erfahrungen von anderen Patienten bei der Krankenhauswahl eine wichtige Rolle spielen (vgl. S. 98). Nicht zuletzt aufgrund der hohen Relevanz hätte das IQTIG alternative Quellen für systematisch erfasste Informationen aus Patientenbefragungen identifizieren und beurteilen können, ob bzw. wie diese theoretisch in das Portal integriert werden könnten.

Auch zum Informationsmodul „Behandlungsergebnisse“ könnten Quellen, wie beispielsweise das Deutsche Aortenklappenregister oder das Transplantationsregister, möglicherweise Informationen liefern, die relevant und derzeit an keiner anderen Stelle verfügbar sind. Auch Informationen aus Einrichtungsbefragungen zu Strukturrichtlinien des G-BA hätten konkret geprüft werden können. Weitestgehend unklar bleibt auch die Schnittstelle zum Informationsportal „www.Perinatalzentren.org“, welches vom G-BA bereitgestellt und vom IQTIG technisch umgesetzt wird. Das Portal könnte für die Bereitstellung von Informationen für bestimmte Zielgruppen in das Qualitätsportal einbezogen werden.

Gerade vor dem Hintergrund, dass das IQTIG explizit beauftragt wurde, Informationsquellen zu identifizieren, in denen zu von Patienten gewünschten Informationen Daten außerhalb des Qualitätsberichts vorliegen, hätte eine differenziertere Bewertung erfolgen müssen. Die Formulierung des IQTIG auf Seite 207 hierzu erscheint wenig aussagekräftig:

„In den gesichteten Datenquellen außerhalb der strukturierten Qualitätsberichte konnte das IQTIG zum Stand des vorliegenden Zwischenberichts keine Hinweise auf Daten finden, die für eine Veröffentlichung auf dem G-BA-Qualitätsportal zu empfehlen sind.“

Die ebenfalls auf Seite 208 „exemplarische“ Begründung für die Patientenbefragungen gemäß den Anforderungen aus der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) ist absolut nachvollziehbar, aber nicht übertragbar auf andere Datenquellen. Generell wäre es daher sinnvoll, Kriterien zu empfehlen, welche Anforderungen Daten von „außerhalb des Qualitätsberichts“ erfüllen müssen, und anhand dieser Kriterien potenziell nutzbare Datenquellen zu identifizieren.

Die Empfehlung des IQTIG, die Datenqualität der Qualitätsberichte zu erhöhen (vgl. S. 210) ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bereits kurzfristig relevant. Gleiches gilt für den notwendigen Zugriff auf die „unmaskierten“ Daten. Der Vorschlag des IQTIG ist zu unterstützen, da anderenfalls der gewünschte faire Vergleich anhand von aggregierten Daten nicht möglich sein dürfte. Da die im Qualitätsportal dargestellten aggregierten Ergebnisse keinen Rückschluss auf individuelle Indikatorenergebnisse zulassen, erscheint dieser Vorschlag datenschutzrechtlich unbedenklich. Dies wäre jedoch in Bezug auf die notwendigen Datenflüsse zu prüfen. Das IQTIG sollte hier die Anforderungen an das Verfahren der Demaskierung und Datenlieferung konkreter beschreiben und auch den Umgang mit Kennzahlen explizit in seine Überlegungen einbeziehen.

Das IQTIG verweist im Hintergrund (S. 65) darauf, dass *„die auf Grundlage der Literaturrecherche, Fokusgruppen und Bedarfserhebung identifizierten Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Anlage 1 der Qb-R ‚Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019‘ abgeglichen (...)“* wurden, um geeignete Daten innerhalb der Qualitätsberichts zu identifizieren.

Im Rahmen des inhaltlichen Konzepts für das Qualitätsportal (S. 140) findet sich dann in der Fußnote der Verweis, dass *„[der] Prüfung (.) die Anlage 1 des Qb-R ‚Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018‘ zugrunde [liegt], da für die Aufbereitung des Prototypen Testdaten aus dem Erfassungsjahr 2018 verwendet werden.“*

Das IQTIG sollte klarstellen, welche Version der Anlage 1 der Qb-R für die Prüfung zu Grunde gelegt wurde. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Version aus dem Berichtsjahr 2018 genutzt wurde, da Inhalte, die erstmals im Berichtsjahr 2019 in der Anlage 1 der Qb-R auftauchen, nicht im Rahmen der Prüfung herangezogen werden. Dies ist bedauerlich, da davon ausgegangen werden kann, dass sich diese neuen Inhalte zum Teil gut für die Abbildung der Informationsbedürfnisse der Patienten in den Informationsmodulen eignen könnten. Insbesondere sei hier auf die Abbildung der Erfüllungsgrade der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Krankenhäuser im Berichtszeitraum verwiesen. Mit diesem neuen Kapitel stehen über den Qualitätsbericht Daten zur Verfügung, die einen deutlichen Mehrwert für das Informationsmodul 9 (Personal) mit dem Thema „Personalausstattung“ bieten. Darüber hinaus bieten die Angaben gegenüber den reinen Personalzahlen den Vorteil, dass sie eine direkte Aussage über die Einhaltung von Mindestpersonalvorgaben zulassen und damit einen qualitativen Aspekt der Versorgung abbilden. Das IQTIG sollte diese Aktualisierungen im Rahmen des Abschlussberichts berücksichtigen.

Für die Veröffentlichung zu den PlanQI nach § 17 plan. QI-RL sind auch die Ergebnisse der Datenvalidierung darzustellen. Diese sind bislang jedoch nicht Bestandteil der strukturierten Qualitätsberichte. Gemäß Beauftragung sind die inhaltlichen Vorgaben aus § 17 plan. QI-RL vollständig umzusetzen. Hintergrund hierfür ist, dass der Bericht gemäß § 17 plan. QI-RL ausschließlich über

das Qualitätsportal veröffentlicht werden soll, sobald dieses umgesetzt ist. Nicht akzeptabel wäre daher, auf Inhalte zu verzichten, die aus Patientensicht nicht relevant erscheinen oder die noch nicht in den strukturierten Qualitätsberichten veröffentlicht werden.

Dies gilt gleichermaßen für den Zeitpunkt der Aktualisierung der Daten im Qualitätsportal. Gemäß § 17 plan. QI-RL soll der Bericht zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren am 31.10. des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres veröffentlicht werden. In Kapitel 12.1 (Charakterisierung der Datenquellen) empfiehlt das IQTIG, als Datengrundlage die jährlich über die Richtlinie Qb-R erhobenen Daten der strukturierten Qualitätsberichte zu verwenden. Diese Empfehlung ist in Bezug auf PlanQI nicht umsetzbar, da gemäß § 6 Abs. 1 Qb-R die Übermittlung der Daten für den Qualitätsbericht in der Zeit vom 15.11. bis zum 15.12. des Erstellungsjahres (= auf das Erfassungsjahr folgendes Jahr) zu erfolgen hat. Um eine fristgerechte Veröffentlichung zu ermöglichen, sollten die Ergebnisse zu PlanQI direkt aus dem Verfahren bezogen werden. Die Auswertungsergebnisse des IQTIG (einschließlich der fachlichen Bewertungen) stehen dem G-BA am 01.09. des auf die Datenerfassung folgenden Jahres zur Verfügung. Es wäre zu prüfen, ob eine Anpassung der plan. QI-RL für die Nutzung der Daten für das Qualitätsportal erforderlich ist. Ein vorübergehender zeitlicher Versatz der im Qualitätsportal veröffentlichten Daten erscheint unausweichlich.

Auch kündigt das IQTIG in Kapitel 11.4.2 (Darstellung übergeordneter bzw. flankierender Inhalte) eine separate übersichtliche Darstellung von PlanQI im Qualitätsportal an. Bislang wurden die Ergebnisse der PlanQI anhand von filterbaren Excel-Tabellen (je eine Tabelle pro Leistungsbereich mit jeweils allen Angaben gemäß § 17 plan. QI-RL pro Einrichtung) veröffentlicht. Auch die seit dem Jahr 2020 verwendete Sonderveröffentlichung bietet Zugang zu den Excel-Tabellen. Die Tabellen ermöglichen eine krankenhausbazogene Suche und geben gleichzeitig einen Überblick über alle Standorte im Vergleich. Diese Funktionalität der bisherigen PlanQI-Veröffentlichung sollte auch im Qualitätsportal erhalten bleiben. Die in Kapitel 11.4.3 vorgeschlagene Download-Funktion ist zu begrüßen und sollte auch für die Excel-Tabellen oder eine vergleichbare Darstellung umgesetzt werden. Dies gilt ebenfalls für die Darstellung der Ergebnisse der Prognosedarlegung gemäß Mindestmengenregelung (Mm-R).

4 Methodik der Informationsaggregation

Die Darstellung des IQTIG wird so verstanden, dass Indikatorenergebnisse primär nur in aggregierter Form dargestellt werden sollen (vgl. hierzu auch Abschnitt 4.1). Der wesentliche Grundsatz ist dann eine Indexbildung in zwei Aggregationsstufen:

1. Stufe 1: ein Index je Versorgungsanlass je Informationsmodul
2. Stufe 2: ein Gesamtindex je Versorgungsanlass

Es sollte erläutert werden, ob die zweite Aggregationsebene als „Index aus dem ersten Index“ (also Verwendung der bereits aggregierten Ergebnisse) oder als Summation aller Indikatoren aus dem ersten Index geplant ist.

Die aktuelle Veröffentlichung der Ergebnisse leidet darunter, dass die Veröffentlichung von Ergebnissen auf der Grundlage teils komplexer und schwer verständlicher einzelner Indikatoren erfolgt. Die Ergebnisse bilden so nur wenige Aspekte ab und sind kaum allgemeinverständlich. Grundsätzlich erscheint der Ansatz des IQTIG daher vorteilhaft. Dennoch bedarf das Konzept des IQTIG aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes einer kritischen Diskussion.

Das Konzept könnte dazu führen, dass die Indexergebnisse den Eindruck erwecken, sie seien umfassender, einfacher verständlich und „messgenauer“: Der Index liefert eine (objektive) Aussage zu „Behandlungsergebnissen“. Tatsächlich beruht diese Aussage jedoch möglicherweise auf zwei sehr unterschiedlich relevanten Indikatoren, deren Ergebnisse sich „mitteln“. Anders formuliert: Die Ergebnisse werden „in Pakete verpackt“, deren Aufschrift („umfassende und objektive Ergebnisse zum Behandlungserfolg/zur sicheren Versorgungsprozessen“) etwas suggeriert, was in dem Paket nicht enthalten ist. Das Konzept der Informationsaggregation ist in den Empfehlungen des IQTIG aber so zentral für die Darstellung von Qualitätsergebnissen im Portal, dass bei nicht gegebener oder nur deutlich eingeschränkter Umsetzbarkeit die Möglichkeit zur Darstellung von Qualitätsergebnissen mindestens in einer ersten Umsetzungsstufe generell gefährdet sein könnte.

Die Methodik für die Informationsaggregation thematisiert des Weiteren lediglich die Ergebnisse aus den datengestützten QSKH - bzw. DeQS-Verfahren des G-BA. Dieses Angebot ist vorhanden und sollte genutzt werden, könnte jedoch noch sinnvoll erweitert werden (vgl. auch Abschnitt 3). Wünschenswert für eine Krankenhaussuche wäre ein Qualitätsindex oder Qualitätsfilter, der sich aus mehreren qualitäts- und patientenrelevanten Parametern zusammensetzt und z. B. die Nicht-/Erfüllung von Mindestanforderungen des G-BA abbildet. Denkbar wären hier die Abbildung von Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität, wie etwa die Mm-R sie enthält.

Diskussions- bzw. erläuterungsbedürftig erscheinen insbesondere die in der Folge dargestellten Aspekte. Die Diskussionspunkte können aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes dazu führen, dass

sich die theoretischen Konzepte des IQTIG zur Informationsaggregation als nicht oder nur eingeschränkt praktikabel für die real existierenden und zu erwartenden Indikatoren erweisen. Vor diesem Hintergrund wäre es möglicherweise transparenter und klarer, offen damit umzugehen, dass – sofern keine geeigneten und tatsächlich umfassenden Indikatorensets zur Verfügung stehen – nur Einzelergebnisse veröffentlicht werden. Diese könnten besser erläutert und kommuniziert werden als bislang.

