

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung der Abschlussberichte des IQTIG zur qualitätsabhängigen Vergütung mit Zu- und Abschlägen gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. Abs. 9 SGB V

Vom 17. Oktober 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Oktober 2019 beschlossen, die Abschlussberichte des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom 13. November 2017 zu Schritt 1 (**Anlage 1**) sowie vom 31. Januar 2019 zu Schritt 3 der Beauftragung vom 20. Oktober 2016 (**Anlage 2**) zur Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 17. Oktober 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Qualitätsorientierte Vergütung Teil 1

Abschlussbericht V1.2 zum Auftrag
Qualitätszu- und -abschläge, Schritt 1

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 13. November 2017

Impressum

Thema:

Qualitätsorientierte Vergütung Teil 1 – Abschlussbericht V1.2 zu Schritt 1 des Auftrags
Qualitätszu- und -abschläge (QZAb)

Ansprechpartnerin:

Dr. Dagmar Hertle

Dieser Bericht wurde unter Beteiligung der Abteilungen und Fachbereiche Biometrie, Methodik, Sozialdaten, Verfahrensentwicklung, Verfahrensmanagement und Wissensmanagement erstellt.

Vertraulichkeitshinweis:

Dieser Bericht ist durch Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses so lange vertraulich, bis dieser seine Entscheidung zu diesem Verfahren getroffen hat.

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

20. Oktober 2016; Änderung des Beschlusses zur Beauftragung: 21. September 2017

Datum der Abgabe:

6. Oktober 2017, redaktionelle Änderungen am 13. November 2017

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

Tabellenverzeichnis.....	8
Abbildungsverzeichnis.....	10
Vorwort zum Abschlussbericht V1.2	12
Glossar zu qualitätsorientierter Vergütung	13
Abkürzungsverzeichnis.....	15
1 Zusammenfassung.....	18
2 Einführung: Qualitätsorientierte Vergütung	22
2.1 Hintergrund.....	22
2.2 Wichtige Parameter von Projekten mit qualitätsorientierter Vergütung.....	24
2.2.1 Zielsetzung.....	24
2.2.2 Wahl des Versorgungsbereichs	24
2.2.3 Präzise Beschreibung der angestrebten Qualität.....	25
2.2.4 Adressat der Zu- bzw. Abschläge	25
2.2.5 Zeitliche Gestaltung der Vergütung	26
2.2.6 Höhe der Zu- und Abschläge	26
2.3 Wirksamkeit: Effekte und Evidenz	26
2.3.1 Recherchegrundlage	26
2.3.2 Ergebnisse zur Wirksamkeit (national und international)	27
2.3.3 Stand von P4P in Deutschland.....	28
3 Auftrag.....	29
3.1 Gesetzliche Grundlagen	29
3.2 Auftrag durch den G-BA	30
3.3 Auftragsverständnis des IQTIG.....	32
3.3.1 Auftragsvoraussetzungen.....	32
3.3.2 Auftragsrelevante Zusammenhänge mit der geplanten einheitlichen Rahmenrichtlinie <i>Datengestützte Qualitätssicherung</i>	34
3.3.3 Übergeordnete Bewertung <i>unzureichender</i> und <i>außerordentliche guter</i> Qualität.....	35
3.3.4 Erster Erprobungsschritt	35
3.3.5 Empfehlung einer geeigneten Leistung / eines geeigneten Leistungsbereichs	35

3.3.6	Zusammenhang zum Abrechnungssystem (DRG-Anschluss).....	35
4	Methodik	37
4.1	Prüfkriterien auf der Ebene der Leistungsbereiche	37
4.1.1	Anforderungen an die Erfahrungsgrundlage mit dem Verfahren.....	37
4.1.2	Überschneidung mit anderen Vergütungsmodellen mit qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen und/oder regulativen QS- Verfahren	38
4.1.3	Direkte vs. indirekte Verfahren	38
4.1.4	Verbesserungspotenzial des zu empfehlenden Leistungsbereichs.....	39
4.1.5	Anforderung an das Indikatorenset des zu empfehlenden Leistungsbereichs	40
4.2	Prüfkriterien für Qualitätsindikatoren	41
4.2.1	Reife im Regelbetrieb.....	42
4.2.2	Risikoadjustierung	43
4.2.3	Inhaltliche Bewertung	44
4.2.4	Evidenzprüfung von Prozessindikatoren und Indikatoren, die Surrogat- Ergebnisse abbilden	44
4.2.5	Zusammenfassung: Eignungskriterien nach Reihenfolge ihrer Anwendung	48
4.2.6	Limitationen der Qualitätsindikatorenprüfung.....	48
4.3	Bewertungskonzept	49
4.3.1	Grundsätzliche Entwicklungsschritte der Index-Bildung.....	49
4.3.2	Entwicklung eines theoretischen Indexmodells.....	50
4.3.3	Variablenselektion.....	50
4.3.4	Wahl der Aggregationsmethode und Normalisierung	50
4.3.5	Gewichtung	51
4.3.6	Indexevaluation.....	51
5	Einbindung von externen Expertinnen und Experten	52
5.1	Erstes Expertentreffen	52
5.2	Zweites Expertentreffen	52
5.3	Externes Stellungnahmeverfahren.....	53
6	Anwendung der Prüfkriterien auf die Verfahren der esQS.....	54
6.1	Prüfung auf Leistungsbereichsebene.....	54
6.1.1	Erfahrungsgrundlage mit dem Verfahren	55

6.1.2	Überschneidung mit anderen regulatorischen Verfahren	55
6.1.3	Direkte versus indirekte Verfahren für Qualitätszu- und -abschläge in Schritt 1	56
6.1.4	Verbesserungspotenzial	56
6.1.5	Indikatorenset	57
6.1.6	Verbleibende Leistungsbereiche	57
6.2	Prüfung der Qualitätsindikatoren	57
6.2.1	Indikatorenprüfung im Leistungsbereich <i>Ambulant erworbene Pneumonie</i>	57
6.2.2	Indikatorenprüfung in den Leistungsbereichen <i>Herzschrittmacherversorgung und Implantierbare Defibrillatoren</i>	58
6.2.3	Indikatorenprüfung im Leistungsbereich <i>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</i>	68
6.2.4	Indikatorenprüfung der herzchirurgischen Leistungsbereiche	74
7	Ergebnisse zur Empfehlung eines Leistungsbereichs für das Verfahren qualitätsabhängige Zu- und Abschläge	84
7.1	<i>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</i>	84
7.1.1	Indikatorenset für Qualitätszu- und -abschläge	84
7.1.2	Entwicklungen im Leistungsbereich	85
7.1.3	Entwicklungen auf Ebene der Qualitätsindikatoren	86
7.2	Herzchirurgische Leistungsbereiche	89
7.2.1	Indikatorenset für Qualitätszu- und -abschläge	89
7.2.2	Entwicklungen im Leistungsbereich und auf der Ebene der Qualitätsindikatoren	89
7.3	Vergleich <i>direkter vs indirekter</i> Leistungsbereich	90
8	Bewertungskonzept	93
8.1	Grundzüge des Bewertungskonzepts	93
8.1.1	Bewertung von Qualität im Rahmen der QSKH-RL	93
8.1.2	Herleitung der Qualitätszu- und -abschläge aus den laufenden QS-Verfahren	94
8.1.3	Indexbildung für Qualitätszu- und -abschläge	94
8.1.4	Die Abgrenzbarkeit von <i>außerordentlich guter</i> und von <i>unzureichender</i> Qualität	95
8.2	Das theoretische Indexmodell	97

8.2.1	Indexmodell für Abschläge.....	98
8.2.2	Indexmodell für Zuschläge	100
8.2.3	Prozessmodell für die Berechnung von Zu- und Abschlagsindizes	104
8.2.4	Datenmodell für die Indexbildung	107
8.3	Formale Umsetzung des Indexkonzepts mit Normalisierung der Komponenten zur Aggregation auf Ebene der Leistungserbringer	108
8.3.1	Berechnung der Abschlagswerte auf Indikatorebene für Anteilswerte	109
8.3.2	Berechnung der Abschlagswerte auf Indikatorebene für O/E Indikatoren	111
8.3.3	Berechnung der Zuschlagswerte auf Indikatorebene für Anteilswerte.....	113
8.3.4	Berechnung der Zuschlagswerte auf Indikatorebene für O/E-Indikatoren	114
8.3.5	Berechnung der Indexparameter, wenn höhere Ereignisraten mit einem besseren Ergebnis einhergehen	116
8.3.6	Indexbildung: Aggregation und Gewichtung der Komponenten zum Zu- und Abschlagsindex.....	118
8.4	Modellrechnung für den Leistungsbereich <i>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</i>	122
8.4.1	Auswahl der Variablen für den Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	122
8.4.2	Berechnung der Indizes für den Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung nach Strukturiertem Dialog.....	125
8.5	Modellrechnung für die Leistungsbereiche der <i>Herzchirurgie</i> nach Strukturiertem Dialog	140
8.5.1	Auswahl der Variablen für die Leistungsbereiche der <i>Herzchirurgie</i>	140
8.5.2	Berechnung der Indizes für die Leistungsbereiche der <i>Herzchirurgie</i> nach Strukturiertem Dialog.....	142
9	Verfahrensumsetzung	153
9.1	Übersicht über den Verfahrensablauf.....	153
9.2	Anlehnung an die QSKH-Richtlinie	154
9.3	Datenvalidierungskonzept	155
9.3.1	Stichprobenverfahren (Datenvalidierung 1)	155
9.3.2	Zusätzliche Datenvalidierung (Datenvalidierung 2)	156
9.4	Stellungnahmeverfahren/Strukturierter Dialog.....	156
9.4.1	Ziel des Stellungnahmeverfahrens.....	157
9.4.2	Bewertungsverlauf	157

9.4.3	Fachkommission.....	160
9.4.4	Weiteres Vorgehen	160
9.5	Aufgaben, Akteure und zeitlicher Ablauf.....	161
9.5.1	Aufgaben der Krankenhäuser	162
9.5.2	Aufgaben der auf Landesebene beauftragten Stellen	162
9.5.3	Aufgaben des IQTIG.....	163
9.5.4	Aufgaben des G-BA.....	166
9.6	Zeitliche Abläufe	166
9.6.1	Zeitlicher Verfahrensablauf.....	166
9.6.2	Auswertungsrhythmus	171
9.7	Abgrenzung QZAb und plan.QI.....	171
9.8	Berichtswesen	171
9.8.1	Nicht-öffentliche Berichterstattung:.....	171
9.8.2	Öffentliche Berichterstattung	172
9.9	DRG-Zuordnung.....	172
9.9.1	Vorgehensweise	172
9.9.2	Ergebnisse für den Leistungsbereich <i>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</i>	173
9.9.3	Ergebnisse für die herzchirurgischen Leistungsbereiche	181
10	Ausblick	187
10.1	Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Leistungsbereich <i>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</i>	187
10.2	Weiterentwicklungsmöglichkeiten in den herzchirurgischen Leistungsbereichen	187
10.3	Bis zum Regelbetrieb.....	187
10.4	Evaluation und Begleitforschung	187
10.5	Die weiteren Schritte der Beauftragung	188
	Literatur.....	189

