

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

An
IQTIG
Katharina-Heinroth-Ufer 1
D-10787 Berlin

Per Mail an: : PlanQI@iqtig.org
cc: AWMF

**Stellungnahme zum wissenschaftlichen Vorbericht des IQTIG
„Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“**

Das IQTIG fokussiert in seinem Vorbericht auftragsgemäß auf die Neu- und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren für die verschiedenen Planungszwecken der Zulassung, der Auswahl und der Intervention. In die Betrachtung wurde die Eignung von Versorgungsbereichen unter dem Aspekt der Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten betrachtet sowie weiterer Kriterien ermittelt. Für Grundleistungsbereiche wurden, am Beispiel der Fachgebiete der Viszeral- und Unfallchirurgie ausgeführt, spezifische Leistungsbündel identifiziert. Hierzu wurden die Weiterbildungsordnungen und die OPS-Kodes herangezogen. Für die Eignung und Neuentwicklung wird die Entwicklung eines Qualitätsmodells und nachfolgende Ableitung von patientenrelevanten Qualitätsaspekten sowie die Einbeziehung der Planungszwecke vorgeschlagen. Dabei ist dann auch die erwartete Qualitätsdifferenzierung zu erzielen. Für die Verbindung von Krankenhausplanung und Qualitätssicherung werden eine leistungsorientierte Krankenhausplanung und alternativ die Bildung von Qualitätsindices vorgeschlagen. Für die Evaluation werden begleitende Maßnahmen vorgeschlagen, um auch den Ausgangspunkt und die Entwicklung erfassen zu können.

Aus Sicht der GQMG sind nachstehende Aspekte auffällig bzw. zu adressieren:

Bei der Einbindung von Expertinnen und Experten wären eine breitere Aufstellung und insbesondere die Beteiligung der Versorgungsforschung wünschenswert gewesen.

Das IQTIG stellt im ersten Absatz der Zusammenfassung die grundsätzliche Eignung von Qualitätsindikatoren der derzeit etablierten Qualitätssicherung für Planungszwecke fest, diese Aussage wird nicht belegt.

„Allgemein wurden Bereiche, bei denen für Leistungserbringer Fehlanreize im System der diagnosebezogene Fallgruppen (diagnosis related groups, DRG) bestünden, sodass sie ihr Versorgungsangebot über das erforderliche Maß ausweiten wollten, für die Krankenhausplanung als relevant bezeichnet“. Die Krankenhausplanung muss notwendigerweise langfristig erfolgen, während das DRG-System sich kurzfristig ändern kann. So wurden z. B. im Jahr 2017 erstmalig DRGs, mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen in Abhängigkeit der Median-Fallzahl definiert. Konkret versucht das InEK eine sachgerechte Vergütung durch kurzfristige Anpassungen des DRG-Systems sicher zu stellen. Daher scheint dieses Kriterium nicht geeignet zu sein für die langfristig angelegte Krankenhausplanung.

Die Fachgebiete der Unfall- und Viszeralchirurgie wurden exemplarisch herangezogen, um die Methodik zur Identifizierung von Grundleistungsbereichen der stationären Versorgung zur Anwendungsplanung relevanter Indikatoren darzustellen, weshalb gerade diese Bereiche gewählt wurden, ist mindestens in der Zusammenfassung nicht beschrieben.

Die beschriebene Methodik ist nur für Fachgebiete nutzbar, deren Leistungen sich zum überwiegenden Teil über spezifische OPS Codes abbilden lassen. Die Überlappung zu anderen Fachgebieten sollte somit möglichst gering sein. Hierbei ist zu hinterfragen, wie Einheiten abgebildet werden können, die schwerpunktmäßig einem interdisziplinären Ansatz folgen (Zentren), da hierbei die Methodik nur einen Teilbereich erfassen könnte. Der Ansatz ist, orientiert sich an einem recht traditionellen Bild der Versorgung, was vor dem Hintergrund der verwendeten Grundlagen nachvollziehbar ist. Hierbei besteht allerdings das Risiko, die Zementierung nicht mehr zeitgemäßer Abgrenzungen von Versorgungsbereichen zu fördern.

Es wird festgestellt, dass sich sowohl Qualitätsmodelle zum ausschließlichen Zweck der Krankenhausplanung wie auch solche, die sowohl für Planung als auch für Qualitätsförderung verwendet werden können (in großen Teilen angelehnt an das vom IQTIG 2017 beschriebene methodische Vorgehen) entwickeln lassen. Ohne diese Aussage detailliert zu analysieren muss hier das Risiko adressiert werden, bei der Vermischung dieser beiden Anwendungszwecke die bekannten Limitationen der aktuellen PlanQI fortgeführt werden.

Die Heranziehung von Strukturqualitätsanforderungen kann problematisch sein und sich potenziell negativ auf die Versorgungssituation auswirken bzw. in ein Dilemma führen: Dies zeigt sich aktuell an den personellen Mindestanforderungen im Bereich der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL. Im Bericht zur Qualitätssicherungs-Richtlinie des G-BA vom 20. September 2018 wird festgestellt: „Von den auf der Webseite www.perinatalzentren.org dargestellten 215 Perinatalzentren haben den Berichten nach insgesamt 180 Perinatalzentren, davon 150 Level 1 und 30 Level 2-Zentren, gegenüber dem G-BA gemeldet, die Anforderungen an die pflegerische Versorgung nicht zu erfüllen.“ Als Begründung ist u. a. eine fehlende Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal am Arbeitsmarkt angeführt.