4.1 Anzahl und Aussagekraft verfügbarer Indikatoren

Die Anzahl der verfügbaren Indikatoren hat relevante Konsequenzen für das theoretische Konzept der Indexbildung. Wenn für bestimmte Informationsmodule gar keine Informationen (Indikatoren-ergebnisse) zur Verfügung stehen, ist es absolut sachgerecht, dies transparent und offen darzustellen. Problematisch erscheint jedoch, wenn nur einzelne oder sehr wenige Indikatoren pro Informationsmodul zur Verfügung stehen. Auch hiermit sollte transparent und offen umgegangen werden. Die Indexbildung auf der Grundlage weniger Indikatoren führt jedoch dazu, dass eher verschleiert wird, dass ggf. nur eine sehr limitierte Informationsgrundlage zur Verfügung steht. Die Vorteile der Indexbildung würden nicht oder nur sehr eingeschränkt realisiert, wenn nur einzelne oder wenige Indikatoren ein Informationsmodul „repräsentieren“. Vielmehr gewinnen einzelne oder wenige Indikatoren in den einzelnen Indizes eine herausgehobene Bedeutung und erwecken den Eindruck einer umfassenden Betrachtung, z. B. zum „Behandlungserfolg“, obwohl möglicherweise nur kleine oder weniger relevante Ausschnitte betrachtet werden. Die Indexbildung würde somit die limitierte Informationsgrundlage eben nicht transparent machen, sondern möglicherweise unangemessen positiv erscheinen lassen. Auf Seite 218 formuliert das IQTIG:

„Um einen umfassenden Eindruck von der Versorgungsqualität zu erhalten, müssen in der Regel mehrere Indikatoren zusammen betrachtet werden.“

Diese Aussage erscheint nicht ganz präzise. Ein „umfassender“ Überblick über die komplexe und mehrdimensionale Versorgungsqualität ist nicht möglich [1]. Wenn nur einzelne Indikatoren zur Verfügung stehen, wird festzulegen sein, ob dann komplett auf die Darstellung der Ergebnisse verzichtet wird – mit der Konsequenz des vollständigen Informationsverlustes der Ergebnisse dieses Indikators – oder ob dieser einzelne Indikator dann das gesamte Informationsmodul repräsentiert.

Für diesen Fall ist aus den Darstellungen des IQTIG nicht eindeutig ersichtlich, ob die Informationen aus diesen Indikatoren für das Qualitätsportal dann „unter den Tisch fallen“ (da keine Einzelergebnisse berichtet werden sollen) oder ob der „Index“ dann aus einem Einzelindikator bestehen soll oder ob der Indikator dann nur in den Gesamtindex eingeht.

Ebenfalls werden in vielen Fällen nur zwei oder drei Indikatoren für ein Informationsmodul zur Verfügung stehen. Wenn für ein Informationsmodul nur wenige Indikatoren verwendet werden,

kann die Aggregation auf Ebene „Behandlungserfolg“ oder „Sichere Versorgungsprozesse“ ein unangemessen repräsentatives Ergebnis suggerieren (das IQTIG spricht auf Seite 218 von einem „umfassenden Eindruck“). Demzufolge werden diese Indikatoren in ihrer Bedeutung möglicherweise überhöht, indem ein „umfassender“ Blick suggeriert wird, der sich faktisch aber nur wenig (oder gar nicht) von dem Blick der einzelnen Indikatoren unterscheidet. Daher erscheint das theoretische Konzept in der Praxis primär nur bei sehr umfassenden und ausgewogenen Indikatorensets wirklich nutzbringend. Diese stehen aktuell aber nicht zur Verfügung.

Die Anzahl der Indikatoren in den einzelnen Modulen ist also von zentraler Bedeutung für das geplante Konzept der Indexbildung. Für die Subkategorie „Behandlungserfolg“ scheinen etwa primär schwierig zu erfassende Konstrukte (Beweglichkeit, Schmerz) relevant, die vielfach nur über Patientenbefragungen und teilweise erst zu späten Zeitpunkten (Monate nach der Behandlung) erfasst werden können. Dies führt dazu, dass im Modul „Behandlungserfolg“ suggeriert wird, dass eben solche Informationen dargestellt werden; praktisch werden in diesem Modul jedoch voraussichtlich überwiegend Komplikationsindikatoren zur Verfügung stehen. Für das Informationsmodul „Kommunikation und Interaktion“ sowie für die Subkategorie „Behandlungsergebnisse“ aus dem Modul „Behandlungserfolg“ wird sich diese Situation perspektivisch erst mit der Verfügbarkeit hochwertiger Patientenbefragungen ändern.

Vor diesem Hintergrund sollte konkret darauf eingegangen werden, zu welchen Versorgungsanlässen aktuell entsprechende Informationen zur Verfügung stehen und – angesichts der langen Entwicklungszeiten – in welchen Zeiträumen solche Informationen realistisch für weitere Versorgungsanlässe verfügbar gemacht werden können. Hierbei sollte auch darauf eingegangen werden, ob solche Informationen, die den Anforderungen an die Veröffentlichung im Qualitätsportal genügen, aus Krankenkassendaten generiert werden könnten.

Für die Informationsaggregation zieht das IQTIG *„alle Qualitätsindikatoren, die als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet wurden“* (S. 262), in Betracht. Es sollte geprüft werden, ob diese Einschränkung notwendig ist, da die Einstufung „zur Veröffentlichung empfohlen“ selbst wiederum Bezug auf statistische Eigenschaften des Indikators nimmt. Durch die vom IQTIG vorgeschlagene Aggregationsmethode könnten, bei einer ausreichenden Anzahl verfügbarer Indikatoren, statistische Unsicherheiten adressiert werden. Darum ist zu überlegen, ob auch Indikatoren, die ausschließlich aufgrund mangelnder Diskriminationsfähigkeit als nicht uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet werden, dennoch in die Aggregation einbezogen werden können. Möglicherweise könnten mehrere Indikatoren mit jeweils geringer Diskriminationsfähigkeit in der Aggregation relevante Qualitätsunterschiede beschreiben. Hierdurch könnte die eingeschränkte Zahl verfügbarerer Indikatoren möglicherweise erhöht werden.

Auch die Aussagekraft der einzelnen Indikatoren in den jeweiligen Modulen ist teilweise kritisch zu diskutieren. So werden beispielsweise im Leistungsbereich „Knieendoprothesenversorgung“ drei Indikatoren zur Indikationsstellung eingesetzt (zur Totalendoprothese (TEP), zur Schlittenprothese, zum Wechsel) [11]. Jeder dieser Indikatoren bildet lediglich Minimalanforderungen an die Indikationsstellung ab und kann nur auf außerordentlich problematische Indikationsstellungen hinweisen. In diesem Verfahren gibt es nach eigener Einschätzung keine weiteren Indikatoren, die dem Modul „Sichere Versorgungsprozesse“ zuzuordnen wären (vgl. Abschnitt 4.10). Die Indikatoren lassen aber keinesfalls eine „umfassende“ Aussage zur Qualität der Indikationsstellung zu und sind nicht ausreichend, um „Sichere Versorgungsprozesse“ oder „Angemessene Behandlung“ zu attestieren.

Vor diesem Hintergrund erscheinen die Informationsmodule, die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren verwenden, zwar übersichtlich und theoretisch fundiert. Es sollte aber unbedingt die konkrete Anwendung auf die aktuell vorhandenen Indikatorensets und die geplanten „Versorgungsanlässe“ modelliert werden, um die praktische Realisierbarkeit und die Tragfähigkeit des aktuellen Konzepts zu prüfen. Im Folgenden (Abschnitte 4.1.1 bis 4.1.4) sollen Argumente dargestellt werden, warum für die einzelnen Informationsmodule in der Praxis teilweise keine, nur einzelne oder wenige Indikatoren zur Verfügung stehen (vgl. auch praktische Beispiele in 4.10).

4.1.1 Konsequenzen aus der Definition der Versorgungsanlässe

Eine wichtige Weichenstellung für die verfügbare Anzahl an Indikatoren wird mit der Festlegung der Versorgungsanlässe gemacht (vgl. Abschnitt 2.3). Für „Koronarangiografie und PCI“ bestehen beispielsweise unter anderem die Möglichkeiten, „Herzkatheter“, „PCI“ oder „elektive PCI“ als Versorgungsanlass zu definieren. Abhängig von dieser Festlegung bestimmt sich die Anzahl der Indikatoren je Versorgungsanlass und im Weiteren dann je Informationsmodul. Je spezifischer der Versorgungsanlass festgelegt wird, desto weniger Indikatoren werden voraussichtlich zur Verfügung stehen.

Die Formulierung auf Seite 229 zur Hüftendoprothesenversorgung weist weiterhin darauf hin, dass die aktuell verwendeten Indikatoren möglicherweise neu modelliert werden müssen, da in der Grundgesamtheit mancher aktueller Indikatoren Fälle unterschiedlicher Versorgungsanlässe aggregiert ausgewertet werden. Das IQTIG sollte Stellung dazu nehmen, in welchem Zeitfenster solche Anpassungen bzw. Neumodellierungen durchgeführt werden können.

4.1.2 Konsequenzen der Anforderung eines „einheitlichen Indikatorensets“

In Kapitel 10.2.3 stellt das IQTIG dar, dass für ein „einheitliches Indikatorenset“ nur Indikatoren verwendet werden sollen, bei denen eine Mindestanzahl von Krankenhäusern mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit aufweist (das IQTIG schlägt beispielhaft auf Seite 263 eine Grenze von 80 % oder 90 % der Krankenhäuser vor).

Diese Vorgabe ist sicherlich sinnvoll, kann aber dazu führen, dass nur eine stark reduzierte Zahl von Indikatoren Verwendung finden kann. In den Tabellen 38 (S. 231) und 39 (S. 232) illustriert das IQTIG diese Problematik beispielhaft an zwei Leistungsbereichen. Diese beiden weisen von den aktuellen Leistungsbereichen insgesamt noch eine relativ hohe Anzahl an Indikatoren auf. Dennoch würden nach Anwendung der Grenze von „mindestens 80 % der Krankenhäuser weisen mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit auf“ für den Leistungsbereich Mammachirurgie nur zwei (von insgesamt acht) Indikatoren berücksichtigt werden können. Es ist dabei nicht ersichtlich, um welche Indikatoren es sich handelt.

4.1.3 Umgang mit Indikatoren mit korrelierenden Ergebnissen

Erläuterungsbedarf besteht zur Frage des Umgangs mit Indikatoren, deren Ergebnisse korrelieren können (z. B. schwere Schlaganfälle und Sterblichkeit) oder bei denen die gleichen oder ähnliche Ereignisse zu verschiedenen Zeitpunkten erfasst werden (z. B. neurologische Komplikationen oder Sterblichkeit In-Hospital und nach 30 Tagen). Für den Fall, dass solche Indikatoren nebeneinander in die Indizes eingehen, würde dadurch indirekt möglicherweise auch eine Gewichtung vorgenommen.

Sollten solche Indikatoren nicht parallel verwendet werden, stellt sich die Frage, welche der betreffenden Indikatoren dann für die Indizes nach welchen Regeln ausgewählt werden (vgl. hierzu auch die Beispiele von aktuellen Verfahren in Abschnitt 4.10). Das IQTIG sollte erläutern, wie mit diesem Sachverhalt umgegangen werden soll.

4.1.4 Umgang mit zeitversetzt verfügbaren Ergebnissen

Grundsätzlich klärungsbedürftig erscheint der Umgang mit Ergebnissen, die auf Krankenkassendaten beruhen, da diese erst mit einer Verzögerung von ein oder zwei Jahren (abhängig vom Follow-up-Zeitraum) zur Verfügung stehen werden.

Werden diese kumulativ in eine Ergebnisdarstellung aufgenommen? Sollen Daten aus mehreren Erfassungsjahren aggregiert werden (d. h. In-Hospital-Ergebnisse aus Erfassungsjahr x und 30-Tage-Follow-up aus Erfassungsjahr $x - 1$)? Zu dieser grundlegenden Fragestellung sollte das IQTIG die geplanten Konzepte darstellen. Diese Festlegungen werden wegweisenden Einfluss auf die Indexbildung haben, da sich möglicherweise die Anzahl der verfügbaren Indikatoren für die Indexbildung nochmals reduziert.

4.2 Inhaltsvalidität der Indizes

Der Erläuterung des IQTIG zum Begriff Inhaltsvalidität auf Seite 222 muss hinzugefügt werden, dass die Inhaltsvalidität des Index nicht nur davon abhängt, ob alle Dimensionen berücksichtigt werden, sondern auch wie umfassend und wie valide die Abbildung innerhalb der verwendeten Dimensionen ist. Es reicht nicht aus, dass eine Dimension mit einem oder wenigen Indikatoren

abgebildet ist, insbesondere wenn die Aussagekraft dieser Indikatoren limitiert ist, weil beispielsweise nur ein sehr schmales Fragment der Versorgung abgebildet wird oder weil nur absolute Minimalanforderungen im Indikator erfasst werden [2].