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Elemente und Ausgestaltungsmöglichkeiten des beauftragten Verfahrens.....	33
Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien	46
Tabelle 3: Einschlusskriterien für Systematische Reviews	46
Tabelle 4: Eignungskriterien nach Reihenfolge ihrer Anwendung.....	48
Tabelle 5: Übersicht über die Ergebnisse der Prüfung auf Leistungsbereichsebene:	
Ausgeschlossene Leistungsbereiche	54
Tabelle 6: Indikatorenprüfung Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher- Implantation.....	59
Tabelle 7: Indikatorenprüfung Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher Aggregatwechsel.....	62
Tabelle 8: Indikatorenprüfung Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation.....	63
Tabelle 9: Indikatorenprüfung Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	64
Tabelle 10: Indikatorenprüfung Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	66
Tabelle 11: Indikatorenprüfung Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation.....	66
Tabelle 12: Indikatorenprüfung im Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.....	71
Tabelle 13: Indikatorenprüfung Koronarchirurgie, isoliert	77
Tabelle 14: Indikatorenprüfung LB Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell chirurgisch.....	79
Tabelle 15: Indikatorenprüfung Aortenklappenchirurgie, isoliert - kathetergestützt	81
Tabelle 16: Indikatorenprüfung LB Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	82
Tabelle 17: Für die Index-Entwicklung Qualitätszu- und -abschläge verbleibendes Indikatorenset.....	85
Tabelle 18: Indikatorenset für Qualitätszu- und -abschläge: Herzchirurgische Leistungsbereiche	89
Tabelle 19: Zusammenfassende Einschätzung der Leistungsbereiche Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung und Herzchirurgie	92
Tabelle 20: Bundesweite Ergebnisse der zu berücksichtigenden Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2015.....	124
Tabelle 21: Anzahl qualitativ auffälliger Krankenhausstandorte bei rechnerisch auffälligem Ergebnis pro Indikator.....	126
Tabelle 22: Bundesweite Ergebnisse der zu berücksichtigenden Qualitätsindikatoren der herzchirurgischen Leistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2015	142
Tabelle 23: Anzahl qualitativ auffälliger Standorte bei rechnerisch auffälligem Ergebnis pro Indikator.....	143
Tabelle 24: Mehrjährige Darstellung des Verfahrensablaufs	167

Tabelle 25: QS-auslösende Prozeduren des Leistungsbereichs Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung; nach Einschluss- und verwendeter OPS sowie Anzahl der Eingriffe.....	174
Tabelle 26: OPS-selektierte Prozeduren (n=7) mit Beschränkung auf die drei am häufigsten resultierenden DRGs je Prozedur.....	176
Tabelle 27: Anzahl und Anteil der Fälle mit einer der selektierten Prozeduren sowie Anteil der QS-auslösenden Prozeduren	177
Tabelle 28: Fälle mit einer QS-auslösenden Diagnose nach den jeweiligen Hauptdiagnosen (ICD-10; Spezifikation 2015) – DRG-Statistik 2015	178
Tabelle 29: Anzahl und Anteil der Fälle mit einer der drei selektierten Hauptdiagnosen nach den acht selektierten DRGs (> 1.000 Fälle je Hauptdiagnose).....	179
Tabelle 30: Anzahl und Anteil selektierter Diagnosen nach DRG Zuordnung.....	180
Tabelle 31: QS-auslösende Prozeduren des Leistungsbereichs Herzchirurgie; nach Einschluss- und verwendeter OPS sowie Anzahl der Eingriffe	181
Tabelle 32: OPS-selektierte Prozeduren (n=8) mit Beschränkung auf die drei am häufigsten resultierenden DRGs je Prozedur.....	185
Tabelle 33: Anzahl und Anteil der Fälle mit einer der selektierten Prozeduren sowie Anteil der QS-auslösenden Prozeduren	186

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Migration der Leistungsbereiche 2014/2015	86
Abbildung 2: Übernahme der Indikatorenergebnisse durch das Verfahren Qualitätszu- und - abschläge	97
Abbildung 3: Darstellung unzureichender Qualität bei Indikatoren, bei denen das möglichst häufige Auftreten erwünschter Ereignisse gemessen wird (z.B. Antibiotikaprophylaxe)	99
Abbildung 4: Darstellung unzureichender Qualität bei Indikatoren, bei denen die Häufigkeit des Auftretens unerwünschter Ereignisse gemessen wird.....	100
Abbildung 5: Darstellung positiver Abweichung bei Indikatoren, bei denen das möglichst häufige Auftreten erwünschter Ereignisse gemessen wird	103
Abbildung 6: Darstellung positiver Abweichung bei Indikatoren, bei denen das Auftreten unerwünschter Ereignisse gemessen wird	104
Abbildung 7: Prozessschritte zum Ermitteln der Zu- und Abschlagsindizes	106
Abbildung 8: Datenzusammenhänge zur Ermittlung der Zu- und Abschlagsindizes	107
Abbildung 9: Verwendung der Qualitätsindikatoren für Zu- und Abschlagsindex	125
Abbildung 10: Anzahl Qualitätsindikatoren mit qualitativ auffälligem Ergebnis oder Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation nach Krankenhausstandort.....	126
Abbildung 11: Ergebnisse des Indexparameter für Abschläge A_{qk} beim Indikator 54030 Präoperative Verweildauer > 24h nach Aufnahme im Krankenhaus für Krankenhäuser mit qualitativer Auffälligkeit oder Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation nach	128
Abbildung 12: Ergebnisse des Indexparameters für Abschläge A_{qk} beim Indikator 54033 Gehunfähigkeit bei Entlassung	130
Abbildung 13: Ergebnisse des Indexparameters für Abschläge A_{qk} beim Indikator 54036 Implantatfehlfrage, -dislokation oder Fraktur.....	131
Abbildung 14: Ergebnisse des Indexparameters für Abschläge A_{qk} beim Indikator 54040 Wundhämatome / Nachblutung.....	131
Abbildung 15: Ergebnisse des Indexparameters für Abschläge A_{qk} beim Indikator 54042 Allgemeine postoperative Komplikationen	132
Abbildung 16: Ergebnisse des Indexparameters für Abschläge A_{qk} beim Indikator 54046 Sterblichkeit im Krankenhaus	132
Abbildung 17: Ergebnisse des Abschlagsindex A_k für Krankenhäuser nach Durchführung des Strukturierten Dialogs. Es zählen nur die Indikatoren mit qualitativer Auffälligkeit oder Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation	134
Abbildung 18: Ergebnisse des Indexparameters für Zuschläge Z_{qk} beim Indikator 54030 Präoperative Verweildauer > 24h nach Aufnahme im Krankenhaus nach Strukturierten Dialog. Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40.	136

Abbildung 19: Ergebnisse des Indexparameters für Zuschläge Z_{qk} beim Indikator 54033 Gehunfähigkeit bei Entlassung nach Strukturierten Dialog. Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40	138
Abbildung 20: Ergebnisse des Zuschlagsindex für Zuschläge Z_k nach Strukturierten Dialog. Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40	140
Abbildung 21: Anzahl Qualitätsindikatoren mit qualitativ auffälligem Ergebnis oder Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation bei den vier Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) über die herzchirurgischen Leistungsbereiche nach Krankenhausstandort.....	143
Abbildung 22: Ergebnisse des Indexparameters für Abschlüsse A_{qk} beim Indikator 11617 Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) für den Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert.	145
Abbildung 23: Ergebnisse des Indexparameters für Abschlüsse A_{qk} beim Indikator 12193 Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) für den Leistungsbereich Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.	145
Abbildung 24: Ergebnisse des Abschlagsindex A_k für Krankenhäuser der herzchirurgischen Leistungsbereiche nach Durchführung des Strukturierten Dialogs.	147
Abbildung 25: Ergebnisse des Indexparameters für Zuschläge Z_{qk} beim Indikator 11617 Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) für den Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert. Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40	149
Abbildung 26: Ergebnisse des Indexparameters für Zuschläge Z_{qk} beim Indikator 12092 Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) für den Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch). Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40	149
Abbildung 27: Ergebnisse des Indexparameters für Zuschläge Z_{qk} beim Indikator 12193 Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) für den Leistungsbereich Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie. Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40	150
Abbildung 28: Ergebnisse des Indexparameters für Zuschläge Z_{qk} beim Indikator 12168 Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) für den Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt). Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40	150
Abbildung 29: Ergebnisse des Zuschlagsindex für Zuschläge Z_k nach Strukturierten Dialog. Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40	152
Abbildung 30: Übersicht zum Verfahrensablauf Qualitätszu- und -abschlüsse	153
Abbildung 31: Ablauf der Bewertung einer rechnerischen Auffälligkeit	158

Vorwort zum Abschlussbericht V1.2

Der hier vorgelegte überarbeitete Abschlussbericht V1.2 zu Schritt 1 des Auftrags Qualitätszu- und -abschläge beruht auf dem Abschlussbericht „Qualitätsorientierte Vergütung Teil 1“ vom 4. Juli 2017 und der überarbeiteten Version 1.1 vom 6. Oktober 2017. Die Version 1.2 enthält nur redaktionelle Änderungen.

Grundlage der Überarbeitung des Abschlussberichts ist ein Plenumsbeschluss des G-BA vom 21. September 2017, der den Auftrag „Qualitätszu- und -abschläge“ hinsichtlich Schritt 1 und Schritt 2 an das IQTIG neu gefasst hat (G-BA 2017a). Die Auftragsanpassung erfolgte aufgrund der Argumentationen zum Vorbericht in Rahmen der Arbeitsgruppe QVZA des G-BA und des externen Stellungnahmeverfahrens, das vom 4. Mai bis 6. Juni 2017 stattfand (siehe Abschnitt 5.3).

In den eingegangenen Stellungnahmen und in der zuständigen Arbeitsgruppe des G-BA wurde mehrfach kritisiert, dass kein *direktes* Verfahren eingehend geprüft und für Qualitätszu- und -abschläge in Erwägung gezogen wurde. Um eine Prüfung eines *direkten* Leistungsbereiches in der notwendigen Detailliertheit im Nachgang zu ermöglichen, wurde das IQTIG im Rahmen einer Änderung der Beauftragung vom 20. Oktober 2016 beauftragt, den Abschlussbericht für das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge Schritt 1 unter Einbezug der herzchirurgischen Leistungsbereiche zu ergänzen. Ein entsprechender Beschluss wurde am 21. September 2017 im Plenum des G-BA getroffen (G-BA 2017a). Mit diesem Beschluss entfällt Schritt 2 der ursprünglichen Beauftragung, in dem ursprünglich die Bearbeitung eines zweiten Leistungsbereichs vorgesehen war. Dies ist in den Abschlussbericht V1.1 vorgezogen worden.