Die strikte Einhaltung der Anforderungen fördert vermehrte Verlegungen der Frühgeborenen. Ob dies zu einer verbesserten Versorgungsqualität führt, darf bezweifelt werden.

Die Abgrenzung von Qualitätsförderung und interventioneller Planung ist unscharf und bietet den Ausblick, dass Qualitätsförderung über Sanktionen und damit erst bei kritischer Qualität bzw. Unterschreitung eines Mindeststandards greifen könnte. Für die Bereiche Zulassung und Auswahl sind eigene Modelle besser, da man hierfür primär Standards und Definitionen für gute Qualität benötigt (bei eingeschränktem Angebot an Zulassungsinteressierten auch Mindeststandards) und Ansätze zur Qualitätsförderung sich eher aus dem Monitoring nach erfolgter Zulassung/Auswahl ergeben. Diese Förderungsansätze betreffen dann meistens nur Teilaspekte des Leistungsportfolios.

Als für eine differenzierte Beurteilung von Qualität am besten geeignet identifiziert wird ein Qualitätsmodell, das sowohl quantitative wie auch qualitative Bewertungen und eine gemeinsame Betrachtung mehrerer Indikatoren unter Verwendung eines prospektiv entwickelten Algorithmus und prospektiv festgelegter Bewertungskriterien beinhaltet. Ein solch komplexes Modell birgt die Gefahr, dass die hieraus abgeleiteten Ergebnisse nicht mehr nachvollzogen werden können und sollte unbedingt einer seriösen und ausreichend umfangreichen Testung unterzogen werden, bevor es im Bereich der Krankenhausplanung zur Anwendung kommt. Es gibt bisher im deutschen Gesundheitswesen kein ausreichend evaluiertes und in Bezug auf klar definierte Ziele erfolgreiches Modell auf das man zurückgreifen könnte. Vorgesaltet wird man bzgl. der Einzelaspekte um eine klare Definition der Qualität von gut, ausreichend und schlecht nicht herumkommen und müsste sich auch zur Gewichtung der Einzelaspekte positionieren. Die rechnerischen Auswirkungen dieser Aspekte im Algorithmus sollten intensiv für alle relevanten Verteilungsszenarien und Mengengerüste getestet werden, da hierbei erhebliche Überraschungen möglich sind.

Die Notwendigkeit eines Evaluationsmodells wird auch vom IQTIG herausgestellt, dies ist unbedingt zu begrüßen, die Notwendigkeit einer sinnvollen Machbarkeitsprüfung und Anwendungstestung findet ebenfalls Erwähnung, hierzu wäre eine konkretere Ausformulierung wünschenswert.

In dem vorliegenden Vorbericht findet der Begriff der in „erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ mehrfach Erwähnung, was sich aus den Formulierungen im KHG herleitet. Das Gesetz fordert als Voraussetzung für Konsequenzen bzgl. des Feststellungsbescheides eine nicht nur vorübergehend unzureichende Qualität. Dies wirft zum einen die Frage auf, wie diese zu definieren und bei Kleinmengenproblematiken seriös abzugrenzen ist und zum anderen wie lange man eine Situation, die man als eindeutig patientengefährdend erkannt hat, hinnehmen kann, um festzustellen, dass sie nicht nur vorübergehend besteht.

Bei Orientierung an der Sozialgesetzgebung wäre für Zulassungszwecke eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Qualität für jeden betrachteten Themenbereich zu definieren, jeweils allgemein und speziell orientiert an der jeweiligen Versorgungsstufe.

Eine Entwicklung von Qualitätsaussagen durch Ergebnisvergleich ist im Bereich der Planung und für den Bereich der Intervention ungeeignet. Hierfür sind klare Zielaussagen erforderlich. Im Bereich der Auswahl kann man auf die besten Ergebnisse im Vergleich zurückgreifen, wenn bei allen Beteiligten Konsens darüber besteht, dass das verwendete Indikatorenset geeignet ist, gute Qualität zu messen.

Fazit. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Vorbericht ein sehr komplexes Gebiet in detaillierter Weise analysiert. Die Tragfähigkeit der vorgestellten Lösungsansätze, an einzelnen Beispielen und Problemstellungen ausgeführt, bleibt offen. Vielmehr noch, es ist fraglich, ob die gewählten Ansätze den aktuellen Entwicklungen und Notwendigkeiten einer zukunftsorientierten Krankenhausplanung und qualitätsorientierten, patientenzentrierten und wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung und des Einzelnen gerecht wird, sondern vielmehr herkömmliche Strukturen der Leistungserbringung und Denkweisen zementiert.

Düsseldorf, den 07.11.2018

Für den Vorstand

Prof. Dr. med. Ralf Waßmuth
(Mitglied des GQMG Vorstands)

Anlage: IQTIG Formblatt zur Stellungnahme