Die Inhaltsvalidität des Index hängt in der weiteren Konsequenz auch von der Validität der verwendeten einzelnen Indikatoren ab. Die Indizes sollen beispielsweise Konstrukte wie „Behandlungserfolg“ oder „Sichere Versorgungsprozesse“ abbilden – die Validität der Erfassung dieser Konstrukte („wird gemessen was gemessen werden soll“) hängt davon ab, ob die Teilkonstrukte (durch die einzelnen Indikatoren) und das Gesamtkonstrukt (durch das Indikatorenset) eben diese Konstrukte auch tatsächlich „messen“.

Vor diesem Hintergrund kann das Konzept dazu führen, dass eine umfassende und valide Aussage über scheinbar leicht verständliche und hoch relevante Aspekte wie „Behandlungserfolg“ suggeriert wird, obwohl in der Realität mit wenigen Indikatoren nur schmale Ausschnitte und möglicherweise nur Minimalanforderungen abgebildet werden. Das Konstrukt „Behandlungserfolg“ würde nicht valide abgebildet. Sofern dies aus Sicht des IQTIG notwendig scheint, sollte das IQTIG darauf eingehen, welche Entwicklungsarbeiten nötig wären, um Indikatorensets zu entwickeln, die ermöglichen, das von den Informationsmodulen suggerierte Konstrukt („Behandlungserfolg“) valide abzubilden.

4.3 Verzicht auf eine qualitative Bewertung

Das IQTIG empfiehlt, die Indizes allein auf der Grundlage rechnerischer Ergebnisse zu modellieren und keine qualitativen Bewertungen (wie sie bislang im Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL und im Strukturierten Dialog nach QSKH-RL vorgenommen werden) zu berücksichtigen. Es werden zutreffende und relevante Gründe angeführt, warum die derzeitigen qualitativen Bewertungen als problematisch anzusehen sind (vgl. S. 233, 235 und 236). Das IQTIG spricht somit – nachvollziehbar – bei der Beschreibung der Limitationen der qualitativen Bewertung ab, eine „objektive Informationsgrundlage“ zu sein (S. 234).

Es postuliert hingegen eine hohe Objektivität der rechnerischen Indikatorenergebnisse aufgrund der bundeseinheitlichen Berechnungsvorschriften (vgl. S. 237). Es ist richtig, dass die bundeseinheitliche Auswertung eine hohe Objektivität ermöglicht, sie gewährleistet diese aber nicht. Die bundeseinheitliche Auswertung ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für Objektivität.

Durch Verzicht auf die Kompensation der Messfehler (die eingeschränkte Validität) über eine qualitative Bewertung bleiben diese unverändert bestehen. Das Postulat, dass sich diese Messfehler durch Aggregation im Index zuverlässig gegenseitig kompensieren, ist eine unbelegte Hypothese

und erscheint bei Betrachtung der aktuellen Indikatorensets nicht realistisch. Im Gegenteil könnten sich systematische, gleichgerichtete Messfehler (wie bei eingeschränkter Risikoadjustierung) auch addieren (siehe auch Abschnitt 4.5).

4.4 Umgang mit Mehrfachzuordenbarkeit von Indikatoren

Das IQTIG weist in seinem Methodenpapier [7] darauf hin, dass Indikatoren vielfach nicht eindeutig einer der vom IQTIG dort definierten sechs Dimensionen zugeordnet werden können (S. 20):

„Konkrete Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren beziehen sich daher oft auf mehrere dieser Dimensionen gleichzeitig“

Vor diesem Hintergrund erscheint erläuterungsbedürftig, wie das IQTIG die Zuordnung von Indikatoren zu den Dimensionen und damit zu den Informationsmodulen vornehmen möchte. Erfolgt eine Mehrfachzuordnung, würde dies praktisch einer Gewichtung von Indikatoren entsprechen.

Erfolgt keine Mehrfachzuordnung, müssen die Regeln für die Zuordnung eindeutig beschrieben werden, da die Zuordnung zu den Modulen gerade bei nur wenigen nutzbaren Indikatoren je Modul maßgeblich die Modellierung der Indizes bestimmt. Wenn je Modul nur zwei oder drei Indikatoren zur Verfügung stehen, hat es erhebliches Gewicht, wenn ein eventuell mehrfach zuordenbarer Indikator dem einen oder dem anderen Modul zugeordnet wird.

Das IQTIG sollte das geplante Vorgehen hierzu möglichst an konkreten Beispielen erläutern.

4.5 Kompensation von Messfehlern

Das IQTIG geht in seiner Darstellung davon aus, dass sich bei der Indexbildung Messfehler kompensieren (vgl. S. 238). Richtig ist sicherlich, dass sich Messfehler kompensieren „können“ und dass die Zusammenfassung von Indikatoren somit eine solche Kompensation „ermöglicht“. Bei den Annahmen, *„dass sich Messfehler gegenseitig kompensieren“* (S. 238) und *„potenzielle Messfehler [...] Qualitätsvergleiche [...] kaum bzw. gar nicht beeinträchtigen“* (S. 238), handelt es sich jedoch um unbelegte Hypothesen, die vom IQTIG nicht untersucht wurden und bei konkreter Betrachtung der aktuellen Indikatoren zumindest teilweise nicht zutreffen.

In der Praxis liegen „Messfehlern“ bei Qualitätsindikatoren vielfach systematische, gleichgerichtete Ursachen zugrunde. Beispielsweise ist die Risikoadjustierung bei bestimmten Verfahren (z. B. Orthopädie) aufgrund der erfassten Daten eingeschränkt – und dies hat dann gleichgerichtete Auswirkungen auf mehrere Indikatoren. Die Messfehler kompensieren sich somit nicht zwingend, sondern in der aktuellen Praxis addieren sie sich möglicherweise.

Die Hypothese des IQTIG erscheint auch deshalb fraglich, da sie von einer homogenen „Kompensation“ von Messfehlern in einzelnen Einrichtungen ausgeht. Praktisch erscheint hingegen realis-

tisch, dass einzelne Leistungserbringer beispielsweise abhängig von ihrem Dokumentationsverhalten in der Summe „besser“ oder „schlechter“ dastehen werden – was für einen Einrichtungsvergleich eben nicht die vom IQTIG postulierte „Fairness“ bedingt.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass für viele Versorgungsanlässe für die Indizes nur wenige Indikatoren zur Verfügung stehen werden – was die Hypothese der „Kompensation von Messfehlern“ weiter in Frage stellt, wenn nur zwei Indikatoren oder gar nur ein Indikator verwendet wird.

4.6 Anwendung eines additiven Punktescores

Das Konzept des IQTIG wird so verstanden, dass (je Informationsmodul und als Gesamtindex) die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit *„für die Einhaltung der Referenzbereiche der im Index aggregierten Indikatoren“* (S. 247) berechnet wird, um eine einheitliche Skalierung und damit eine Aggregation der Indikatoren bzw. Informationsmodule zu ermöglichen. Das statistische Verfahren zur Ermittlung der Punkte für den Gesamtindex sowie die bis zu drei modulspezifischen Indexergebnisse pro Versorgungsanlass auf einer Skala von 0 bis 100 % (vgl. S. 255) kann nicht abschließend nachvollzogen werden. Es wäre sehr hilfreich, dies im Bericht an Beispielen zu illustrieren.

Das IQTIG empfiehlt eine additive Aggregation der Indikatorenergebnisse in den Indizes (vgl. S. 255). In der Konsequenz ergibt sich daraus, dass die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren sich gegenseitig kompensieren (vgl. S. 254). Dies kann dazu führen, dass (möglicherweise bei einer qualitativen Bewertung erkannte) relevante Qualitätsmängel durch durchschnittliche Ergebnisse bei anderen (möglicherweise sogar weniger relevanten) Indikatoren „kompensiert“ werden.

Es kann diskutiert werden, dass in einem solchen Fall ein mittleres Ergebnis im Modul „Sichere Versorgungsprozesse“ ja auch sachgerecht die „mittlere“ Versorgungsqualität des Krankenhauses wiedergibt. Erkannte Mängel werden dadurch aber nicht mehr sichtbar. Die Ergebnisse weniger relevanter Indikatoren könnten darüber hinaus die Ergebnisse deutlich relevanterer Indikatoren kompensieren (wenig Nachblutungen können eine hohe Sterblichkeitsrate kompensieren).

Die möglichen Probleme des vorgeschlagenen Konzepts gewinnen noch erheblich an Bedeutung, wenn in den einzelnen Indizes nur sehr wenige Indikatoren verwendet werden, was realistisch zu erwarten ist (vgl. Abschnitt 4.1). Insgesamt erscheint eine Abwägung erforderlich: Ist die sachgerechte und für die Krankenhausausswahl entscheidende Information ein mittleres Ergebnis (über möglicherweise unterschiedlich relevante Indikatoren) oder ist die transparente Darstellung von Qualitätsmängeln für die Krankenhausausswahl erforderlich?

4.7 Qualitätsmessung im Sinne eines metrischen Kontinuums

Das IQTIG hält die Indikatorenergebnisse für „metrische“ Instrumente, die eine Ausprägung („den Grad der Erfüllung“) im Sinne eines Kontinuums abbilden (vgl. S. 236 f.). Dieses Verständnis

scheint allerdings zumindest nicht auf alle Indikatoren anwendbar. Bei Prozessindikatoren mit wissenschaftlich begründeten festen Referenzbereichen (und ggf. einer Kompensation durch eine qualitative Bewertung) differenzieren die Indikatoren zwischen der Einhaltung von Standards und der Nichteinhaltung und sind somit letztlich dichotom. Die Nichteinhaltung ist als Qualitätsmangel anzusehen. Wenn der Referenzbereich für eine Antibiotikaphylaxe bei 90 % liegt, erfüllen Einrichtungen mit Ergebnissen von 30 % und von 35 % die erwartbaren Standards nicht. Diese Information wird im Konzept des IQTIG aber vermutlich nicht mehr sichtbar. Vielmehr könnte die Einrichtung mit 35 % – letztlich im Sinne der vom IQTIG angesprochenen „Scheinpräzision“ (S. 238) – relativ aufgewertet werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint die vom IQTIG als positiv bewertete Aufhebung einer Dichotomisierung und Aggregation der metrischen Indikatorwerte (vgl. S. 237) nicht zwingend vorteilhaft, sondern sie kann auch verhindern, dass relevante Qualitätsprobleme sichtbar werden. Darüber hinaus kann für alle Indikatoren (gerade aber für Prozessindikatoren) eine solche Kontinuität auch deshalb nicht generell angenommen werden, da die „Messgenauigkeit“ der Indikatoren nicht ausreichend ist. Das IQTIG postuliert, dass dieser Charakter der Indikatoren als metrische Messinstrumente durch die Erfüllung der vom IQTIG definierten Eignungskriterien gewährleistet würde (vgl. S. 236). Diese Annahme erscheint vor dem Hintergrund der im Methodenpapier des IQTIG nur wenig konkret beschriebenen Eignungskriterien [7], vor allem aber wegen der fehlenden konkreten Operationalisierung der Bewertung der Eignungskriterien nicht angemessen.

Bereits in den Stellungnahmen zum aktuellen Methodenpapier des IQTIG war diese Kritik geäußert worden [6]. Letztlich stellt das IQTIG dieses Verständnis eines metrischen Kontinuums in seinem Bericht selbst in Frage (S. 238):

„Das IQTIG empfiehlt ausdrücklich kein Ranking von Leistungserbringern auf Basis der metrischen Indexwerte, da dieses – auch unter Berücksichtigung etwaiger Fehlmessungen – eine Scheinpräzision der Ergebnisse suggerieren würde.“

4.8 Bedeutung der Referenzbereiche

Die Berechnung der Indizes soll auf der Grundlage von Abweichungen vom Referenzbereich erfolgen. Konkret empfiehlt das IQTIG, *„das Ausmaß der statistischen Evidenz für die Einhaltung der Referenzbereiche der im Index aggregierten Indikatoren als einheitliche Messskala zu verwenden“* (S. 247). Das Konzept wird so verstanden, dass letztlich die Wahrscheinlichkeit für das Einhalten der Referenzbereiche modelliert und als skaliertes Indexwert verwendet wird. Aufgrund dieses Vorgehens kommt den Referenzbereichen der Indikatoren eine sehr hohe Bedeutung zu.