Der Forderung, auch ein *direktes Verfahren* der QSKH in die Prüfung einzubeziehen, kommt das IQTIG mit dem vorliegenden ergänzten Abschlussbericht nach. Die Darlegung der Vor- und Nachteile, die sich aus der Wahl entweder des *direkten* Verfahrens Herzchirurgie oder des *indirekten* Verfahrens *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* ergeben, kann nun als Grundlage für die weitere Beschlussfassung des G-BA dienen. Anregungen aus den Stellungnahmen und aus den Diskussionen in der AG QVZA des Gemeinsamen Bundesausschusses führten gleichzeitig zu einer Weiterentwicklung des Konzepts.

Zeitnah zu diesem Abschlussbericht wird eine Würdigung der Stellungnahmen veröffentlicht, die auch die vollständigen Texte aller Stellungnahmen enthält. In diesem Papier wird auch dargelegt, auf welche Weise die Anregungen im Abschlussbericht berücksichtigt wurden.

Glossar zu qualitätsorientierter Vergütung

In vielen Ländern gibt es mittlerweile Programme und Projekte, in denen die Vergütung in unterschiedlicher Weise an die Qualität der Versorgung gekoppelt wird. Für diese Vorgehensweise werden unterschiedliche Begriffe verwendet, die bisher nicht allgemeingültig definiert sind.

Um Missverständnisse zu vermeiden wird daher im Folgenden erläutert, wie diese Begriffe im vorliegenden Bericht verwendet werden. Das Glossar beschränkt sich dabei auf die Begriffe, die im Bericht tatsächlich vorkommen.

Pay for Performance (P4P)

Pay for Performance (P4P) ist ein internationaler Sammelbegriff für strategische Vergütungsformen, die sich in verschiedener Weise auf die Qualität oder Leistung von Leistungserbringern beziehen. Der Begriff wird in so unterschiedlichen Bedeutungen und Zusammenhängen verwendet, dass er sehr unbestimmt bleibt. In diesem Bericht wird die Bezeichnung *P4P* nur dann verwendet, wenn sie sich auf (internationale) Studien oder Programme bezieht, die selbst diese Bezeichnung verwenden.

Performance / Leistung

Der Begriff *Performance* bedeutet im Englischen – ebenso wie der Begriff der *Leistung* im Deutschen – gleichzeitig *Ausführung* und *Erfolg* einer Aktion. Im jeweiligen Zusammenhang muss berücksichtigt werden, welche Bedeutung gemeint ist.

Public Reporting

Hierunter wird die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen bezogen auf einzelne Leistungserbringer oder Versorgungseinheiten (z. B. Abteilung eines Krankenhauses) verstanden. Im Gegensatz zu anonymen Benchmarking-Verfahren werden die Ergebnisse der Qualitätsmessungen unter Nennung der jeweiligen Versorger publiziert. *Public Reporting* dient der Transparenz und gibt der Öffentlichkeit die Möglichkeit, die Qualitätsergebnisse der verschiedenen Leistungserbringer zu vergleichen. Sie provoziert dadurch auch eine erhöhte Aufmerksamkeit der Leistungserbringer selbst für ihre Ergebnisse, da diese publik werden.

Qualitätsorientierte Vergütung / qualitätsabhängige Vergütung

Im Rahmen dieses Auftrages wird der Begriff *qualitätsorientierte Vergütung* oder *qualitätsabhängige Vergütung* (letzteres entspricht dem Gesetzestext) verwendet, wenn ausgedrückt werden soll, dass die Vergütung einer Leistung sich an ihrer Qualität orientiert, d.h. dass eine Anpassung der Vergütung in Abhängigkeit von gemessenen Qualitätsergebnissen erfolgt. Im Text wird – anders als im Gesetzestext - der Begriff *qualitätsorientiert* gegenüber *qualitätsabhängig* bevorzugt, weil er für im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen als umfassender angesehen wird. Solche, über das jetzige Konzept hinausgehenden Perspektiven sollen mit der Konzeptentwicklung in Schritt 3 erarbeitet werden.

Qualitätszu- und -abschläge (QZAb)

Auf der Grundlage des KHSG hat der G-BA am 20. Oktober 2016 das IQTIG mit der Entwicklung eines Konzepts für die Einführung einer qualitätsabhängigen Anpassung der Vergütung in Krankenhäusern beauftragt. Im Rahmen dieser Beauftragung durch den G-BA wird der Begriff *Qualitätszu- und -abschläge* für das zu entwickelnde Verfahren benutzt.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
AMSTAR	Assessment of Multiple Systematic Reviews
AUC	Area under the curve
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BAS	Bundesauswertungsstelle
BFG	Bundesfachgruppe (= Fachgruppe auf Bundesebene)
CDSR	Cochrane Database of Systematic Reviews
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
DAS	Datenannahmestelle
DEFI	Defibrillator
DRG	Diagnosis Related Groups
esQS	externe stationäre Qualitätssicherung
FU	Follow-Up
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG Systems	German Diagnosis Related Groups-System
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HSM	Herzschrittmacher
ICD	International Classification of Diseases
IK-Nr.	Institutionskennzeichen-Nummer (des Krankenhauses)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KCQ	Kompetenzzentrum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement“ der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes
KEP	Knieendoprothesenversorgung
KH	Krankenhaus/-häuser
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz

Abkürzung	Bedeutung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LB	Leistungsbereich/Leistungsbereiche
LE	Leistungserbringer
LQS	Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
P4P	Pay for Performance
PCI	Perkutane Koronarintervention
PHA-Incentive Program	Participating Hospital Agreement Incentive Program
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcome
PlanQI	Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QIDB	Qualitätsindikatorendatenbank
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
QM	Qualitätsmanagement
QOF	Quality and Outcomes Framework
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
QV	Qualitätsverträge (nach § 110a, SGB V)
QZAb	Qualitätszu- und -abschläge
RA	Risikoadjustierung
RCT	Randomized controlled trial / Randomisiert kontrollierte Studie
RL	Richtlinie
SD	Strukturierter Dialog
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Abkürzung	Bedeutung
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TiAb	Titel and Abstract
UE	Unerwünschte Ereignisse
VST	Vertrauensstelle
VT	Volltext
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Zusammenfassung

Qualitätsorientierte Vergütungsansätze, bei denen auf der Grundlage der gemessenen Versorgungsqualität die Vergütung der Leistungserbringer angepasst wird, haben in anderen Industrienationen bereits vor über 20 Jahren Einzug in das Gesundheitswesen gehalten (siehe Kapitel 2). Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das am 1. Januar 2016 in Kraft trat, wurden nun auch in Deutschland die Voraussetzungen für eine flächendeckende Einführung von qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen geschaffen. Qualitätsabhängige Zu- und Abschläge für *außerordentlich gute* und *unzureichende* Qualität sollen einen weiteren Anreiz zur Verbesserung der Versorgungsqualität setzen.

Der G-BA hat am 20. Oktober 2016 das IQTIG mit der Entwicklung einer ersten Umsetzungsmöglichkeit beauftragt. Der Auftrag, der am 21. September 2017 modifiziert wurde, beinhaltet mehrere Schritte (siehe Kapitel 3). Aufgrund der kurzen Realisierungszeit soll zunächst (bis Ende 2017) auf bereits bestehende Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung (Leistungen bzw. Leistungsbereiche der QSKH-Richtlinie¹) zurückgegriffen werden. Danach soll ab 2018 in einem weiteren Schritt ein Konzept für die zukünftige Neuentwicklung von QS-Verfahren für Qualitätszu- und -abschläge außerhalb der Leistungsbereiche der QSKH-Richtlinie entwickelt werden, das dann auch eine Methodik zur Bewertung von Exzellenzqualität enthalten wird.

Der hier vorgelegte Bericht bezieht sich auf Schritt 1 der Beauftragung, der auf die Auswahl von zunächst einem Leistungsbereich der QSKH-Richtlinie für die erste Verfahrensumsetzung abzielt. Dabei soll dem G-BA durch die Zuarbeit des IQTIG die Wahlmöglichkeit gegeben werden zwischen einem direkten und einem indirekten Verfahren. Das Thema *Qualitätsorientierte Vergütung* soll in einem ersten Erprobungsschritt pragmatisch angegangen und ein Bewertungskonzept für die Bewertung *unzureichender* und *außerordentlich guter* Qualität erprobt werden.

Nach Prüfung aller Leistungsbereiche der QSKH-Richtlinie mithilfe definierter Prüfkriterien auf Leistungsbereichsebene und auf der Ebene der Qualitätsindikatoren (siehe Abschnitt 4.1 und 4.2), schlägt das IQTIG für eine erste Erprobung den Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* vor (siehe Kapitel 6). Der Leistungsbereich enthält etablierte Ergebnis- und Prozessindikatoren und es findet sich ein fortbestehender besonderer Handlungsbedarf aufgrund von Versorgungsmängeln. Da das Verfahren als *indirektes* Verfahren von einer stringenten, einheitlichen und transparenten Durchführung des Strukturierten Dialogs abhängt (siehe Abschnitt 9.4), schlägt das IQTIG vor, dass die Bewertung der auffälligen Qualitätsergebnisse von Einrichtungen in einem Stellungnahmeverfahren nach neuem Reglement zentral am IQTIG durchgeführt wird. Dieses soll künftig an die auf Landesebene beauftragten Stellen übergeben werden, wenn auch dort das Vorgehen nach neuen, durch G-BA Beschluss festgelegten Regeln des Strukturierten Dialogs etabliert ist. Als Alternative hat das IQTIG dem

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 21. Juli 2016, in Kraft getreten am 1. Januar 2017.

Auftrag entsprechend die herzchirurgischen Leistungsbereiche als *direkte* Verfahren in die Prüfung einbezogen und legt auch hierfür ein Bewertungskonzept vor, so dass der G-BA zwischen beiden Leistungsbereichen entscheiden kann.

