

## **DNVF-Stellungnahme vom 09.01.2015 zu**

### **„Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Version 4.0“ des AQUA Instituts**

erarbeitet von der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung (AG QPSF) unter Federführung von Herrn Prof. Dr. Max Geraedts, Witten/Herdecke

**Vorbemerkung:** *Das AQUA Institut hat am 13. November 2014 die vierte Version der Dokumentation vorgelegt, die die allgemeinen Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V beschreibt. Relevante Organisationen im Gesundheitswesen wurden aufgefordert, eine Stellungnahme zur vierten Version vorzulegen. Mitglieder der AG Qualität- und Patientensicherheitsforschung (AQPF) des DNVF e.V. haben das Dokument einer Prüfung unterzogen, deren Ergebnisse hier berichtet werden. Diese Prüfung erfolgte unter der Rahmenbedingung, dass ab 2016 die Aufgaben des AQUA Instituts durch das neu zu gründende Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) übernommen werden sollen. Dem neuen Institut obliegt es sicherlich, auf der Basis der Vorarbeiten des AQUA Instituts die methodische Vorgehensweise zu überdenken. Insofern erfolgte die Prüfung nur cursorisch.*

---

**Allgemeine Anmerkungen:** Die vorliegende vierte Version stellt größtenteils eine Neuordnung bereits in der dritten Version vorhandener Themenstellungen dar. Hinzu kommt, dass Begrifflichkeiten vereinheitlicht und Klarstellungen eingefügt wurden, Anpassungen an Gesetzesänderungen und zwischenzeitlich vorgelegte Ergebnisse (Sektorübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren bei Arthroskopien, Verwendung von Sozialdaten der Krankenkassen) vorgenommen wurden.

**Spezielle Anmerkungen:** Im ersten Kapitel fällt die Verwendung des Benchmarkingbegriffs auf, wobei hier nur die sehr eingeschränkte Wortbedeutung des übergreifenden Qualitätsvergleichs genutzt wird, während international die Konnotation des „Von-den Besten-Lernens“ auf der Basis von Struktur- und Prozessanalysen der jeweils Besten immer mitgedacht wird. Hier würde sich eine Erweiterung des Begriffsverständnisses lohnen.

Im zweiten Kapitel (S. 30-31) sollte überdacht werden, inwiefern bei sektorübergreifenden Qualitätsvergleichen bei der Datvalidierung eine 5 % Stichprobe von Krankenhäusern und Arztpraxen vorgenommen werden soll, die aber gleichzeitig nur 100 Leistungserbringer bzw. 2000 Fälle umfassen soll. Bei Eingriffen, die in einer Vielzahl von Arztpraxen bzw. Krankenhäusern erfolgen, werden also niemals 5 % erreicht, sondern nur ein Bruchteil davon. Wie die Leistungserbringer dann ausgewählt werden, sollte klargestellt werden. Eine Aufgabe der Zukunft, die bisher nur unzureichend erledigt wurde, sehen wir im Bereich Systempflege (Seite 34). Weiterhin offen bleibt die Überarbeitung des existierenden Qualitätsindikatorensets in der Hinsicht, dass diejenigen Indikatoren gestrichen werden sollten, bei denen nur noch ein klinisch irrelevantes Verbesserungspotenzial besteht. Dies ist inzwischen für eine Vielzahl von Indikatoren der Fall. Zudem wurde auf Seite 39 die Einbeziehung von Fokusgruppen von Patienten bei der Indikatorenentwicklung gestrichen. Dies sollte begründet werden.

Im Kapitel drei sind keine wesentlichen Neuerungen festzustellen, bei Kapitel vier denken wir, dass dies eine Aufgabe sein wird, bei dem das IQTiG sicher neue Akzente setzen wird. Jedoch wird die hier vorgelegte weitgehende Überarbeitung bzw. Neusortierung eine gute Grundlage für diese Aufgabe darstellen.

In Kapitel fünf und sechs sehen wir ebenfalls keine wesentlichen Neuerungen. Im Kapitel sieben wird bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente vor allem eine sehr gute Beschreibung für die Entwicklung von Erhebungsinstrumenten zu Patientenbefragungen vorgelegt, die wir sehr begrüßen.

Im Hinblick auf Kapitel acht teilen wir die Ansicht, dass zusätzlich zu der Bewertung von Qualitätsindikatoren durch ein Expertenpanel eine weitere Evaluation im Regelbetrieb notwendig ist. Dies gilt insbesondere für Qualitätsindikatoren, die für die öffentliche Berichterstattung genutzt werden. Der Prozess der Evaluation im Regelbetrieb sollte expliziter und transparenter dargestellt werden, ebenso wie der Umgang mit möglicherweise weniger überzeugenden Evaluationsergebnissen. Es sollten a priori Minimalkriterien für die Evaluation definiert werden, deren Nichterfüllung das Aussetzen des Indikators zur Folge hätte. Die Ergebnisse der Evaluation sollten allgemein zugänglich und transparent sowohl qualitativ als auch quantitativ aufbereitet werden. In die Bewertung der Klarheit/Verständlichkeit sollten nach unserer Auffassung unbedingt Patientenvertreter eingebunden werden, insbesondere in Bezug auf Qualitätsindikatoren für die öffentliche Berichterstattung. Es wird begrüßt, dass die Praktikabilität von Qualitätsergebnissen zu zwei Zeitpunkten bewertet werden soll. Insbesondere die zweite Überprüfung der Praktikabilität in der Erprobungsphase erscheint wichtig und sollte möglichst verpflichtend erfolgen.

„Verkürzte“ Auswahl- und Bewertungsprozesse (8.4) sollten nach unserer Einschätzung aber nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden und es sollte klarer beschrieben werden, aus welchen Gründen ein verkürztes Verfahren genutzt wird. Für jeden Qualitätsindikator sollte angegeben werden, ob er anhand des „klassischen“ oder „verkürzten“ Auswahl- und Bewertungsprozess entwickelt wurde.

Im Kapitel neun sehen wir ebenfalls Bereiche, die das IQTiG aufgreifen wird. Kapitel zehn umfasst eine sehr gut nachvollziehbare neue Sortierung aus vor malig vorhandene Material, wobei hier nochmals der Hinweis gegeben werden soll, dass die Prüfung der Diskriminationsfähigkeit alleine auf der Basis statistischer Verfahren ohne die Betrachtung inhaltlicher Aspekte zu kurz greift.

Die im Kapitel elf angestellten Überlegungen zum Qualitätsindex sind zu begrüßen. Zuletzt ist zu erwähnen, dass wir den Bereich der im Kapitel zwölf angesprochenen Qualitätsberichterstattung als wesentliche Aufgabe des IQTiG ansehen, wobei wir hier gerade im Bereich der Laien-verständlichen Darstellung, aber auch der handlungsmotivierenden Darstellung für Leistungserbringer noch großes Entwicklungspotenzial sehen.

---

**Kontakt:**

DNVF e.V.  
c/o IMVR  
Eupener Str. 129  
50933 Köln  
Tel. 0221-478-97115  
Email: [dnvf@uk-koeln.de](mailto:dnvf@uk-koeln.de)

**Ansprechpartner:**

Prof. Dr. Max Geraedts  
Institut für Gesundheitssystemforschung  
der Universität Witten/Herdecke  
Tel. +49 (0) 2302 926-770  
max.geraedts@uni-wh.de