Zutreffend stellt das IQTIG auf Seite 245 fest, dass verteilungsunabhängige Referenzbereiche einen Versorgungsstandard definieren, verteilungsabhängige Referenzbereiche eine solche Aussage

aber eben nicht zulassen. Dennoch empfiehlt das IQTIG dann, zumindest anfänglich, faktisch mit verteilungsabhängigen Referenzbereichen zu arbeiten.

Angesichts der zentralen Bedeutung der Referenzbereiche für die Indexbildung erscheint es möglicherweise gravierend fehlleitend, wenn als Referenzbereiche eben nicht die geforderten „Versorgungsstandards“, sondern letztlich Verteilungskennwerte verwendet werden, die nicht primär aus fachlichen Überlegungen, sondern aus praktischen Überlegungen zur Verfügbarkeit von Ressourcen für qualitative Bewertungen entstanden sind. Das IQTIG weist in seinem Bericht darauf hin, dass üblicherweise 90 %- (bzw. 10 %-) oder 95 %- (bzw. 5 %-) Perzentilen als verteilungsabhängige Referenzbereiche verwendet werden (vgl. S. 245). Diese Referenzbereiche werden primär mit Blick auf die Machbarkeit der qualitativen Bewertung durch Fachexperten festgelegt.

Wenn das IQTIG nun diese Referenzbereiche als „fachlichen Standard“ (und sei es auch nur Übergangsweise) für die Indexbildung verwendet, bedeutet das praktisch, dass als „fachlicher Standard“ angesehen wird, mit seinem Ergebnis nicht zu den „schlechtesten“ 5 % zu gehören. Von den Autoren kann nicht beurteilt werden, welche Konsequenzen sich aus dem statistischen Verfahren für die Indexbildung ergeben, wenn die Bezugsgröße ein äußerst niedrig gelegter „Versorgungsstandard“ ist. Die Festlegung von „Versorgungsstandards“ für Ergebnisindikatoren allein aufgrund wissenschaftlicher Überlegungen erscheint aber äußerst herausfordernd. Wenn eine Komplikation im Mittel mit einer Häufigkeit von 3 % auftritt, was ist dann der „Versorgungsstandard“? Auch für risikoadjustierte Indikatoren stellt sich die Frage, an welcher Grenze ein solcher „Standard“ definiert wird: Wenn die beobachtete Rate höher als die erwartete Rate ($O / E > 1$) ist? Oder wenn sie doppelt so hoch ist ($O / E > 2$)? Das IQTIG geht auf diese Problematik in seinem „Exkurs“ auf Seite 245 nicht ein, sollte diese Thematik jedoch adressieren.

Darüber hinaus sollte vom IQTIG auch näher bewertet werden, ob die den Indikatorwerten zu Grunde liegenden Fallzahlen einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen oder das Nicht-Erreichen des Referenzbereichs haben können. Der Verweis, dass *„das Ausmaß dieser Stochastizität fallzahlabhängig ist“* (S. 246), legt diese Vermutung beim Lesenden nahe, wird jedoch nicht näher ausgeführt.

4.9 Gewichtung der Indikatorenergebnisse

Gemäß Beauftragung soll das Portal auch die Präferenzen der Nutzer berücksichtigen. Es ist dennoch grundsätzlich nachvollziehbar, dass das IQTIG eine Gleichgewichtung der Indikatoren im Index der Informationsmodule (vgl. S. 252) und der Informationsmodule im Gesamtindex (vgl. S. 253), empfiehlt. Gewichtungen können kaum vollständig objektivierbar vorgenommen werden.

Die Überlegung, ob Nutzer selbst über das Portal entscheiden können, welche Aspekte bei der Indexbildung (relativ) wichtiger sind, also selbst eine Gewichtung vornehmen, sollte vom IQTIG

dennoch konkret durchdacht werden. Dies setzt natürlich voraus, dass das Portal dynamisch gestaltet ist, mithin ein Teil der Berechnungen erst im Moment der Nutzerabfrage erfolgt. Zudem sollte die Wichtigkeit einiger, unstrittig als wichtig zu wertender Aspekte nicht relativiert werden können.

Nicht ganz nachvollziehbar erscheint die Relativierung des IQTIG auf Seite 252:

„Die Gleichgewichtung von Indikatoren scheint zudem der Intuition, dass bestimmte Ereignisse in der Gesundheitsversorgung „schwerwiegender“ als andere sind, zu widersprechen.“

Dass „bestimmte Ereignisse in der Gesundheitsversorgung“ schwerwiegender sind als andere, erscheint nicht als „Intuition“, sondern als selbstverständlich. Selbstverständlich ist ein Todesfall oder ein Schlaganfall mit dauerhafter Invalidisierung schwerwiegender als eine Nachblutung oder ein kleinerer Revisionseingriff ohne Folgebeeinträchtigungen.

4.10 Umsetzbarkeit des Konzepts zur Darstellung von Indikatorenergebnissen

In den vorangegangenen Abschnitten wurde in Bezug auf die nutzbaren Indikatoren und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Indexbildung dargestellt, dass die praktische Umsetzung durch die Anzahl und den Charakter der nutzbaren Indikatoren eingeschränkt sein kann. Hier fehlt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes der nächste konkretisierende Schritt.

Im Folgenden werden deshalb an konkreten Beispielen aus aktuellen Indikatorensets diese möglichen Limitationen illustriert. Dabei wird am Beispiel der Verfahren „Koronarangiografie und PCI“ und Herzchirurgie auch bereits berücksichtigt, dass die Indikatorensets zukünftig um weitere Indikatoren aus Patientenbefragungen und durch Auswertung von Krankenkassendaten erweitert werden sollen.

Die Zuordnung der Indikatoren zu den Informationsmodulen und „Themen“ ist nach der subjektiven Einschätzung der Autoren erfolgt. Es wurde für sinnvoll erachtet, das Thema „Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung“ in „Rechtzeitige Versorgung“ und „Kontinuierliche Versorgung“ aufzuteilen. Zuordnungen, bei denen auch andere Entscheidungen naheliegen (vgl. hierzu Abschnitt 4.4) sind kenntlich gemacht. Eine Mehrfachzuordnung wurde nicht vorgenommen (dies würde faktisch ja einer Gewichtung bestimmter Indikatoren gleichkommen), d. h. jeder Indikator wurde genau einem Thema zugeordnet. Die Zuordnung ist in Tabelle 1 für die Verfahren Mammachirurgie, Herztransplantation und Lungen- und Herz-Lungentransplantation, Lebertransplantation, Gynäkologische Operationen und Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung dargestellt. In Tabelle 2 bzw. Tabelle 3 werden die Zuordnungen für Koronarangiografie und PCI bzw. kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie der Übersichtlichkeit halber separat dargestellt.

Möglicherweise wird das IQTIG eine andere Zuordnung vornehmen. Dennoch erscheint eine solche Zuordnung für eine erste orientierende Einschätzung der Praktikabilität des vom IQTIG vorgeschlagenen Konzepts ausreichend.

4.10.1 Mamachirurgie

Zusammengefasst steht für die drei relevanten Informationsmodule folgende Anzahl von Indikatoren zur Verfügung (vgl. Tabelle 1)³:

- Modul 4: ein Indikator
- Modul 5: sechs (oder sieben) Indikatoren
- Modul 6: ein (oder kein) Indikator

Wenn zusätzlich die Bedingung angewendet werden soll, dass mindestens 80 % (oder 90 %) der Krankenhäuser mindestens einen Fall in den jeweiligen Indikatoren aufweisen sollen („berechenbarer Gesamtindex“, S. 230), stünden bei einer Grenze von 80 % zwei Indikatoren und bei einer Grenze von 90 % ein Indikator zur Verfügung (vgl. S. 232, Tabelle 39 im Bericht des IQTIG; es ist nicht ersichtlich, um welche Indikatoren es sich handeln würde).

Dieser Leistungsbereich (mit einer relativ hohen Anzahl von nutzbaren Indikatoren) zeigt recht anschaulich einige Aspekte und realistisch zu erwartende Umsetzungsprobleme auf, zu denen das IQTIG Stellung nehmen sollte:

1. Wie soll damit umgegangen werden, wenn in einem Informationsmodul nur ein Indikator nutzbar ist? Werden dann zu diesem Modul keine Ergebnisse dargestellt?
2. Die Anforderung, dass mindestens 80 % der Leistungserbringer Fälle in der Grundgesamtheit der nutzbaren Indikatoren haben sollen, führt zu einer möglicherweise dramatischen Reduktion der Anzahl der nutzbaren Indikatoren, was die unter 1. dargestellte Problematik zu einem sehr häufigen Problem machen kann. Wie kann damit umgegangen werden?

Die Zuordnung von Indikatoren zu den Modulen ist wegweisend für die Modellierung der Indizes. Die häufig nur schwierig mögliche Zuordnung mit Hilfe der vom IQTIG in seinem Methodenpapier definierten Dimensionen [7] könnte daher relevante Unschärfen bei der Indexbildung bedingen.

³ Nicht berücksichtigt wurden die Indikatoren:

- Primäre Axilladisektion bei DCIS (Sentinel-Event)
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate (vom IQTIG nicht für eine Veröffentlichung im Qualitätsbericht empfohlen)
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate (vom IQTIG nicht für eine Veröffentlichung im Qualitätsbericht empfohlen)

Eine Beschreibung des Vorgehens zur einheitlichen Zuordnung der Indikatoren zu den Modulen scheint daher notwendig.

4.10.2 Herztransplantation und Lungen- und Herz-Lungentransplantation

In diesen Leistungsbereichen werden ausschließlich Sterblichkeitsindikatoren verwendet (vgl. Tabelle 1). Da die Ergebnisse der verwendeten vier Indikatoren korrelieren, erscheint klärungsbedürftig, ob diese nebeneinander im Index verwendet werden sollen oder welcher der vier Indikatoren als der für das Qualitätsportal zu nutzende auszuwählen wäre. Darüber hinaus kommt ggf. die bereits angesprochene Problematik zum Tragen, wie damit umgegangen werden soll, wenn für ein Modul nur ein Indikator zur Verfügung steht.

4.10.3 Lebertransplantation

Für die (hier fünf) Indikatoren zur Sterblichkeit ergeben sich die gleichen Fragen wie für Herztransplantationen (vgl. Tabelle 1). Der Indikator zur Verweildauer ist primär als Surrogat für Komplikationen anzusehen (die postoperative Verweildauer korreliert nicht zwingend mit der Sterblichkeit, das Konstrukt dieses Indikators ist vielmehr, dass eine verlängerte postoperative Verweildauer auf komplikative Verläufe hinweist).

Dieses Beispiel kann sehr gut eine relevante Problematik der „Kompensierbarkeit“ von Indikatorergebnissen illustrieren. Wenn der Indikator zur In-Hospital-Sterblichkeit und der Indikator zur postoperativen Verweildauer genutzt werden sollten, bilden diese beiden Indikatoren den Index zum Modul „Behandlungserfolg“. Wenn ein Krankenhaus nun eine hohe Rate bei der In-Hospital-Sterblichkeit aufweist, die Patienten aber sehr früh nach der Operation verstorben sind, ist die postoperative Verweildauer insgesamt kurz. Es würde die paradoxe Situation entstehen, dass dieses gute Ergebnis in Bezug auf die postoperativen Verweildauer einen möglicherweise hoch relevanten Qualitätsmangel in Bezug auf die Sterblichkeit kompensiert. Es könnten sich Indikatoren kompensieren, deren Ergebnisse möglicherweise reziprok voneinander abhängen.

4.10.4 Gynäkologische Operationen

Auch für diesen Leistungsbereich ist die Frage relevant, wie damit umgegangen werden soll, wenn nur ein Indikator für ein Modul zur Verfügung steht (vgl. Tabelle 1).

Für die drei unter 5.1 zugeordnete Indikatoren ist zu entscheiden, ob diese nebeneinander in den Index eingehen sollen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.10.2020
zum Zwischenbericht für ein Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Seite 33 von 45

Nr.	„Informationsmodul“	„Themen“	Mammachirurgie	Herztransplantation und Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Lebertransplantation	Gynäkologische Operationen	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
4.	Behandlungserfolg	4.1 Behandlungsergebnisse	Nachresektionsrate *				Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
		4.2 Komplikationen			Postoperative Verweildauer**	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	<ul style="list-style-type: none"> •Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur •Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
		4.3 Sterblichkeit		<ul style="list-style-type: none"> •In-Hospital-Sterblichkeit •Sterblichkeit nach 1 Jahr •Sterblichkeit nach 2 Jahren •Sterblichkeit nach 3 Jahren 	<ul style="list-style-type: none"> •In-Hospital-Sterblichkeit •Tod durch operative Komplikationen •Sterblichkeit nach 1 Jahr •Sterblichkeit nach 2 Jahren •Sterblichkeit nach 3 Jahren 		
5.							