Der Auftrag beinhaltet als zentrales Element eine Indikatorenübergreifende Bewertung sowohl *unzureichender* als auch *außerordentlich guter* Qualität. Hierfür sieht das Bewertungskonzept zwei Indizes (Zuschlagsindex und Abschlagsindex) vor, über die die beiden Qualitätsausprägungen abgebildet werden können. Ein Ausgleich (*Verrechnen*) schlechter Qualität in einem Indikator mit guter Qualität in einem anderen Indikator ist dabei nicht möglich. Da die bisherigen Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) den Erfüllungsgrad von Qualitätsstandards abbilden und daher für die Definition *außerordentlich guter* Qualität nicht geeignet sind, wird als Voraussetzung für Zuschläge gefordert, dass die dafür in Frage kommenden Einrichtungen – bei einer festgelegten Mindestanzahl von Behandlungsfällen – in allen Indikatoren qualitativ unauffällig sind und zusätzlich bei ausgewählten Indikatoren mit ihren Ergebnissen über dem Median aller Einrichtungen liegen. In die Berechnung des Abschlagsindex fließen die Ergebnisse aller für den Abschlagsindex ausgewählten Indikatoren einer Einrichtung ein, die außerhalb des gültigen Referenzbereiches liegen und im Strukturierten Dialog/Stellungnahmeverfahren als *qualitativ auffällig* oder mit *unvollzähliger oder falscher Dokumentation* eingestuft wurden. Zur Berechnung der Indizes werden die erwünschten (Zuschlagsindex) und die unerwünschten Ereignisse (Abschlagsindex), die bei der Versorgung aufgetreten sind, aufsummiert und gewichtet (siehe Kapitel 7).

Bezüglich des Verfahrensablaufs baut das Konzept für Qualitätszu- und -abschläge auf den QS-Verfahren der QSKH-Richtlinie auf (siehe Abschnitt 9.2). Hierfür müssen diese Verfahren aber die notwendige Stringenz, Einheitlichkeit, Transparenz und Überprüfbarkeit erreicht haben, die jetzt durch Weiterentwicklung angestrebt werden. Dabei sind nicht zuletzt auch neue übergeordnete Regelungen und Richtlinien zu berücksichtigen, die vom G-BA angestrebt werden, z. B. hinsichtlich der Überprüfung der Datenqualität, einer Reform des *Strukturierten Dialogs* und der Nutzung von Sozialdaten.

Die Vor- und Nachteile der jeweiligen Leistungsbereiche (*Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* und der Leistungsbereiche der *Herzchirurgie*) werden ausführlich dargestellt (siehe Kapitel 7). Ein Vorteil der herzchirurgischen Verfahren besteht in der etablierten einheitlichen Bewertung der qualitativen Auffälligkeit im Strukturierten Dialog durch das IQTIG. Ein solches Verfahren muss für den Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* erst zentral aufgebaut und später dezentral etabliert werden. Dabei ist zu bedenken, dass hier zehnmal mehr Einrichtungen einem Stellungnahmeverfahren unterzogen werden müssen als in der Herzchirurgie. Daher soll das Verfahren durch Straffung, Fokussierung und Stringenz zu einer bürokratischen Entlastung aller Beteiligten führen, ohne die Belastbarkeit der getroffenen qualitativen Einstufungen zu mindern.

In den herzchirurgischen Leistungsbereichen bleiben nach Eignungsprüfung der Qualitätsindikatoren derzeit nur die vier Indikatoren zur Sterblichkeit übrig, die bei Einbezug der 30-Tage Sterblichkeit anhand von Sozialdaten aussagekräftig sind (siehe Abschnitt 6.2.4). Dadurch verzögert

sich zunächst der Verfahrensbeginn bis zur Verfügbarkeit der erforderlichen Sozialdaten. Im Regelbetrieb verlängert sich die Zeitschiene bis zur Auswertung der Ergebnisse und der qualitativen Bewertung der einzelnen Einrichtungen, da die Sozialdaten erst mit einer zeitlichen Latenz zum Versorgungszeitraum von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden können. Damit verzögern sich auch die entsprechenden Vereinbarungen nach KHEntgG §5 (3a) mit den qualitativ auffällig gewordenen Einrichtungen erheblich.

Für beide Leistungsbereiche müssen somit innerhalb von ein bis zwei Jahren geeignete strukturelle, konzeptionelle und verfahrenstechnische Voraussetzungen geschaffen werden, bevor ein erster Routinebetrieb starten kann.

Das Procedere im empfohlenen Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* wird wie folgt vorgeschlagen: Das IQTIG führt auf der Basis der rechnerischen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren in einem Stellungnahmeverfahren eine Qualitätsbewertung (*qualitativ auffällig/erstmalig qualitativ auffällig/qualitativ unauffällig*) durch und berechnet die Indizes für Zu- bzw. Abschlüsse. Zeitliche Straffungen, insbesondere des Stellungnahmeverfahrens sind nötig, weil dieses früh abgeschlossen sein muss, damit die Indexberechnungen rechtzeitig erfolgen können, um wiederum die Verhandlungen über die Qualitätszu- und -abschlüsse zeitnah zu ermöglichen. In den herzchirurgischen Verfahren muss eine möglichst zeitnahe Verfügbarkeit von Sozialdaten etabliert werden, die jedoch lediglich den Vitalstatus von Patientinnen und Patienten, bzw. deren Versterben anzeigen müssen. Der Strukturierte Dialog wird für die *Herzchirurgie* bereits jetzt am IQTIG durchgeführt. Es muss aber für eine transparente und justiziable Bewertung auch hier eine Überarbeitung der Einstufungskriterien und eine genaue Festlegung des Procedere erfolgen.

Für beide Verfahren muss außerdem für die Vereinbarung der Qualitätszu- und -abschlüsse die Rückmeldung der Qualitätseinstufungen an die Vertragspartner organisiert und die Rückmeldung der Vereinbarungsergebnisse an das IQTIG und an die auf Landesebene beauftragten Stellen etabliert werden. Das IQTIG stellt hierfür neben den Auswertungsergebnissen (QI-Ergebnisse, Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und Indexergebnisse) auch die Informationen zu den Qualitätszu- und -abschlüssen in elektronischer Form für die jeweils berechtigten Vertragsparteien und Adressaten bereit. Das Berichtswesen muss ebenfalls angepasst werden, um öffentliche Transparenz herzustellen über die Auswertungsergebnisse und darüber, welche Einrichtungen Qualitätszu- und -abschlüsse erhalten haben.

Egal, welcher Leistungsbereich ausgewählt wird: Es sind umfangreiche organisatorische und methodische Anpassungen bei etlichen Partnern des Gesundheitswesens durchzuführen, um das Verfahren qualitätsorientierter Zu- und Abschlüsse umzusetzen.

Von einem Nutzen für die Patientinnen und Patienten kann aber insofern ausgegangen werden, als die Verfahren ja grundsätzlich der Qualitätsförderung dienen und für alle verwendeten Qualitätsindikatoren ein Qualitätsziel definiert ist (inhaltlich und über den Referenzbereich). Ein anhaltender, deutlicher Verbesserungsbedarf in der Versorgungsqualität, ein sog. *besonderer Handlungsbedarf*, findet sich derzeit im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* beim Indikator *präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach*

Aufnahme im Krankenhaus. In den herzchirurgischen Leistungsbereichen gibt es auch Verbesserungspotential, aber nicht mit der Dringlichkeit, dass ein *besonderer Handlungsbedarf* gegeben wäre. Das IQTIG stuft u.a. deswegen diese Leistungsbereiche als Erstverfahren für QZAb als weniger geeignet ein.

Auf das mögliche Zusammenwirken der Qualitätszu- und -abschläge mit anderen Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität auf übergeordneter Ebene konnte in Schritt 1 noch nicht eingegangen werden. Dies ist in Schritt 3 der Beauftragung vorgesehen. Ebenso waren wirtschaftliche Auswirkungen, z.B. Kosten-Nutzen-Analysen oder Fragen der Rechtssicherheit nicht primär Bestandteil des Auftrags. Ob und wie die gewählten finanziellen Anreize wirken werden, kann erst die praktische Erprobung zeigen. Eine begleitende Evaluation ist bisher nicht beauftragt, wäre aber sinnvoll und sollte begleitend die Probleme der Umsetzung, das Auftreten von unerwünschten Nebeneffekten sowie die Erreichung gesetzter Ziele umfassen.

Zusammenfassend präferiert das IQTIG den esQS-Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* für einen ersten Schritt zur Erprobung qualitätsorientierter Zu- und Abschläge in der Vergütung der Krankenhäuser gegenüber den herzchirurgischen Leistungsbereichen. Die zu verwendenden Indikatoren umfassen die *präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus*, die *Gehunfähigkeit bei Entlassung* sowie *postoperative Komplikationen* und die *Sterblichkeit im Krankenhaus* (siehe Abschnitt 7.1). Die Qualitätsindikatoren dieses Leistungsbereichs sind geeignet für eine durch getrennte Indizes erfolgende Bewertung *außerordentlich guter* bzw. *unzureichender* Qualität. Zur praktischen Umsetzung sind entsprechende verfahrensbezogene Anpassungen u.a. des Strukturierten Dialogs im Sinne eines zentralen Stellungnahmeverfahrens notwendig. Alternativ wären die Verfahren der Herzchirurgie denkbar. Allerdings würde derzeit die Qualitätsbeurteilung allein auf den Indikatoren zur 30-Tage Mortalität unter Einbezug von Sozialdaten beruhen.

2 Einführung: Qualitätsorientierte Vergütung

2.1 Hintergrund

Bisherige Vergütungssysteme im Gesundheitswesen vergüten im Wesentlichen den Aufwand der Versorgung von Patientinnen und Patienten, z. B. als Einzelleistungsvergütung oder in pauschalierter Weise (z. B. tagesgleiche Pflegesätze oder diagnosebezogene Fallgruppen des DRG-Systems). In dem Wissen, dass alle Vergütungsformen – in unterschiedlicher Art und Weise und je nach Kombination und Setting – erwünschte und unerwünschte Effekte mit sich bringen, die sich auf die Versorgungsqualität auswirken, wurden mit der Einführung der pauschalierten Vergütung in Form von Fallpauschalen und Sonderentgelten 1996 gleichzeitig entsprechende Qualitätssicherungsverfahren bundesweit eingeführt. Noch heute tragen die Kürzel der Auswertungsmodule die Nummern der damaligen Fallpauschalen, für die sie ursprünglich entwickelt wurden. Alle diese Verfahren zeigen seither, dass aber auch in etlichen Bereichen durch die Qualitätssicherung und das Maßnahmenbündel, in dem sie eingebettet waren, deutliche Verbesserungen erreicht werden konnten, z. B. die Absenkung der neonatalen Sterblichkeit durch Regionalisierung der Risikogeburten in der *Geburtshilfe*, die Durchsetzung der Behandlungsstandards einer neuen Leitlinie bei der *Ambulant erworbenen Pneumonie*. Dennoch blieben teilweise erhebliche Unterschiede bei den Qualitätsergebnissen der Krankenhäuser bestehen.