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.10.2020
zum Zwischenbericht für ein Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Seite 34 von 45

Nr.	„Informationsmodul“	„Themen“	Mammachirurgie	Herztransplantation und Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Lebertransplantation	Gynäkologische Operationen	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
	Sichere Versorgungsprozesse	5.1 Angemessene Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung • Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 			<ul style="list-style-type: none"> • Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund • Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie • Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre 	
		5.2 Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> • Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung** • Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung** • Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie** 			<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Histologie nach isoliertem Ovariengriff mit Gewebentfernung • Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> • Präoperative Verweildauer** /*** • Sturzprophylaxe
		5.3 Rechtzeitige Versorgung					

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.10.2020
zum Zwischenbericht für ein Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Seite 35 von 45

Nr.	„Informationsmodul“	„Themen“	Mammachirurgie	Herztransplantation und Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Lebertransplantation	Gynäkologische Operationen	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
		5.3 Kontinuierliche Versorgung	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS**				
6.	Kommunikation und Interaktion	6.1 Umgang mit Patientinnen und Patienten	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation***				
		6.2 Aufklärung und Patienteninformatio- nen während des Krankenhausaufent- halts					

Tabelle 1: Zuordnung von Indikatoren zu Informationsmodulen, Leistungsbereiche: Mammachirurgie (Quelle: Bundesauswertung 2019) [8]; Herztransplantation und Lungen- und Herz-Lungentransplantation (Quelle: Bundesauswertung 2019) [10],[13]; Lebertransplantation (Quelle: Bundesauswertung 2019) [12]; Gynäkologische Operationen (Quelle: Bundesauswertung 2019) [9]; Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Quelle: Bundesauswertung 2019) [14]⁴

⁴ * könnte auch bei 4.2 zugeordnet werden

** könnte auch bei 5.1 zugeordnet werden

*** könnte auch bei 5.3 zugeordnet werden

4.10.5 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Die Betrachtung dieses Leistungsbereichs zeigt wiederum, dass nur wenige Indikatoren für die Indexbildung zur Verfügung stehen (vgl. Tabelle 1).

Der Leistungsbereich illustriert ebenfalls die Problematik der Kompensationsmöglichkeit unwichteter Indikatorenergebnisse. Im Modul „Sichere Versorgungsprozesse“ stehen die beiden Indikatoren zur präoperativen Verweildauer (der seit Jahrzehnten regelmäßig relevante Qualitätsprobleme in einzelnen Krankenhäusern anzeigt) und ein Indikator zur Sturzprophylaxe. Die Berechnung dieses Indikators erfolgt mit Hilfe von zwei Datenfeldern, für die keine Ausfüllhinweise existieren. Die Relevanz und die Aussagekraft der beiden Indikatoren sind als unterschiedlich anzusehen. Dennoch kann ein gutes Ergebnis im Indikator „Sturzprophylaxe“ möglicherweise hoch relevante Qualitätsdefizite beim Indikator zur präoperativen Verweildauer kompensieren.

4.10.6 Koronarangiografie und PCI

Dieser Leistungsbereich zeigt recht eindrucksvoll, dass sich die Informationsgrundlage erheblich verbessern kann, insbesondere wenn Indikatoren aus Patientenbefragungen zur Verfügung stehen werden. Diese in Tabelle 2 dargestellte Informationsgrundlage relativiert sich jedoch bei genauerer Betrachtung.

Nr.	„Informationsmodul“	„Themen“	Ergebnisse von Qualitätsindikatoren
4.	Behandlungserfolg	4.1 Behandlungsergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt • Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI • <u>Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung</u> • <u>Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI</u>
		4.2 Komplikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen • MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie • MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI • MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt • <u>Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle</u> • <u>Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur</u>
		4.3 Sterblichkeit	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI

Nr.	„Informationsmodul“	„Themen“	Ergebnisse von Qualitätsindikatoren
5.	Sichere Versorgungsprozesse	5.1 Angemessene Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie • Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund • Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI • <u>Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI</u> • <u>Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie</u>
		5.2 Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> • Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm² (2016: 3.500 cGy x cm²) • Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm² (2016: 6.000 cGy x cm²) • Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm² (2016: 8.000 cGy x cm²) • Dosis-Flächen-Produkt unbekannt • Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml • Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml • Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml
		5.3 Rechtzeitige Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt • „Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt • <u>Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur</u>
		5.3 Kontinuierliche Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur</u> • <u>Prozessbegleitende Koordination der Versorgung</u> • <u>Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI</u>
6.	Kommunikation und Interaktion	6.1 Umgang mit Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals</u> • <u>Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte</u> • <u>Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur</u>

Nr.	„Informationsmodul“	„Themen“	Ergebnisse von Qualitätsindikatoren
		6.2 Aufklärung und Patienteninformationen während des Krankenhausaufenthalts	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Patienteninformation vor der elektiven Prozedur</i> • <i>Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur</i> • <i>Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten</i> • <i>Patienteninformation nach der Prozedur</i> • <i>Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI</i> • <i>Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei akuter PCI</i>

Tabelle 2: Zuordnung von Indikatoren zu Informationsmodulen, Leistungsbereich Koronarangiografie und PCI (Quelle: Bundesqualitätsbericht 2019 (nicht veröffentlicht) und Abschlussbericht des IQTIG zur Patientenbefragung PCI) [15],[16]⁵

Entscheidend wird hier die Festlegung des IQTIG sein, wie die Versorgungsanlässe definiert werden sollen: z. B. „Koronarangiografie und PCI“ („Herzkatheter“) oder „PCI“ oder „elektive Koronarangiografie“ etc. Es ist davon auszugehen, dass sich die Anzahl der nutzbaren Indikatoren bei einer spezifischen Definition der Versorgungsanlässe deutlich reduzieren wird. Falls jedoch ein umfassender Versorgungsanlass definiert werden sollte (z. B. „Herzkatheter“), wird sich die Frage stellen, ob z. B. zum Dosis-Flächenprodukt alle vier Indikatoren verwendet werden (jeweils ein Indikator für Koronarangiografie, Einzeitig-PCI, isolierte PCI sowie „Dosis-Flächenprodukt unbekannt“) – was faktisch einer Gewichtung gleichkäme. Entscheidend wird weiterhin die Festlegung zum Umgang mit Indikatoren sein, deren Ergebnisse erst mit einer Verzögerung von ein oder zwei Jahren zur Verfügung stehen (Krankenkassendaten).

Es wird ebenfalls die Situation auftreten, dass unterschiedlich relevante Indikatoren sich kompensieren können, beispielsweise im Modul „Behandlungserfolg“ die Indikatoren „MACCE innerhalb von 7 Tagen“, die schwerste Komplikationen erfassen, und Indikatoren wie „Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle“ und „Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur“.

⁵ *Kursiv* und **blau** hinterlegt: Indikatoren aus der Patientenbefragung (bisher noch keine Erfassung)

Kursiv und **grau** hinterlegt: Indikatoren auf Grundlage von Krankenkassendaten, die 2019 noch nicht ausgewertet wurden

Nicht berücksichtigt wurde der Indikator zur 1-Jahres-Sterblichkeit, da dieser gemäß der DeQS-RL nicht für einen Einrichtungsvergleich eingesetzt werden soll [4].

4.10.7 Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

Auch für diesen Leistungsbereich steht primär eine große Anzahl Indikatoren zur Verfügung. Allerdings ist bei einer relevanten Anzahl von Indikatoren in Tabelle 3 die Nutzbarkeit für einen Einrichtungsvergleich in Frage zu stellen (rote Schrift).

Nr.	„Informationsmodul“	„Themen“	Ergebnisse von Qualitätsindikatoren
4.	Behandlungserfolg	4.1 Behandlungsergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff
		4.2 Komplikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts • Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts • Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation • Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen • Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen • Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen • Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres* • Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen • PCI innerhalb von 30 Tagen • PCI innerhalb eines Jahres* • Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen • Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres* • Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen • Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres*
		4.3 Sterblichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Sterblichkeit im Krankenhaus • Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen • Sterblichkeit innerhalb eines Jahres*
5.	Sichere Versorgungsprozesse	5.1 Angemessene Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna
		5.2 Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit	

Nr.	„Informationsmodul“	„Themen“	Ergebnisse von Qualitätsindikatoren
		5.3 Rechtzeitige Versorgung	
		5.3 Kontinuierliche Versorgung	
6.	Kommunikation und Interaktion	6.1 Umgang mit Patientinnen und Patienten	
		6.2 Aufklärung und Patienteninformationen während des Krankenhausaufenthalts	

Tabelle 3: Zuordnung von Indikatoren zu Informationsmodulen, Leistungsbereich Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (Quelle: Indikatorenliste DeQS-RL) [3]⁶

Viele Ergebnisse der Komplikationsindikatoren (vgl. „4.2. Komplikationen“ in Tabelle 3) hängen voneinander ab, d. h. diese Indikatoren korrelieren miteinander. Es erscheint klärungsbedürftig, ob alle diese Indikatoren nebeneinander verwendet werden sollen bzw. welche der Indikatoren für die Indexbildung verwendet werden sollen. Darüber hinaus handelt es sich bei mindestens 12 der 19 Indikatoren um Komplikationen, die somit dem Modul „Behandlungserfolg“ zuzuordnen sind (fünf Indikatoren könnten möglicherweise als „Behandlungsergebnis“ interpretiert werden, sind voraussichtlich aufgrund der stark eingeschränkten Zuschreibbarkeit für das Portal aber nicht nutzbar). Entscheidend wird weiterhin die Festlegung zum Umgang mit Indikatoren sein, deren Ergebnisse erst mit einer Verzögerung von ein oder zwei Jahren zur Verfügung stehen (Krankenkassendaten).

Es gibt nur einen Indikator für das Modul „Sichere Versorgungsprozesse“.

^{6*} könnte auch bei 4.1 zugeordnet werden

Rote Schrift: Indikatoren, bei denen fraglich ist, ob sie für einen Einrichtungsvergleich nutzbar sind. Diese Indikatoren stehen somit ggf. für die Indexbildung nicht zur Verfügung.

Nicht berücksichtigt wurde der Indikator zur Indikationsstellung, da er keinen Referenzbereich spezifisch für die kombinierten Eingriffe aufweist.

4.11 Veröffentlichung von Einzelergebnissen

Die Darstellungen des IQTIG zur Veröffentlichung von Einzelergebnissen erscheinen nicht ganz eindeutig. Das IQTIG scheint generell die Veröffentlichung von Ergebnissen von Qualitätsindikatoren nur in aggregierter Form zu empfehlen (vgl. S. 22).

Nach Darstellung des IQTIG (vgl. S. 229) würden Einzelergebnisse nur dann dargestellt, wenn genau ein Indikator für ein Informationsmodul zur Verfügung steht. In diesem Fall würden dann aber die postulierten Effekte einer „umfassenden Darstellung“ und der „Kompensation von Messfehlern durch Indexbildung“ nicht zum Tragen kommen. Oder wird in solchen Fällen das Ergebnis des Indikators im Index zu dem Informationsmodul nicht verwendet, aber in den Gesamtindex eingehen? In diesem Fall würde das Ergebnis des einzelnen Indikators wiederum ein besonderes Gewicht im Gesamtindex gewinnen und der Gesamtindex wäre nicht als Zusammenfassung der einzelnen Informationsmodule anzusehen. Das IQTIG sollte klarstellen, ob und ggf. in welcher Form Ergebnisse einzelner Indikatoren im Portal dargestellt werden sollen oder nicht.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte auf die Veröffentlichung von Einzelergebnissen nicht verzichtet werden, da die Nachvollziehbarkeit der Indexergebnisse erheblich eingeschränkt ist, wenn die „Rohdaten“ (d. h. die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren) nicht verfügbar sind. Darüber hinaus scheint dieses Vorgehen nicht mit dem Anspruch des IQTIG vereinbar, Informationen für möglichst viele Zielgruppen zur Verfügung zu stellen. Die (potenziellen) Nutzer, die detaillierte Informationen wünschen, hätten damit keine Möglichkeit mehr, auf die Ergebnisse von Einzelindikatoren zuzugreifen. Damit würde sich das Informationsangebot einer möglicherweise gerade besonders relevanten Zielgruppe (diejenigen, die eine besondere Kenntnis und ein besonderes Informationsbedürfnis haben und für die Ergebnisse von Einzelindikatoren verständlich und möglicherweise entscheidungsrelevant sind) reduzieren.

Schlussbemerkung

Die methodischen und theoretischen Grundlagen sind im Zwischenbericht des IQTIG ausführlich und differenziert dargestellt. Im nächsten Schritt sollte eine lösungsorientierte Auseinandersetzung mit den in dieser Stellungnahme herausgearbeiteten Herausforderungen erfolgen. Wo immer Abwägungen erforderlich sind, sind die möglichen Optionen mit ihren Vor- und Nachteilen darzustellen und Empfehlungen nachvollziehbar zu begründen. Die hieraus resultierenden Ergebnisse sollten direkt in die Erarbeitung der für den Abschlussbericht angekündigten Arbeitspakete 4 und 5 eingehen. Es ist dann zu erwarten, dass die hier abstrakt erarbeiteten Inhalte im Abschlussbericht anhand konkreter Umsetzungsbeispiele besser zu bewerten sind.

Quellen

- [1]. Döbler K, Arens B.
Planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach §136c SGB V: Konzeptionelle Überlegungen zur Weiterentwicklung – ein Diskussionsbeitrag. Juni 2020.
<https://www.kcqq.de/de/downloads> (Zugriff: 27.09.2020)
- [2]. Döbler K, Schrappe M, Kuske S, Schmitt J, Sens B, Boywitt D, Misselwitz B, Nothacker M, Geradets M. **Eignung von Qualitätsindikatorensets in der Gesundheitsversorgung für verschiedene Einsatzgebiete – Forschungs- und Handlungsbedarf.**
Gesundheitswesen 2019 Oct;81(10):781–787.
- [3]. Gemeinsamer Bundesausschuss
Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderung der Verfahren 3 (QS CHE), Verfahren 5 (QS TX) und Verfahren 6 (QS KCHK) für das Erfassungsjahr 2021. Vom 16. Juli 2020
https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4381/2020-07-16_DeQS-RL_Teil-2-Aenderung-QS-CHE-TX-KCHK_EJ-2021.pdf: (Zugriff: 27.09.2020)
- [4]. Gemeinsamer Bundesausschuss
Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2217/DeQS-RL_2019-12-19_iK-2020-07-29_AT-28-07-2020-B2.pdf (Zugriff: 04.10.2020)
- [5]. Groenewoud AS
It's your Choice! A Study of Search and Selection Processes, and the Use of Performance Indicators in Different Patient Groups.
<https://repub.eur.nl/pub/21941/> (Zugriff: 27.09.2020)
- [6]. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Methodische Grundlagen V1.1s Stellungnahmen. Stand: 15.04.2019
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1-1s-Stellungnahmen_2019-04-15.pdf (Zugriff: 27.09.2020)
- [7]. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (Zugriff: 27.09.2020)
- [8]. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Mammachirurgie. Qualitätsindikatoren und

Kennzahlen. Stand: 14.07.2020

- https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/18n1mamma/QSKH_18n1-MAMMA_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf (Zugriff: 27.09.2020)
- [9]. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Gynäkologische Operationen. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Stand: 14.07.2020
https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/15n1gynop/QSKH_15n1-GYN-OP_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf (Zugriff: 04.10.2020)
- [10]. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Stand: 14.07.2020
https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/lutx/QSKH_LUTX_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf (Zugriff: 04.10.2020)
- [11]. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Knieendoprothesenversorgung. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Stand: 14.07.2020
https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/kep/QSKH_KEP_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf (Zugriff: 04.10.2020)
- [12]. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019 Lebertransplantation. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Stand: 14.07.2020
https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/ltx/QSKH_LTX_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf (Zugriff: 27.09.2020)
- [13]. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Herztransplantation. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Stand: 14.07.2020
https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/htxmtx/QSKH_HTXM-TX_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf (Zugriff: 27.09.2020)
- [14]. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Stand: 14.07.2020
https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/17n1hftfrak/QSKH_17n1-HUEFT-FRAK_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf (Zugriff: 27.09.2020)

- [15]. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018
https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_OS-PCI_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (Zugriff: 27.09.2020)
- [16]. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Bundesqualitätsbericht 2019. Stand: 12.09.2019
https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Bundesqualitaetsbericht-2019_2019-09-12.pdf (Zugriff: 04.10.2020)
- [17]. Salampessy BH, Bijlsma WR, van der Hijden E, Koolman X, Portrait FRM.
On selecting quality indicators: preferences of patients with breast and colon cancers regarding hospital quality indicators.
BMJ Qual Saf. 2020;29(7):576–585.
- [18]. Zwijnenberg NC, Damman OC, Spreeuwenberg P, Hendriks M, Rademakers JJ.
Different patient subgroup, different ranking? Which quality indicators do patients find important when choosing a hospital for hip- or knee arthroplasty?.
BMC Health Serv Res. 2011;11:299. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-299>
- [19]. Zwijnenberg NC, Hendriks M, Damman OC, et al.
Understanding and using comparative healthcare information; the effect of the amount of information and consumer characteristics and skills.
BMC Med Inform Decis Mak. 2012;12:101. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-12-101>



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG – Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG:

Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal.

Zwischenbericht

(Stand: 09. September 2020)

21.10.2020

Ansprechpartner/in:

Dr. Frank Brunsmann, Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen e. V.



Petra Fuhrmann, Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG – Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Inhalt

1. Zusammenfassung	3
2. Anmerkungen und Hinweise zur Überarbeitung des Berichts	4
2.1 Mehrwert und Potenziale des geplanten Qualitätsportals herausarbeiten	4
2.2 Es bedarf eines klaren begrifflichen Bezugsrahmens für die patientenbezogenen Interaktions- und Kommunikationsprozesse	5
2.3 Die Informationsbedarfe der Patientinnen und Patienten sollten umfangreich berücksichtigt werden, der Fokus allein auf die Nutzung von Datenquellen auf Basis bestehender G-BA-Vorgaben reicht nicht aus	5
2.4 Heterogene Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten sowie anderen möglichen Adressaten des Portals sollten stärker berücksichtigt werden	7
2.5 Konkrete Anforderungen und Weiterentwicklungsempfehlungen zur Verbesserung der Aktualität der Datengrundlage fehlen	8
2.6 Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten umfassend adressieren sowie Zugangshürden durch die Verbindung mit bestehenden Angeboten verringern ...	8
2.7 Ergebnis des Gesamtkonzepts sollte ein konkreter Fahrplan für die Konzeption und auch die Weiterentwicklung des Qualitätsportals sein	9

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG – Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

1. Zusammenfassung

Für Patientinnen und Patienten, also in der Regel für medizinische Laien, ist es besonders schwierig, in der Fülle der Informationen, etwa vielfältiger Onlineangebote, vertrauenswürdige Informationen zur Qualität der medizinischen Versorgung, zu finden und von falschen beziehungsweise irreführenden Informationen zu unterscheiden. Dem geplanten Qualitätsportal kommt daher aus Patientensicht eine hohe Relevanz zu. Der zugrundeliegende gesetzliche Auftrag unterstreicht den Anspruch, ein im Sinne der Patientinnen und Patienten ambitioniertes Zielbild für das Portal zu formulieren.

Der vorliegende Zwischenbericht des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ‚Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal‘ hat hierzu aus Sicht der Patientenvertretung (PatV) im Gemeinsamen Bundesausschuss wichtige Eckpunkte herausgearbeitet und vorgelegt. Allerdings sieht die Patientenvertretung insbesondere in den folgenden Bereichen noch Ergänzungs- und Konkretisierungsbedarf:

- a. Die Informationsbedarfe der Patientinnen und Patienten sollten umfangreich berücksichtigt werden, die im Bericht vorherrschende weitgehende Beschränkung auf Datenquellen, die aus Beschlüssen des G-BA resultieren, setzt zu enge Grenzen. Im Bericht sollten daher konsequent Optionen für ergänzende Datenquellen ausgewiesen werden, zum Beispiel hinsichtlich Patientenbefragungen.
- b. Die Schnittstellen zu bestehenden Informationsangeboten im Gesundheitswesen sollten konzeptionell ausreichend ausgearbeitet und berücksichtigt werden. Bei der Ausarbeitung des Gesamtkonzepts sollte damit die Patientenorientierung in einer Weise zum Ausdruck kommen, dass auch Schnittstellen verschiedener Informations- und Kommunikationsangebote wie auch Schnittstellen zwischen diesen und dem Versorgungsgeschehen einbezogen werden, und zwar so, dass die Berührungspunkte im Konzept möglichst hinsichtlich Nutzungen aus jeweils beiden Richtungen dargestellt werden. Dies gilt u.a., wie in der Beauftragung formuliert, für das Nationale Gesundheitsportal sowie in Anbetracht

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG – Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen auch für die elektronische Patientenakte.

- c. Ein Ergebnis der Konzeptentwicklung sollte ein Vorschlag für einen konkreten Fahrplan für die Konzeption und auch die Weiterentwicklung des Qualitätsportals sein. Notwendige Entwicklungs- und Weiterentwicklungsschritte sollten hierbei stärker als bislang in einem Stufenplan dargestellt werden.

Im Folgenden werden diese und weitere Anmerkungen der PatV zum Zwischenbericht des IQTIG im Einzelnen dargelegt.

2. Anmerkungen und Hinweise zur Überarbeitung des Berichts

2.1 Mehrwert und Potenziale des geplanten Qualitätsportals herausarbeiten

Patientinnen und Patienten nutzen für die Suche nach Gesundheitsinformationen in hohem Maße und immer häufiger Online-Angebote. Das gilt bisher zwar nicht in gleichem Maße für die Suche nach einem geeigneten Krankenhaus, wie der Zwischenbericht zutreffend herausgearbeitet hat, doch auch in diesem Bereich steigt der Stellenwert von Online-Angeboten. Für Patientinnen und Patienten, also meist medizinische Laien, ist es besonders schwierig, in der Fülle der Informationen im Internet, die häufig auch von wirtschaftlichen Interessen beeinflusst werden, vertrauenswürdige Informationen zu finden und diese von falschen beziehungsweise irreführenden Informationen zu unterscheiden. Das geplante Qualitätsportal hat aus Patientenperspektive daher eine hohe Relevanz.

Zur Krankenhaussuche wurden in den vergangenen Jahren verschiedene qualitativ hochwertige Online-Portale etabliert, etwa das Portal der Weissen Liste. Wesentlich für die Konzeption des Qualitätsportals ist es, den Mehrwert und die Potenziale, den das Qualitätsportal neben bereits bestehenden Angeboten liefern soll, zu benennen. Der zugrundeliegende gesetzliche Auftrag unterstreicht den Anspruch, ein im Sinne der Patientinnen und Patienten ambitioniertes Zielbild für das Qualitätsportal zu formulieren.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG – Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Hilfreich wäre hierzu im Bericht eine ergänzende Übersicht zu bestehenden Portalen und dem vorgeschlagenen Portal, vergleichend beschrieben nach relevanten Kriterien. Durch den Vergleich sollte der Mehrwert transparent werden, der mit der dem G-BA-Qualitätsportal erzielt werden kann.

2.2 Es bedarf eines klaren begrifflichen Bezugsrahmens für die patientenbezogenen Interaktions- und Kommunikationsprozesse

Notwendig ist ein klar definiertes Verständnis von Information und Kommunikation im Hinblick auf die Patientenperspektive und Patientenpfade im Gesundheitswesen, ein solcher kohärenter Bezugsrahmen fehlt bisher. Das dem Auftrag zur Erstellung eines Gesamtkonzepts für ein Qualitätsportal zu Grunde liegende Verständnis von Information und Kommunikation im Hinblick auf die konkrete Patientenperspektive und die Patientenpfade im Gesundheitswesen sollte ausführlich und konsistent dargelegt werden. Dies würde zudem erlauben, dass sich auch andere Aufträge des IQTIG, wie zum Beispiel der Auftrag zu Siegeln und Zertifikaten in der Versorgung, an diesem gemeinsamen Bezugsrahmen orientieren und beschreiben könnten, welche Qualitätsinformationen jeweils wie zur Geltung kommen. Ein solcher einheitlicher patientenorientierter Bezugsrahmen beziehungsweise ein solches Modell zur Patienteninformation und -kommunikation sollte auch Eingang in die Weiterentwicklung des Methodenpapiers des IQTIG finden, zum Beispiel in den Kapiteln Patientenorientierung und zum Qualitätsmodell. Derzeit wird bei jedem Einzelauftrag, den das IQTIG bearbeitet, ohne Bezugnahme aufeinander ein ‚neues‘ Basisverständnis von Information und Kommunikation beschrieben.