In Anlehnung an andere Wirtschaftszweige, in denen eine *bessere Leistung / höhere Qualität* auch höher vergütet wird, erscheint es auch ein möglicher Ansatz für das Gesundheitswesen, Qualität und Honorierung so zu verknüpfen, dass ein Anreiz zur Verbesserung der Versorgung gesetzt wird. Bereits seit den 1990er Jahren gibt es solche Projekte in den USA. Das erste Projekt, zu dem Evaluationen vorliegen, ist das im Jahre 2000 von Blue Cross Blue Shield of Michigan eingeführte *Participating Hospital Agreement Incentive Program (PHA-Incentive Program)*. 2004 startete dann das bisher größte Projekt in Europa, das *Quality and Outcomes Framework (QOF)* in Großbritannien. Unter dem Stichwort *Pay for Performance* oder P4P versuchen alle diese Programme, finanzielle Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu nutzen oder die Effizienz zu verbessern.

Der Begriff *Pay for Performance (P4P)* wird dabei unterschiedlich verwendet und es können unter dieser Bezeichnung ganz unterschiedliche Ziele verfolgt werden: z.B. die Umsetzung einer flächendeckenden Durchführung einer Leistung (z. B. Erhöhung der Impfrate), die Verbesserung der Qualität einer Leistung (z. B. weniger Komplikationen) oder eine Optimierung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen (Einsparungen ohne Qualitätsverlust).

Umfassende, z. T. staatliche P4P-Programme gibt es inzwischen vor allem im angelsächsischen Raum (USA, Großbritannien, Australien). In der Regel stellen diese Programme zusätzliche Elemente auf der Basis des bestehenden Vergütungssystems dar und werden mit anderen qualitätsfördernden Maßnahmen (*Feedback, Qualitätsbenchmarks, Public Reporting* usw.) kombiniert. Anfang 2016 berichten Milstein und Schreyoegg (2016) in ihrem Review von mindestens 34 P4P-Programmen im stationären Setting in den OECD-Ländern. Auch in Deutschland wurden

finanzielle Anreize (*Incentives*) als ein mögliches Instrument zur Qualitätsverbesserung der Versorgung seit längerem immer wieder diskutiert (SVR 2007, Veit et al. 2012). Bereits bei der Einführung des G-DRG Systems 2003 wurde ein Element qualitätsorientierter Vergütung integriert, ohne dass dies so benannt wurde: die Nicht-Vergütung von Wiederaufnahmen innerhalb der oberen Grenzverweildauer bei unveränderter Hauptdiagnose. Das ist eine weitergefasste Variante der *Never Events* bei den Projekten des *Value based Purchasing* der *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) in den USA. Hierbei führt das Auftreten bestimmter, schwerwiegender Qualitätsmängel dazu, dass für solche Fälle keine Vergütung gezahlt wird. Eine konkrete Umsetzung einer qualitätsorientierten Vergütung war in Deutschland ansonsten bisher (ausschließlich) auf der Ebene von Selektivverträgen möglich. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) soll nun erstmals auch in Deutschland ein qualitätsabhängiger Vergütungsanteil flächendeckend in die Leistungsabrechnung der Krankenhäuser integriert werden. Das hier konzipierte Projekt soll ein erster Schritt zur Realisierung sein.

Über 20 Jahre nach Einführung von P4P-Programmen erfolgt die Gestaltung von qualitätsorientierten Vergütungsmodellen immer noch mehr anhand theoretischer und pragmatischer Überlegungen als auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse. Empirisch generierte Evidenz für den konkreten Einfluss bestimmter Designelemente fehlt weiterhin (Eijkenaar 2012). Was ein gutes Programm-Design ausmacht, hängt darüber hinaus von den spezifischen Gegebenheiten im jeweiligen Gesundheitswesen ab. Ansätze aus anderen Ländern mit anderen Gesundheitssystemen lassen sich daher nicht oder nur bedingt auf Deutschland übertragen und Vorhersagen zu den Auswirkungen bestimmter Programm-Designs sind kaum möglich. Eijkenaar (2012) spricht von „(...) limited knowledge of the influence of specific design choices (...)“. Die Frage, wie derartige Programme am besten implementiert werden sollen, ist weitgehend ungeklärt (Kondo et al. 2016) und die Auswirkungen einer qualitätsabhängigen Vergütung auf die Versorgungsqualität sind noch nicht mit entsprechender Klarheit erfasst (siehe Abschnitt 2.3). Auch deshalb sollte im Vorfeld eines Projektstarts auf jeden Fall bedacht werden, ob die die angestrebte Verbesserung tatsächlich am ehesten durch finanzielle Anreize oder möglicherweise durch andere intensivierte Maßnahmen erreicht werden kann (Veit et al. 2012: Teil C, S. 54). Dabei sind bestehende Anreize, die im zugrunde liegenden Vergütungssystem bereits wirksam sind (z. B. Anreize zur Mengenausweitungen, die evtl. zu einer Beeinträchtigung der Indikationsqualität führen), besonders aufmerksam zu berücksichtigen. So berichten auch Kondo et al. (2016) in ihrem systematischen Review: „Results suggest the importance of considering underlying payment models.“ In der Regel empfiehlt es sich, eine qualitätsorientierte Vergütung erst dann in Betracht zu ziehen, wenn andere Maßnahmen wie z. B. die vergleichende Qualitätsmessung, das *Feedback* an die Leistungserbringer und ggf. das *Public Reporting* bereits angewandt wurden und gute Gründe dafür sprechen, dass finanzielle Anreize zusätzliche Verbesserungen bewirken könnten.

Auch wenn ein *Goldstandard* zur Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung nicht existiert, lassen sich typische Parameter identifizieren, die – in unterschiedlicher Ausgestaltung – die Programme mit qualitätsorientierter Vergütung charakterisieren, wie beispielsweise bei Eijkenaar (2012) beschrieben. Es handelt sich hierbei u. a. um

- Zielsetzung
- Wahl des Versorgungsbereichs
- Präzise Beschreibung der angestrebten Qualität/Qualitätsverbesserung
- Adressat(en) der Anreize
- Zeitliche Gestaltung der Vergütung
- Höhe der Zu- und Abschläge

Diese Parameter werden im Folgenden im Überblick dargestellt, um eine Einordnung des vorgelegten Konzepts für Qualitätszu- und Abschläge (QZAb) zu ermöglichen.

2.2 Wichtige Parameter von Projekten mit qualitätsorientierter Vergütung

Wenn qualitätsorientierte Zusatzzahlungen oder Abschläge als Teil der Vergütung (neu) eingeführt werden sollen, müssen insbesondere die folgenden Aspekte und die damit zusammenhängenden Fragen einzeln und in der Zusammenschau beantwortet werden, da sie für die Projektgestaltung und den Projekterfolg wesentlich sind.

2.2.1 Zielsetzung

Die Zielsetzung, durch finanzielle Anreize die Versorgungsqualität verbessern zu wollen, ist zwar umfassend, aber nicht konkret genug, um allein daraus ein stringentes Projekt abzuleiten. Jede Intervention im komplexen System der medizinischen Versorgung ist ein Systemeingriff, dessen Ziel präzise zu definieren ist (z. B. Veit et al. 2012: Teil C, S. 53). Dabei kann es – wie in den etablierten Projekten der Fall – um medizinische, ökonomische oder ordnungspolitische Ziele gehen. Manchmal wird eine Verringerung der Wartezeit auf einen bestimmten Eingriff angestrebt, manchmal geht es um das globale Ziel, die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern, manchmal besteht das Ziel auch in einer Steigerung der Effizienz (Kostenreduktion ohne Qualitätsverlust). Letzteres zielt dabei auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung, die für das Gesundheitssystem und damit indirekt für die Patientinnen und Patienten ebenfalls von Bedeutung ist, jedoch bei der qualitätsorientierten Vergütung im engeren Sinne außer Acht gelassen werden soll, weil es hier um die direkt patientenrelevanten Ergebnisse geht.

2.2.2 Wahl des Versorgungsbereichs

Kriterien zur Auswahl besonders für eine qualitätsorientierte Vergütung geeigneter Bereiche in einem Gesundheitswesen wurden bisher nicht entwickelt. Naheliegend und auch in der Literatur beschrieben ist es aber, als Ausgangspunkt ein vorliegendes Versorgungsdefizit zu wählen. Kondo et al. (2016) raten in ihrem Review zu Implementationsfaktoren, die die Effektivität von qualitätsorientierten Anreizsystemen steigern, ausdrücklich: „P4P programs should target areas of poor performance.“ Dabei kann die Identifikation defizitärer Bereiche auf der Feststellung von Varianzen in der Versorgungsqualität beruhen, die erwarten lassen, dass die nachweisbar höhere Versorgungsqualität von allen Leistungserbringern erreichbar sein müsste. Es können aber auch Bereiche adressiert werden, deren Verbesserungsbedarf sich nicht über den unmittelbaren Vergleich darstellt, z.B. die Überwindung von Schnittstellenproblemen oder die Verbesserung von Kommunikation und Koordination in der Versorgung.

In den in der Literatur beschriebenen internationalen Programmen folgte die Wahl des Versorgungsbereiches oft eher praktischen Erwägungen, wie z. B. dem Vorhandensein von Messinstrumenten. Diese Form des vermeintlich „*pragmatischen*“ Vorgehens wird durchaus auch kritisch gesehen: Das Programm folge dann mehr dem Zufall („*design choices often also seem to be made arbitrarily*“) und dies führe dazu, dass aufgrund unzureichend vorhandener Erkenntnisse effektive Strategien zur Vermeidung unerwünschter Effekte unterblieben (Eijkenaar 2012). Sicherlich sind bewährte Messinstrumente zur Darlegung der Versorgungsqualität im auszuwählenden Bereich eine unabdingbare Voraussetzung für die Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung (siehe Abschnitt 2.2.3). Die Berücksichtigung weiterer wichtiger Parameter, insbesondere die für notwendig erachtete Qualitätsverbesserung, ist für den Erfolg aber unabdingbar. Ggf. müssen die notwendigen Messinstrumente für den zu adressierenden Bereich neu entwickelt werden.

2.2.3 Präzise Beschreibung der angestrebten Qualität

Die Frage, wofür genau (für welche „*Performance*“, für welche „*Qualität*“) ein Zuschlag gezahlt werden soll und was einen Vergütungsabschlag rechtfertigt, beinhaltet mehrere Aspekte. Diese umfassen die Formulierung des konkreten Qualitätsziels, die Bereitstellung bzw. Auswahl der geeigneten Messinstrumente und die Definition angemessener Bewertungsalgorithmen. Letztere müssen die Kriterien für *abschlagspflichtige* und für *zuschlagswürdige* Qualität beinhalten.

Dabei kann nicht nur die absolute Abweichung vom Zielwert, sondern z. B. auch das Ausmaß einer Verbesserung oder Verschlechterung als Messgröße herangezogen werden. Dies wird bei manchen internationalen Programmen auch so gehandhabt.

Die Entwicklung eines solchen Bewertungskonzeptes umfasst darüber hinaus Fragen nach der Aggregation, Gewichtung und übergeordneten Betrachtung und Bewertung von Einzelergebnissen in einem Gesamturteil. Unabdingbare Grundlage hierfür sind sowohl eine valide und reliable Qualitätsmessung als auch ein methodisch sauberes Verfahren der Indexbildung bei der Zusammenführung von Indikatoren.

Die Frage, *wofür* die Zuschläge oder Abschläge gezahlt oder abgezogen werden, ist darüber hinaus bedeutsam für die Kommunikation mit den von der Finanzierungsänderung betroffenen Einrichtungen. Verständlichkeit, Sinnhaftigkeit und Erreichbarkeit der geforderten Versorgungsqualität sind wichtige Voraussetzungen für die Akzeptanz bei den Leistungserbringern und für den Erfolg des Projekts (Veit et al. 2012: Teil C, S. 61ff)).

2.2.4 Adressat der Zu- bzw. Abschläge

Zu- und Abschläge können auf unterschiedlichen Ebenen wirksam werden, z. B. bei einzelnen Ärztinnen und Ärzten, für einzelne Abteilungen oder bezogen auf eine ganze Einrichtung. Auch Regionen kommen prinzipiell als Adressaten in Frage. Bezüglich einzelner Leistungserbringer sind Projekte mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bekannt; meist beziehen sich Projekte mit qualitätsorientierter Vergütung aber auf Abteilungen oder ein ganzes Krankenhaus. Bei der übergeordneten Betrachtung großer Gruppen von Leistungserbringern kann nicht ausgeschlossen werden, dass Einzelne, die schlechte Qualität erbringen, von der sehr guten Leistung der

übrigen profitieren (*free riding*). Die Spezifität der Intervention nimmt ab, je größer der adressierte Bereich ist.

2.2.5 Zeitliche Gestaltung der Vergütung

Grundsätzlich kommen retrospektive und prospektive Vergütungsmodelle in Frage. Je nachdem werden dann diejenigen Leistungen, deren Qualität via Messung bewertet wurde, rückwirkend in ihrer Vergütung angepasst oder es werden diese Leistungen auf der Basis von Messungen in der Vergangenheit zukünftig höher oder niedriger vergütet. Auf jeden Fall wird ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen Qualitätsergebnis und Vergütungsanpassung als Erfolgsfaktor angesehen, weil nur so für die Leistungserbringer ein Zusammenhang zwischen der Leistung und der Vergütung spürbar wird. Problematisch kann hier die Verwendung längerfristiger Outcomes als Messgröße sein, da diese Ergebnisse naturgemäß nicht zeitnah vorliegen. Wenn möglich können validierte *Intermediate Outcomes* als Indikatoren verwendet werden, die schon zu einem früheren Zeitpunkt mit hoher Zuverlässigkeit eine Vorhersage des langfristigen Ergebnisses zulassen.

2.2.6 Höhe der Zu- und Abschläge

Bezogen auf den Gesamtertrag der Krankenhäuser sind die monetären Auswirkungen durch Qualitätszu- oder -abschläge meist niedrig. In den von Milstein und Schreyoegg (2016) untersuchten stationären P4P-Programmen betragen die zusätzlichen Erträge zwischen 0,1 % bis maximal 4 %, wobei in manchen Programmen im Vorfeld Geld einbehalten wurde, um die Zuschläge zu finanzieren (sog. *withholds*, anwachsend von 1 % bis 2 % der Gesamtvergütung beim Value Based Purchasing von CMS (HHS, CMS 2015)). Wie viel Einfluss die sich daraus ergebenden Summen auf die Gewinnspanne der Krankenhäuser hatten, blieb unklar (Milstein und Schreyoegg 2016). Einig sind sich die Autoren, dass auf jeden Fall die durch das Programm entstehenden Kosten gedeckt werden sollten (Gosfield und Reinertsen 2004) und dass der finanzielle Anreiz hoch genug sein muss, um zu motivieren, aber nicht so hoch sein sollte, dass Ausweichstrategien (sog. *Gaming-Strategien*) befördert werden. Kondo et al. sprechen von einer hypothetischen Spanne zwischen 5–15 % (Kondo et al. 2016), wobei unklar bleibt, ob und bezüglich welcher Höhe sich diese Angaben auf den stationären bzw. ambulanten Bereich beziehen.

2.3 Wirksamkeit: Effekte und Evidenz

2.3.1 Recherchegrundlage

Wirksamkeit und Effekte von Programmen mit qualitätsorientierter Vergütung waren und sind Gegenstand zahlreicher Untersuchungen. Im Sachstandsbericht des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit zu *Pay for Performance* im Gesundheitswesen wurde die Frage nach der Evidenz für die Wirksamkeit von P4P-Programmen umfassend (national / international – ambulant / stationär und zu verschiedenen Versorgungsaspekten) untersucht (Veit et al. 2012, Teil B S. 4 ff). Die folgenden, zusammenfassenden Darlegungen beziehen sich bis zum Ende des Jahres 2011 auf die Ergebnisse des Gutachtens. Für den Zeitraum 2011-2016 wurde die damals durch-

geführte Literaturrecherche aktualisiert. Hierfür wurde die Recherche auf den stationären Bereich fokussiert und ausschließlich auf systematische Reviews zum Thema P4P bzw. qualitätsorientierte Vergütung beschränkt. Der Recherchebericht hierzu sowie eine Tabelle mit Ergebniszusammenfassung der eingeschlossenen Studien finden sich im Anhang A.

2.3.2 Ergebnisse zur Wirksamkeit (national und international)

Nach wie vor gibt es nur etwa für die Hälfte der bestehenden P4P-Programme Evaluationsergebnisse (Milstein und Schreyoegg 2016). Die meisten der durchgeführten Evaluationen finden sich zu Projekten im angelsächsischen Raum und sind mit zahlreichen Limitationen, wie kleinen Fallzahlen, fehlenden Kontrollgruppen oder Störgrößen behaftet, so dass nur wenige aussagekräftige Ergebnisse vorliegen (Milstein und Schreyoegg 2016). Diese wiederum lassen keine stringenten Aussagen zu nachhaltigen Qualitätsverbesserungen durch P4P-Programme zu. Zwar sind Qualitätsverbesserungen bei Prozessindikatoren festzustellen; diese spiegeln sich aber bei den klinischen Outcomes – sofern diese überhaupt in die Qualitätsmessung einbezogen wurden – nicht wider (Bhattacharyya et al. 2009). Ein aktuelles Review bestätigt diese Ergebnisse (Mendelson et al. 2017) ebenso wie die Untersuchungen verschiedener anderer Autorengruppen (Bottle et al. 2008, Downing et al. 2007, Crosson et al. 2009), die Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall oder Epilepsie betreffen. Die alleinige Verbesserung von Prozessqualität, die sich durch finanzielle Anreize möglicherweise punktuell erreichen lässt, führt demnach nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung des Outcomes. Bessere Ergebnisqualität bedarf oft multipler, komplexerer Veränderungen, die durch intrinsische Motivation auf der Basis von *Edukation* und *Feedback* möglicherweise besser erreicht werden können. Die Diskussion, ob durch finanzielle Anreize die Motivation der Leistungserbringer nicht sogar zum Nachteil für die Patientinnen und Patienten auf die formale Erfüllung von Vorgaben gelenkt wird und dadurch die intrinsische Motivation zu Qualitätsanstrengungen eher verloren geht, ist kritisch zu führen (Lowther 2008, Snyder und Neubauer 2007).

Die Auswirkungen, die qualitätsorientierte Vergütungsprogramme haben, sind zusätzlich von internen und externen Faktoren des Krankenhauses abhängig, wie der jeweiligen Konkurrenzsituation oder der zugrundeliegenden Finanzlage. Beispielsweise wird das Ansprechen auf finanzielle Anreize dadurch beeinflusst, ob ein Krankenhaus regional der einzige Leistungserbringer ist und ob ausreichend finanzielle Mittel vorhanden sind, um die für die Verbesserung nötigen Investitionen tätigen zu können. Aber selbst wenn eine Verbesserung nach Einführung von P4P nachgewiesen wurde, lässt sich aus den Studienergebnissen in der Regel nicht darlegen, ob die erzielten Effekte nicht doch auf andere Anreize, wie z. B. die Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen (*Public Reporting*), zurückzuführen waren: „Public reporting ist a strong motivator and future research should work to untangle public reporting from P4P.“ (Kondo et al. 2016).

Insgesamt muss die Wirksamkeit von Programmen mit qualitätsorientierter Vergütung sehr vorsichtig bewertet werden. Die komplexen Zusammenhänge medizinischer Versorgung und sich überlagernder Motivationslagen und die Anreize, die durch die zugrunde liegende Basisvergütung gesetzt werden, sind bei der Programmgestaltung im gegebenen Rahmen sorgfältig zu berücksichtigen.

2.3.3 Stand von P4P in Deutschland

In Deutschland waren Vereinbarungen zu qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen bisher nur im Rahmen von Selektivverträgen möglich. Diese beinhalten aber oft keine direkte Kopplung der Vergütung an Prozess- oder Ergebnisqualität, sondern die Finanzierung von Strukturvorgaben (*Pay for Competence*). Nur wenige Projekte sahen bisher tatsächlich eine Anpassung der Vergütung nach gemessenem Ergebnis vor (Veit et al. 2012, S. A42 ff).

Projekte, die von den Leistungserbringern selbst mit hoher intrinsischer Motivation auf die Beine gestellt wurden, und bei denen der P4P-Anteil in der Regel einen Ausgleich für den hohen Einsatz, der zur Qualitätsverbesserung unternommen wurde, anstrebte, erwiesen sich als am erfolgreichsten, wobei die Daten von den Projektteilnehmern selbst stammen und nicht auf einer unabhängigen externen Evaluation beruhen. Solche Projekte gehen ebenfalls vom Qualitätsdefizit aus und versuchen Verbesserungen in der Patientenversorgung zu erreichen, wie z. B. die Eindämmung von Übertherapie (z. B. Phlebologicum) oder die Lösung von Koordinations- und Schnittstellenproblemen (z. B. Fußnetze für Diabetiker, (Hochlenert et al. 2009)).