2.3 Die Informationsbedarfe der Patientinnen und Patienten sollten umfangreich berücksichtigt werden, der Fokus allein auf die Nutzung von Datenquellen auf Basis bestehender G-BA-Vorgaben reicht nicht aus

Primäre Datenbasis des Qualitätsportals sind zwar die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, ergänzend hierzu sollen im Rahmen der Entwicklung des Gesamtkonzepts gemäß Auftrag weitergehende Datenquellen geprüft und einbezogen werden. Die formulierten Empfehlungen greifen diese Möglichkeit jedoch bei weitem nicht in ausreichendem Maße auf. Die Ausführungen im Bericht (siehe insbesondere Kapitel 9.7) sollten sich nicht primär an den Interessen des IQTIG an

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG – Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

der Nutzung eigener Synergie-Möglichkeiten orientieren, sondern am Bedarf von Patienten und Versicherten. Daher sollten in Kapitel 9.7 systematisch und vor allem intensiviert Optionen für ergänzende Datenquellen diskutiert und vorgeschlagen werden. Dabei sollte für ergänzende Datenquellen nach Möglichkeiten gesucht werden, auch „unvollkommene“ Datenquellen, etwa bestehende Patientenbefragungen, zumindest temporär, transparent einzubinden, um die Quellen einerseits zeitnah zu nutzen, und andererseits einen Impuls zur Weiterentwicklung auch dieser Datenquellen zu setzen: Im Zwischenbericht wurden insbesondere Daten aus allgemeinen Patientenbefragungen als relevante Informationsquelle für Patientinnen und Patienten identifiziert. Im Rahmen der Qualitätsberichte sowie der QS-Verfahren im G-BA werden diese Daten bisher nicht erhoben. Eine Patientenbefragung unter Verwendung des „Patients‘ Experience Questionnaire“ (PEQ) wird derzeit jedoch bereits von einigen Krankenkassen durchgeführt. Die Daten werden zum Beispiel im Portal der Weissen Liste veröffentlicht. In Anbetracht des erheblichen Informationsbedarfs in diesem Bereich wird aus Sicht der Patientenvertretung nur unzureichend auf die Frage eingegangen, ob es eine Zwischenlösung sein könnte, wie beschrieben, bereits Daten aus den Kassenbefragungen im Qualitätsportal abzubilden und parallel eine verbesserte Patientenbefragung zu etablieren. Dabei wird das Portal als „lernendes System“: verstanden, bei dem die Nutzung verschiedener Datenquellen – sowohl von vorhandenen wie von noch ungenutzten beziehungsweise zu etablierenden Quellen – in einem flexiblen Stufenplan mit möglichst konkreten Optionen beschrieben werden sollte. Ausgehend von einem vom IQTIQ formulierten Vorschlag für ein „Starterset“ zu Versorgungs- und Qualitätsgesichtspunkten sowie zu Datenquellen, welches ausreichend flexibel und zeitnah erweiterbar gestaltet ist, sollten bereits jetzt weitere konkrete Entwicklungsoptionen der Datengrundlage skizziert werden. Eine umfangreichere Beurteilung sollte, neben dem Thema Patientenbefragungen, insbesondere für diejenigen Bereiche erfolgen, für die eine Datenbasis fehlt, die in der Analyse der Informationsbedürfnisse jedoch als relevant identifiziert wurden, zum Beispiel im Bereich der ‚Service und Ausstattung des Krankenhauses‘: Einzelne Aspekte hier, etwa die Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen oder Ausstattungsmerkmale sind aus Sicht der Patientenvertretung für bestimmte Patientengruppen hoch relevant und sollten im Portal Berücksichtigung finden.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG – Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

2.4 Heterogene Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten sowie anderen möglichen Adressaten des Portals sollten stärker berücksichtigt werden

Im Zwischenbericht (Kapitel 10) wird eine Aggregation der Ergebnisse auf zwei Ebenen vorgesehen. Zum einen die Aggregation zu einem Gesamtqualitätsindex, zum anderen verschiedene Indizes für die unterschiedlichen Informationsmodule. Gleichzeitig werden Vorschläge gemacht, um für möglichst viele Häuser aggregierte Qualitätsdaten veröffentlichen zu können. Aus Patientensicht begrüßen wir dieses Vorgehen. Die Darstellung der Daten auf einem hohen Aggregationsniveau ist wichtig, um Patientinnen und Patienten bei einer qualitätsorientierten Wahl eines für sie geeigneten Krankenhauses zu unterstützen.

Unklar bleibt im gegenwärtigen Arbeitsstand des Konzepts, inwiefern auf untergeordneten (Darstellungs-)Ebenen für interessierte Nutzerinnen und Nutzer auch tiefergehende Einzelinformationen (im Sinne der im Bericht genannten Navigationstechnik „Drill-Down“) zugänglich gemacht werden. Das würde zum einen den sehr unterschiedlichen Informationsbedarfen der Nutzerinnen und Nutzer entsprechen – die auch im Bericht thematisiert werden – und zum anderen dem Rechnung tragen, dass neben der direkten Suche durch Patientinnen und Patienten auch immer wieder Beraterinnen und Berater beziehungsweise Ärztinnen oder Ärzte den Patienten unterstützende Hinweise für die Krankenhaussuche geben. Die Einbindung vermittelnder und unterstützender Instanzen sollte Bestandteil des Konzepts sein, wobei durchaus verschiedene Szenarien der Fortführung bzw. Ergänzung und Intensität unterstützender Aktivitäten denkbar sind. Der im Zwischenbericht enthaltene Vergleich internationaler Portale zeigt auf, dass das Gros der verglichenen Vergleichsportale entsprechend dieser Logik (Drill-down) angelegt ist.

Die Eignung des Portals für eine fundierte Unterstützungsmöglichkeit zum Beispiel durch Krankenkassenmitarbeiter, Ärzte, beratende Organisationen, ist daher im Konzept wesentlich deutlicher zu verankern, entsprechende Vertiefungs- und Recherchemöglichkeiten wären auszuführen. Hierbei sollte auch auf Aspekte des unterschiedlichen Zugangs zum Internet nach Alter, Geschlecht und Bildung eingegangen werden.

Gleiches gilt für die Patientinnen und Patienten bei ihrer Suche zur Verfügung gestellten ergänzenden Gesundheitsinformationen. Die zu Grunde liegenden Informationswege und -bedürfnisse sollten übersichtlich dargestellt werden, einschließlich der verschiedenen Ebenen und Nutzungskontexte. Darüber hinaus sollte etwas deutlicher als bislang das Eingehen auf Anforderungen

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG – Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

der Barrierefreiheit dargestellt und möglichst hinsichtlich einiger weiterer definierter Gruppen illustriert werden.

Außerdem sollten in den Ausführungen und Empfehlungen zur Aggregation der Daten stärker als bisher die damit verbundenen Limitationen an konkreten, sich auf die Datenbasis beziehenden Beispielen diskutiert werden, etwa hinsichtlich der Vor- und Nachteile einer additiven Aggregation.

2.5 Konkrete Anforderungen und Weiterentwicklungsempfehlungen zur Verbesserung der Aktualität der Datengrundlage fehlen

Der Zwischenbericht thematisiert eine mit Blick auf die Qualitätsberichterstattung in Deutschland immer wieder vorgebrachte und aus Patientensicht hoch relevante Kritik an den Qualitätsberichten der Krankenhäuser: die Daten sind nicht aktuell (Kapitel 8.7). Derzeit werden die Daten der Qualitätsberichte mit einem Zeitverzug von zwei Jahren veröffentlicht. Der vorliegende Zwischenbericht empfiehlt zwar eine Prüfung im Rahmen der Vorgaben für die Qualitätsberichte, inwiefern eine aktuellere Veröffentlichung der Daten möglich sei. Konkrete Anforderungen und Empfehlungen fehlen im Bericht jedoch. Wichtig ist hier auch ein Blick auf internationale Standards. In anderen europäischen Ländern erfolgen Meldung und Veröffentlichung der Daten teilweise ohne nennenswerten Zeitverzug. Im Rahmen der Entwicklung des Gesamtkonzepts für ein Qualitätsportal sollten konkrete Möglichkeiten zur technischen und prozeduralen Verbesserung der Aktualität der Daten reflektiert und Empfehlungen formuliert werden. Dies würde zum Beispiel auch die Datenbasis der wichtigen Angaben zu Service und Ausstattung deutlich verbessern.

2.6 Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten umfassend adressieren sowie Zugangshürden durch die Verbindung mit bestehenden Angeboten verringern

Dass es für das Auffinden des Portals durch Nutzerinnen und Nutzer wichtig ist, möglichst vorne in der Google-Suche platziert zu werden, wird im Zwischenbericht zwar beschrieben, weitere Maßnahmen, um die Zugangshürden für Nutzerinnen und Nutzer möglichst gering zu halten, das Portal bekannter zu machen und Patientinnen und Patienten im Zusammenspiel mit anderen Informationsangeboten zu unterstützen, werden bisher jedoch nicht tiefergehend bearbeitet.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG – Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist in hohem Maße von Sektoren- und Anbietergrenzen geprägt. Dies führt zu einer Vielzahl von Problemen für Patientinnen und Patienten: Versorgungsbrüchen, Parallelstrukturen etc. Informationsangebote für Patienten sollten keinesfalls isoliert voneinander umgesetzt werden. Bei der Ausarbeitung des Gesamtkonzepts sollte die Patientenorientierung vielmehr in einer Weise zum Ausdruck kommen, dass auch Schnittstellen der Kommunikation einbezogen werden, und zwar so, dass die wechselseitigen Berührungspunkte im Konzept ausgearbeitet werden.

Bereits in der Beauftragung des Gesamtkonzepts ist die wichtige Verknüpfung des Qualitätsportals mit dem Nationalen Gesundheitsportal vorgesehen. In Anbetracht der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen sollte bei diesen Überlegungen auch die Einbindung des Portals in die elektronische Patientenakte (ePA) berücksichtigt werden. Bezüglich des Nationalen Gesundheitsportals haben entsprechende Überlegungen bereits begonnen. Ziel sollte es sein, dass Patientinnen und Patienten, die die ePA nutzen, situativ relevante Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen zur Verfügung gestellt werden. Etwa in dem Fall, dass eine Operation notwendig ist, eine Unterstützung bei der Krankenhaussuche durch das Qualitätsportal. Dieser Aspekt sollte dringend auch bei den zu formulierenden Weiterentwicklungsempfehlungen Berücksichtigung finden. Die beschriebenen Schnittstellen sollten in der Übersichtsdarstellung zum Kommunikations- und Informationsfluss wechselseitig einbezogen werden. Die Konzeptdarstellung sollte daher konkrete Nutzungspfade durchspielen und hierbei jeweils auch die Schnittstellen zu weiteren Patienteninformationen, wie beschrieben, zum Nationalen Gesundheitsportal, zur ePA sowie anderen relevanten Schnittstellen der Information, Kommunikation und medizinischen Versorgung berücksichtigen.

2.7 Ergebnis des Gesamtkonzepts sollte ein konkreter Fahrplan für die Konzeption und auch die Weiterentwicklung des Qualitätsportals sein

Im weiteren Projektverlauf sollte nicht nur die erste Umsetzung des Portals weiter konkretisiert werden, auch die Weiterentwicklungsbedarfe, die bisher zu vage im Bericht angesprochen werden, bedürfen im abschließenden Kapitel 14 des Berichts weiterer Konkretisierung. Wesentlich ist es hier, die wichtigsten Weiterentwicklungsbedarfe, etwa mit Blick auf die Datengrundlage und weiter zu realisierende Informationsmodule nicht nur zu benennen, sondern auch konkrete Zuordnungen und Handlungsempfehlungen sowie vorgeschlagene Prioritäten in der Umsetzung



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG – Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

zu formulieren. Das gilt zum Beispiel für das wichtige Thema der Versorgungsschwerpunkte, für Patientenbefragungen und außerdem für die für Patientinnen und Patienten wichtige Themenbereiche Ausstattung, Serviceangebote im Krankenhaus, Sicherheit und Personalausstattung. Die im Sinne der Patientinnen und Patienten notwendigen Weiterentwicklungsschritte, die sich aus der Erarbeitung des Gesamtkonzepts ergeben, sollten abschließend in einem Stufenplan konkret benannt werden. Dieser stellt dann, neben Erfahrungen aus der Praxis des Portals, die erste Grundlage für die schrittweise Weiterentwicklung des Portals dar.

Stellungnahme des RKI zum Zwischenbericht des IQTIG „Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“

Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme zu dem Zwischenbericht „Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“. Vor dem Hintergrund der aktuellen Coronapandemie haben wir uns entschlossen, dass wir eine kurze Stellungnahme verfassen und uns auf die Bereiche „nosokomiale Infektionen“, "postoperative Wundinfektionen" und "Krankenhausinfektionen" beschränken.