Die neuen gesetzlichen Bestimmungen des KHSG, die gemeinsam die sog. *Qualitätsoffensive* der Bundesregierung darstellen, beinhalten die Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen (siehe Abschnitt 3.1), gehen aber darüber hinaus. Im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Verfahrens für Qualitätszu- und -abschläge wird es daher erforderlich sein, die verschiedenen Instrumentarien der internen und externen Qualitätssicherung in einem übergeordneten Rahmenkonzept für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens zu verankern (Schrappe 2015).

3 Auftrag

3.1 Gesetzliche Grundlagen

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das zum 1. Januar 2016 in Kraft trat, greift nun die Bundesregierung das Vorgehen vieler westlicher Industrienationen auf, mithilfe qualitätsorientierter Vergütungsanteile einen Anreiz zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu setzen: „Die Qualität der Krankenhausversorgung soll zukünftig eine noch größere Rolle spielen und noch strenger kontrolliert und konsequent verbessert werden“². Im Rahmen dieser *Qualitätsoffensive* wurde im § 136b SGB V u. a. verankert, dass der G-BA für zugelassene Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 2017 einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen beschließt, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen dann bis zum 30. Juni 2018 (§ 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG i. V. m. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BPfIV) die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen für *außerordentlich gute* und *unzureichende* Qualität auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 9 des SGB V in einer Rahmenvereinbarung festlegen.

§ 5 Abs. 3a KHEntgG regelt Folgendes:

„Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 4 einen Qualitätszu- oder -abschlag. Qualitätszu- oder -abschläge sind bezogen auf die betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils für Aufnahmen ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung anzuwenden. Sie sind für Aufnahmen bis zum letzten Tag des Monats anzuwenden, in dem die Vertragsparteien nach Satz 1 feststellen, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen nicht mehr vorliegen. Sofern die Vertragsparteien nach Satz 1 unzureichende Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres ab dem Vereinbarungszeitpunkt zu beseitigen sind; in dieser Zeit sind keine Qualitätsabschläge zu erheben. Werden die Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt, ist der vereinbarte Qualitätsabschlag zu erheben, sofern die Vertragsparteien feststellen, dass die Voraussetzungen für die Erhebung weiterhin vorliegen; dabei ist der Qualitätsabschlag für die Dauer von zwölf Kalendermonaten in doppelter Höhe zu erheben. Die zeitliche Begrenzung für die Erhebung von Qualitätsabschlägen nach § 8 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 auf höchstens drei Jahre ist zu beachten.“

² <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz/khsg.html>

§ 8 Abs. 4 ergänzt:

„Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten Abschläge nach § 137 Absatz 1 oder Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen. Entgelte dürfen für eine Leistung nicht berechnet werden, wenn ...

... für diese Leistung in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren gemäß § 5 Absatz 3a Qualitätsabschläge erhoben wurden und der Qualitätsmangel fortbesteht.“

Besteht ein mit Abschlägen geahndeter Qualitätsmangel über drei Jahre hinaus, so regelt dies § 8 Abs. 1b KHG: „Plankrankenhäuser, ... für die in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes erhoben wurden, sind insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend.“

3.2 Auftrag durch den G-BA

Auf der Grundlage des KHSG hat der G-BA am 20. Oktober 2016 das IQTIG mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens für Qualitätszu- und -abschläge (QZAb) beauftragt. Diese Beauftragung umfasst die folgenden Punkte:

- a) Auswahl von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen nach § 136b Abs. 1 Nr. 5 SGB V eignen,
- b) Auswahl, Weiterentwicklung oder Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren unter Darlegung der Qualitätsziele im Sinne von § 136b Abs. 1 Nr. 5 SGB V zur jeweiligen Leistung oder zum jeweiligen Leistungsbereich,
- c) Entwicklung von Bewertungskriterien für *außerordentlich gute* und/ oder *unzureichende* Qualität im Sinne von § 136b Abs. 9 Sätze 3 und 4 SGBV zum jeweiligen Qualitätsindikator,
- d) Entwicklung eines Verfahrens, das gemäß § 136b Abs. 9 Sätze 3 bis 5 SGB V insbesondere eine jährliche Veröffentlichung der Bewertungskriterien sowie möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den vom G-BA festzulegenden Qualitätsindikatoren an das Institut nach § 137a SGB V sicherstellt sowie eine zeitnahe Bereitstellung der Auswertungsergebnisse durch das Institut nach § 137a SGB V für die Krankenhäuser und Krankenkassen gewährleistet.

Für die Bearbeitung wurde zunächst am 20. Oktober 2016 ein gestuftes Vorgehen in drei Schritten beauftragt:

„In einem ersten Schritt empfiehlt das Institut nach § 137a SGB V bis zum 30. Juni 2017 aus den gemäß QSKH-RL einbezogenen Leistungsbereichen eine Leistung oder einen Leistungsbereich, die bzw. der sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignet. Die Empfehlung umfasst auch Qualitätsindikatoren und Bewertungskriterien, anhand derer erstmals *außerordentlich gute* und *unzureichende* Qualität bestimmt werden kann. Das zugrunde liegende Konzept soll auch eine indikatorenübergreifende Bewertung ermöglichen und beinhaltet die Zuordnung der Indikatoren zu einer DRG bzw. zu DRG-Gruppen, die sich als Grundlage für im Anschluss zu treffende Regelungen zur Finanzierung eignen. Das Institut nach § 137a SGB V wird

darüber hinaus beauftragt, ein Verfahren nach Buchstabe I d zu entwickeln. Dies umfasst auch ein geeignetes Verfahren zur Datenvalidierung.

In einem zweiten Schritt prüft das Institut nach § 137a SGB V weitere Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß QSKH-RL auf ihre Eignung für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen und empfiehlt bis zum 31. Dezember 2017 diejenigen, die sich hierfür eignen. Die Empfehlung umfasst auch Qualitätsindikatoren und Bewertungskriterien, anhand derer wie bei Schritt 1 *außerordentlich gute* und *unzureichende* Qualität bestimmt werden kann. Das zugrunde liegende Konzept soll auch eine indikatorenübergreifende Bewertung ermöglichen und beinhaltet die Zuordnung der Indikatoren zu einer DRG bzw. zu DRG-Gruppen, die sich als Grundlage für im Anschluss zu treffende Regelungen zur Finanzierung eignen.

In einem dritten Schritt empfiehlt das Institut nach § 137a SGB V bis zum 31. Dezember 2018 Leistungen oder Leistungsbereiche, die sich für Zu- und Abschläge eignen, jedoch nicht zu den Leistungsbereichen gemäß QSKH-Richtlinie zählen. Dazu legt das Institut nach § 137a SGBV ein Konzept vor, das Kriterien definiert, auf deren Basis Leistungen oder Leistungsbereiche, die sich in besonderem Maße für Zu- und Abschläge eignen, identifiziert und ausgewählt werden können. Dieses Konzept umfasst auch eine Methodik zur Bewertung von Exzellenzqualität. Ebenfalls bis zum 31. Dezember 2018 schlägt das Institut nach § 137a SGB V auf der Basis der erarbeiteten Kriterien mehrere Leistungen oder Leistungsbereiche einschließlich der zugehörigen Qualitätsziele für die Neuentwicklung eines Verfahrens für Zu- und Abschläge außerhalb der QSKH-Richtlinie vor. Die Neuentwicklung einsatzfähiger Qualitätsindikatoren und Bewertungskriterien erfolgt durch das Institut nach § 137a SGB V in einem nachgelagerten Schritt unmittelbar nach der Beschlussfassung des G-BA über die durch das Institut nach § 137a SGB V empfohlenen, für Zu- und Abschläge besonders geeigneten Leistungen oder Leistungsbereiche außerhalb der QSKH-Richtlinie.“ (G-BA 2016a) Dieses gestufte Vorgehen auf der Basis der Leistungsbereiche der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) ist der Tatsache geschuldet, dass die konkrete Umsetzung der Qualitätszu- und -abschläge sehr schnell erfolgen soll: Aufgrund des gesetzlichen Auftrags soll der G-BA bis spätestens 31. Dezember 2017 Leistungen oder Leistungsbereiche beschließen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen. Der hier vorgegebene Zeitrahmen lässt die Neuentwicklung eines eigenen Qualitätssicherungsverfahrens für Qualitätszu- und -abschläge nicht zu, sodass die Entscheidung getroffen wurde, zunächst in einem ersten und zweiten Schritt auf die bereits bestehenden Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) zurückzugreifen und danach in einem dritten Schritt (ab 2018) ein Konzept für die zukünftige Neuentwicklung von QS-Verfahren für Qualitätszu- und -abschläge zu entwickeln. Diese Vorgehensweise soll den gewünschten schnellen Einstieg in eine qualitätsorientierte Vergütung erlauben, ist aber auch mit Limitationen behaftet, die durch den engen Zeitrahmen und den Rückgriff auf die bestehenden Verfahren bedingt sind. An geeigneter Stelle wird darauf jeweils detaillierter eingegangen.

Der hier beschriebene Auftrag wurde durch einen weiteren Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses am 21. September 2017 dahingehend geändert, dass anstelle der Bearbeitung

von Schritt 2 des Auftrags vom 20. Oktober 2016 der Abschlussbericht zu Qualitätszu- und -abschlägen vom 4. Juli 2017 unter Einbezug eines direkten Leistungsbereichs überarbeitet werden soll (G-BA 2017a).

Durch den Beschluss vom 21. September erhält das Institut nach § 137a SGB V die folgenden weiteren Aufträge:

- a) die Vor- und Nachteile der empfohlenen Leistungsbereiche aus den direkten und indirekten Verfahren im Abschlussbericht darzulegen,
- b) Verfahrensunterschiede im Vergleich zur plan. QI-RL im Einzelnen zu begründen,
- c) eine Klarstellung des Bewertungskonzeptes zur Feststellung außerordentlich guter und unzureichender Qualität vorzunehmen,
- d) die Qualitätsziele zu den im Abschlussbericht vom 4. Juli 2017 empfohlenen Qualitätsindikatoren darzulegen,
- e) die Entwicklung eines Verfahrens, das gemäß § 136b Abs. 9 Sätze 3 bis 5 SGB V insbesondere eine jährliche Veröffentlichung der Bewertungskriterien sowie möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den vom G-BA festzulegenden Qualitätsindikatoren an das Institut nach § 137a SGB V sicherstellt sowie eine zeitnahe Bereitstellung der Auswertungsergebnisse durch das Institut nach § 137a SGB V für die Krankenhäuser und Krankenkassen gewährleistet,
- f) ein geeignetes Verfahren zur Datenvalidierung.

Der vollständige Beschlusstext ist auf der Internetpräsenz des G-BA abrufbar (G-BA 2017a).

Der hier vorgelegte Bericht bezieht sich somit weiterhin auf Schritt 1 der Beauftragung mit der Erweiterung um den herzchirurgischen Leistungsbereich und die eben genannten zusätzlichen Fragestellungen.