Den vom IQTIG vorgestellten Ergebnissen und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen der umfassenden Rechercharbeit, welche eine Literaturrecherche, Fokusgruppeninterviews und den Einsatz eines Expertengremiums beinhaltet können wir uns gut anschließen.

1. Wir kommen zu derselben Einschätzung wie das IQTIG und würden es für sehr sinnvoll erachten, wenn die noch in Prüfung befindlichen QS-Verfahren "Vermeidung nosokomialer Wundinfektionen" und "Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis" (G-BA 2020b) in das Portal aufgenommen werden sofern die Ergebnisse der Prüfung positiv ausfallen. Wir schließen uns also der Empfehlung des IQTIG an, welchen empfohlen hat, dass diese perspektivisch aufgenommen werden sollten wenn sie sich nach der Erprobung als sinnvoll erweisen.
2. In dem Zwischenbericht wird empfohlen die Bezeichnung "festgestellte Hygienemängel" durch einen anderen Ausdruck zu ersetzen. Vielleicht wäre folgende Bezeichnung günstiger: „unzureichende Umsetzung von Hygienevorschriften“.
3. Wir halten die Aufnahme des aus unserer Sicht sehr bedeutsamen Themas „Informationen zu nosokomialen Infektionen“ in dem Informationsportal für Patienten und Angehörige für wichtig und notwendig. Allerdings denken wir auch, dass es ein sehr komplexes Thema ist, welches sich nicht ohne weiteres anhand einer einfachen Darstellung von Daten/ Zahlen für abbilden lässt. Wir sehen auch, dass es zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich scheint dieses komplexe Thema, für den Laien einfach und verständlich darzustellen, insbesondere vor der Zielsetzung des Informationsportals, Patienten oder Angehörige bei der Wahl eines Krankenhauses für eine bestimmte Operation / Leistung zu unterstützen. Zu diesem Schluss kommen Sie auch in Ihrem Zwischenbericht. Allerdings sollte die Möglichkeit einer Aufnahme von Informationen zu „nosokomialen Infektionen“ in das GBA- Informationsportal in der Zukunft bestehen sofern es dazu neue wissenschaftliche Erkenntnisse in Deutschland gibt. Vielleicht wäre es auch überlegenswert, wenn das IQTIG eine Expertengruppe zu diesem Thema zusammenbringt und das vorhandene Wissen aufgearbeitet wird.



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Zwischenbericht

des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
zur Durchführung des Beteiligungsverfahrens nach § 137a Abs. 7 SGB V

Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

21. Oktober 2020

- **Der Verband der Privaten Krankenversicherung begrüßt die Entwicklung eines Qualitätsportals, durch das sich Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen in vergleichender Weise über Qualitätsinformationen der Krankenhäuser sowie weitere entscheidungsrelevante Aspekte informieren können.**
- **Die in unserer Stellungnahme aufgezeigten Anregungen können dazu dienen, die auf einem Qualitätsportal dargestellten Informationen noch näher an den Bedürfnissen und der Relevanz für Nutzer zu orientieren.**

I. Allgemeine Anmerkungen

Der Verband der Privaten Krankenversicherung begrüßt die Entwicklung eines Qualitätsportals, durch das sich Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen in vergleichender Weise über Qualitätsinformationen der Krankenhäuser sowie weitere entscheidungsrelevante Aspekte informieren können. Eine Weiterentwicklung der Qualitätsdarstellung über die Daten der Qualitätsberichte der einzelnen Krankenhäuser hinaus erscheint ebenso wünschenswert. Nach den bisher im Verfahrensablauf erfolgten Verzögerungen hoffen wir auf eine nun termingerechte Umsetzung des Qualitätsportals.

II. Zu ausgewählten Elementen des Zwischenberichts

Zum Bezug des Konzeptes auf noch nicht vorliegende Indikatorergebnisse

Vorschlag aus Zwischenbericht:

Der Zwischenbericht des IQTIG umfasst ein Konzept, das sich auf Indikatorergebnisse bezieht, die teilweise noch nicht existieren (z.B. einheitlich vorhandene Ergebnisse aus Patientenbefragungen). Im G-BA-Auftrag an das IQTIG vom 17.01.2019 wird dies in der Tat gefordert.

Bewertung:

Das Konzept bezieht sich auf vorliegende sowie noch nicht vorliegende Ergebnisse von Qualitätsindikatoren. Ein Konzept, das sich ausschließlich auf die derzeit im Qualitätsbericht abgebildeten Ergebnisse bezieht, wird jedoch nicht dargelegt. Die Beschaffung der vorgeschlagenen, ergänzenden Daten bis zum vorgesehenen Umsetzungsdatum für das G-BA-Qualitätsportal wird erfahrungsgemäß kaum möglich sein. Wie die Umsetzung eines G-BA-Qualitätsportals mit den aktuell im Qualitätsbericht vorhandenen Daten und Ergebnissen in dem vom G-BA vorgesehenen Zeithorizont erfolgen kann, bleibt jedoch unklar.

Zu 9.5.1.2: Art und Trägerschaft des Krankenhauses

Vorschlag aus Zwischenbericht:

Im Konzept wird vorgeschlagen, die Art der Trägerschaft (öffentlich, freigemeinnützig, privat) anzugeben.

Bewertung:

Die Tatsache, dass von Patienten die Trägerschaft als Surrogatparameter für Qualität wahrgenommen wird, kann nicht dazu dienen, dies in einem Qualitätsvergleich als solchen heranzuziehen. In welcher Weise daraus ein Qualitätsparameter werden könnte, wird im Konzept nicht dargestellt.

Zu 9.6.1.4: Ausstattung und Service

Vorschlag aus Zwischenbericht:

Das Kapitel 9.6.1.4 geht auf verschiedene Ausstattungs- und Serviceattribute und deren Patientenrelevanz in der Vorbereitung eines Klinikaufenthaltes ein.

Bewertung:

Wir befürworten es, dass der Aspekt Ausstattung und Service im Krankenhaus Gegenstand des Zwischenberichts ist. Nach unserer Einschätzung sind die Ausstattung des Krankenhauses, die Ausstattung der Patientenzimmer sowie weitere Service- und Hilfsangebote wie z.B. eine qualitativ anspruchsvolle Verpflegung, bei der auch besondere Essgewohnheiten berücksichtigt werden können, durchaus Qualitätsparameter, die für Patientinnen und Patienten von hervorzuhebender Bedeutung sind und bei der Wahl eines Krankenhauses relevant sein können. Daher sollten diese Aspekte im Konzept für das G-BA-Qualitätsportal berücksichtigt werden.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass Krankenhäuser in den letzten Jahrzehnten verstärkt in ihren Häusern organisatorische Wahlleistungseinheiten gefördert haben, in denen die unter Ziffer 9.6.1.4 angesprochenen Qualitätselemente bei Ausstattung und Service besonders hochwertig verwirklicht sind und die von Selbstzahlern in Anspruch genommen werden können. Solche Unterbringungsbereiche werden von Patientinnen und Patienten gezielt nachgefragt und als wesentlich, mitunter auch unentbehrlich, wahrgenommen. Es sollte daher im G-BA-Qualitätsportal Raum geschaffen werden, damit die Krankenhäuser ihr jeweiliges Wahlleistungsangebot darstellen können.

Zu 10.2.1.1: Definition des Konstruktes, insb. Definition des Versorgungsanlasses

Vorschlag aus Zwischenbericht:

Das Unterkapitel beschreibt, dass sich innerhalb des Qualitätsportals die Frage nach der fachlichen Auswahl der Qualitätsindikatoren für einen zu definierenden Versorgungsanlass stellt. Im Rahmen der ersten Umsetzung kann das IQTIG dies mit interner Expertise erbringen; für folgende Umsetzungsstufen soll auf externen Sachverstand zugegriffen werden.

Bewertung:

Warum das IQTIG in einer ersten Definition der Versorgungsanlässe selbst über eine entsprechende Expertise intern verfügt, über diese jedoch für die weitere Entwicklung des Portals nicht verfügt, wird nicht deutlich. Fachliche Expertise ist stets an die aktuellen medizinischen Erkenntnisse geknüpft. Es sollte dargestellt werden, inwiefern die Definition der Versorgungsanlässe von Anfang an von Experten mit einem entsprechenden, aktuellen praktischen und theoretischen Erfahrungshintergrund beigelegt werden.

Zu 11.3.3: Suchanlass und Suchfunktion auf der Website

Vorschlag aus Zwischenbericht:

Das Unterkapitel gibt einen ersten Eindruck von Suchanlässen sowie Suchfunktionen für Patientinnen und Patienten.

Bewertung:

Der PKV-Verband befürwortet die unter Ziffer 11.3.3 dargestellten Anforderungen an eine Suchfunktion. Darüber hinaus zeigen Erfahrungen mit anderen Portalen, dass zahlreiche weitere Funktionalitäten wichtig und zielführend für den Nutzer sind. Wünschenswert wären Aussagen zu Lösungen hinsichtlich einer Reihe von Funktionalitäten. Hier soll nur eine Auswahl aufgeführt werden:

- Soll der Nutzer den Suchradius eingrenzen können, je nachdem wie weit sein Handlungsradius ist?
- Wie soll die Suche für medizinische Laien gestaltet werden: können deutsche, anderssprachige oder umgangssprachliche Begriffe eingegeben werden und zu einem geeigneten Suchergebnis führen?
- Wie wird mit (bei medizinischen Laien zu erwartender) falscher Schreibweise von Begriffen im Rahmen der Suche umgegangen?
- Wie wird im Rahmen der Suche mit unterschiedlichen Bezeichnungen von medizinischen Fachgebieten umgegangen?
- Soll es möglich sein, sich geeignete Krankenhäuser im Rahmen einer Präferenzliste zu speichern?
- Sollen Suchen gespeichert werden und wenn ja, wie lange?
- Nach welchem Prinzip wird die „vergleichende Liste“ sortiert, falls mehrere Krankenhäuser dasselbe Ergebnis erzielen? Werden verschiedene Sortierkriterien angeboten (Entfernung zum Suchort, Krankenhaustyp, Fallzahl...)?
- In welcher Weise werden Krankenhäuser mit kleinen Fallzahlen oder wenn nicht alle Indikatoren für eine Darstellung bedient werden, in einer vergleichenden Ansicht dargestellt?

Zu Anhang, Ziffer 3.3: Heilmittel, insb. Physiotherapie

Vorschlag aus Anhang zum Zwischenbericht:

Der Bereich Heilmittel, insb. Physiotherapie, wird im Zwischenbericht kaum behandelt (einzige Erwähnung im Anhang unter Ziffer 3.3 auf S. 377). Das Expertengremium erachtet diesen Aspekt als weniger wichtig bzw. nicht auf dem Portal erwähnenswert, „da dieses Thema vor dem Krankenhausaufenthalt kaum nachgefragt werde bzw. bei Nachfrage nicht die generelle Verfügbarkeit im Fokus stehe, sondern die Frage nach dem tatsächlichen Erhalt der Therapie im individuellen Fall.“

Bewertung:

Die Ausgestaltung einer Therapie im Individualfall ist aus unserer Sicht weder Gegenstand noch Ziel eines Qualitätsportals; vielmehr sollte ein solches Portal generelle oder aggregierte Informationen über Verfügbarkeiten bzw. Vorhaltung sowie Qualitätsparameter liefern und einen fairen Vergleich zwischen Krankenhäusern zur individuellen Entscheidungsfindung ermöglichen, weswegen die Abbildung von Heilmitteln ausreichend dargelegt werden sollte. Die Festlegung der Therapie bleibt dann dem jeweiligen Behandlungsfall vorbehalten. Bei der Krankenhaussuche kann die grundsätzliche Verfügbarkeit von Heilmitteln jedoch für Patientinnen und Patienten ein relevantes Kriterium darstellen, um herauszufinden, ob derartige Heilmittel an einem Krankenhaus überhaupt vorgehalten werden. Je nach Indikation wird bereits während der stationären Behandlung und oft sehr frühzeitig z.B. eine Physiotherapie eingesetzt und ist von wesentlicher Bedeutung für den weiteren Behandlungserfolg. So ist beispielsweise bei Behandlungsfällen im Bereich der Traumatologie (Verletzungen von Knochen, Muskeln, Sehnen, Einsatz künstlicher Gelenke) oder der Neurologie der frühe Einsatz von Physiotherapie mittlerweile ein häufig ratsames und typisches Vorgehen. Daher wird empfohlen, im Qualitätsportal Informationen hierzu bereitzustellen, sowohl zum Leistungsangebot als auch zur quantitativen Personalausstattung in diesem Bereich.