3.3 Auftragsverständnis des IQTIG

3.3.1 Auftragsvoraussetzungen

Die gesetzlichen Vorgaben und der beschriebene Auftrag des G-BA (siehe Abschnitt 3.1 und 3.2) bilden die Grundlage des aktuell in Schritt 1 zu gestaltenden Verfahrens für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen. Sie geben den Rahmen für die konkrete Umsetzung durch das IQTIG vor: Es soll mit den Leistungsbereichen der QSKH-Richtlinie begonnen werden. Da eine Neuentwicklung oder grundlegende Änderung von Indikatoren im vorgegebenen Zeitraum nicht möglich ist, sollen die Messvariablen und Messmethoden der esQS zu Grunde gelegt werden.

Bestimmte Bereiche der Verfahrensgestaltung liegen dabei außerhalb des Konzeptrahmens des IQTIG. So ist z. B. durch § 5 Abs. 3a KHEntgG festgelegt, dass Qualitätszu- oder -abschläge solange gezahlt werden sollen, solange der Status *unzureichender* oder *außerordentlich guter* Qualität besteht und die Höchstdauer für Abschläge von drei Jahren nicht überschritten wird. Höhe

und Ausgestaltung der positiven und negativen finanziellen Anreize werden von den Vertragspartnern DKG und GKV-Spitzenverband vereinbart. Das IQTIG kann daher solche Aspekte somit nur am Rande und soweit erforderlich auf einer theoretischen Basis (Aussagen in Studien etc.) in die Überlegungen zur Verfahrensgestaltung einbeziehen.

Die systematische Bearbeitung der Frage, in welchen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens sich eine qualitätsabhängige Vergütung als Anreiz für eine weitere Qualitätsverbesserung besonders gut eignen würde und - damit verbunden - die Einordnung von qualitätsorientierten Vergütungsansätzen in einen steuernden Gesamtrahmen und in eine umfassendere Qualitätsstrategie, ist erst für Schritt 3 der Beauftragung vorgesehen.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verschiedenen Elemente des zu gestaltenden Verfahrens zu Qualitätszu- und -abschlägen (in Anlehnung an die in Abschnitt 2.2 dargestellten Parameter von Projekten mit qualitätsorientierter Vergütung) und die damit verbundenen Möglichkeiten der Verfahrensgestaltung in Schritt 1.

Tabelle 1: Elemente und Ausgestaltungsmöglichkeiten des beauftragten Verfahrens

Verfahrenselement QZAb	Vorgaben durch Gesetz und Auftrag	IQTIG
Zielsetzung	Verbesserung der Versorgungsqualität (bezogen auf einen Leistungsbereich der QSKH)	Identifikation eines Qualitätsdefizits
Wahl des Versorgungsbereichs (in dem Leistungen qualitätsabhängig vergütet werden sollen)	Leistungsbereiche der QSKH	Auswahl eines Leistungsbereichs
Präzise, operationalisierte Beschreibung der Bewertungskriterien von Qualität, anhand derer die Einzelentscheidungen für Qualitätszu- oder -abschläge getroffen werden sollen	<i>unzureichende</i> und <i>außerordentlich gute</i> Qualität	Erstellung eines Bewertungskonzepts
Adressat der Qualitätszu- und -abschläge	Krankenhäuser (Standorte)	-
Zeitliche Gestaltung der Vergütung	Prospektive Qualitätszu- und -abschläge	-
Höhe (und Ausgestaltung) der finanziellen Anreize	Spätere Festlegung durch Vertragspartnern auf Bundesebene und vor Ort.	-

Der Rückgriff auf die Leistungsbereiche der esQS hat großen Einfluss auf die Möglichkeiten der Verfahrensgestaltung. Wesentlicher Vorteil des vorgesehenen Rückgriffs auf die esQS zur Umsetzung einer qualitätsorientierten Vergütung ist, dass diese Verfahren seit Jahren in ihren Abläufen etabliert und allen Beteiligten gut bekannt sind. Durch den Rückgriff auf ein Verfahren des Regelbetriebs wird darüber hinaus die Einhaltung der äußerst knappen Zeitvorgaben ermöglicht.

Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Indikatoren der existierenden Verfahren Mindeststandards an Qualität definieren und durch Einrichtungsvergleich entsprechenden Verbesserungsbedarf sichtbar machen. Eine Eignung für die Definition und Darlegung *außerordentlich guter* Qualität war bisher kein Entwicklungsziel. Da hieraus kein Konzept für Exzellenzqualität abzuleiten ist, wurde dieses für Schritt 3 durch den G-BA gesondert beauftragt.

Mit dem zu empfehlenden Leistungsbereich können zunächst auch nur die dem Leistungsbereich zugehörigen Indikatoren Teil des Verfahrens sein. Diese sind aber vorher auf ihre Eignung für Qualitätszu- und -abschläge zu prüfen (siehe Abschnitt 4.2). Durch das Anwenden der Prüfkriterien kann sich das jeweilige Indikatorenset verkleinern. Da eine Neuentwicklung von Indikatoren in der Kürze der Zeit nicht zu realisieren ist, werden ausschließlich diejenigen Qualitätsaspekte erfasst und gemessen, für die es bereits geeignete Indikatoren gibt. Andere, ebenfalls wichtige Aspekte (z.B. die geriatrische Versorgung von Menschen mit Schenkelhalsfraktur im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*) können im aktuellen Verfahren (noch) nicht abgebildet werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss daher bedacht werden, dass die Qualitätsdarlegung einer Versorgungsleistung, des gesamten Leistungsbereichs oder einer Fachabteilung in diesem Rahmen nur punktuell und nicht umfassend möglich ist.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die QS-Verfahren der esQS nicht statisch sind, sondern sich weiterentwickeln. Bereits realisierte und noch geplante Entwicklungen in den jeweiligen Verfahren werden deshalb hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf ein in Frage kommendes Verfahren für Qualitätszu- und -abschläge berücksichtigt und beschrieben (siehe Abschnitt 7.1.3).

3.3.2 Auftragsrelevante Zusammenhänge mit der geplanten einheitlichen Rahmenrichtlinie *Datengestützte Qualitätssicherung*

Nicht nur die einzelnen QS-Verfahren werden über die Zeit weiterentwickelt, auch übergeordnete Strukturen der esQS sind Umstrukturierungen unterworfen, die sich auf einzelne Verfahren auswirken. Auch das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge ist hiervon betroffen, da es zum jetzigen Zeitpunkt auf den Verfahren der QSKH-Richtlinie aufsetzen soll. Änderungen, die die QSKH-Richtlinie betreffen, werden demnach auch Auswirkungen auf dieses Verfahren haben. Teilweise werden diese Veränderungen aber auch für eine erfolgreiche Durchführung der Qualitätszu- und -abschläge benötigt, wie z.B. eine stringenterer Durchführung des Strukturierten Dialogs. Eine spätere Überführung der QSKH-Richtlinie in eine neue einheitliche Rahmenrichtlinie *Datengestützte Qualitätssicherung* ist vorgesehen (G-BA 2016b). Sofern dies möglich ist, wird der Einfluss potenzieller Neuerungen auf ein Verfahren Qualitätszu- und -abschläge dargestellt. Dies kann auch beinhalten, dass an einigen Stellen derzeit noch keine Aussagen zur konkreten Ausgestaltung bestimmter Verfahrensbestandteile oder zum möglichen Zeitpunkt der Umsetzung getroffen werden können, weil entsprechende Neuregelungen noch nicht durch den G-BA beschlossen wurden. Im Bereich Strukturiertes Dialog wird in diesem Bericht ein Vorgriff auf kommende Änderungen vorgeschlagen, in dem beschrieben wird, wie das IQTIG zumindest für eine gewisse Zeit eine stringenterer Form des Strukturierten Dialogs als Stellungnahmeverfahren durchführen und erproben wird, bis dieses an die auf Landesebene beauftragten Stellen übertragen werden kann.

3.3.3 Übergeordnete Bewertung *unzureichender* und *außerordentlich guter* Qualität

Zentrales Element des Verfahrens ist die Bewertung der Messergebnisse mit dem Ziel der Darlegung *unzureichender* Qualität einerseits und *außerordentlich guter* Qualität andererseits. Damit soll die Basis für die potenzielle Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen geschaffen werden. Auf der Grundlage einzelner Indikatoren ist die Definition *außerordentlich guter* und *unzureichender* Qualität für Qualitätszu- und -abschläge nicht sinnvoll, da zu punktuell, und auch weil einzelne Indikatoren nicht immer beide Qualitätsrichtungen messen können. Der Auftrag, eine indikatorenübergreifende Bewertung zu entwickeln, zielt auf eine Zusammenfassung mehrerer oder ggf. aller Indikatorergebnisse durch Indexbildung zur Bewertung der Versorgungsqualität in den Kategorien *unzureichender* und insbesondere auch *außerordentlich guter* Qualität. Wie bereits dargestellt, kann auch ein solcher Index nicht die Qualität eines ganzen Leistungs- oder Versorgungsbereichs, einer Versorgungsleistung oder einer Fachabteilung umfassend abbilden. Die Definition von *Exzellenzqualität* bleibt ausdrücklich Schritt 3 der Beauftragung vorbehalten.

3.3.4 Erster Erprobungsschritt

Im Gegensatz zu den oft sehr umfangreichen P4P-Programmen in den angelsächsischen Ländern wird der hier beauftragte erste Schritt zur Entwicklung eines Verfahrens zu Qualitätszu- und -abschlägen von vorneherein als begrenzter Erprobungsschritt angelegt. Eine qualitätsorientierte Vergütung mit Zu- und Abschlägen soll zunächst nur an einem einzigen geeigneten Leistungsbereich/einer geeigneten Leistung auf der Basis der Verfahren der esQS beispielhaft entworfen und eingeführt werden, um eine erste explorative Umsetzung von Qualitätszu- und -abschlägen überhaupt zu ermöglichen. Das vom G-BA gewählte Vorgehen wird somit vom IQTIG als ein erster Versuch verstanden, sich dem Thema *qualitätsorientierte Vergütung* pragmatisch zu nähern.

3.3.5 Empfehlung einer geeigneten Leistung / eines geeigneten Leistungsbereichs

Wie dargelegt, stellt die Empfehlung einer Leistung/ eines Leistungsbereichs der aktuellen esQS für Qualitätszu- und -abschläge ein pragmatisches Vorgehen dar. Die Empfehlung eines *am besten geeigneten Leistungsbereichs* ist derzeit und wahrscheinlich generell nicht möglich und daraus folgend auch nicht die Erstellung einer Rangfolge der Eignung der vorhandenen Leistungsbereiche. Folgerichtig fordern sowohl § 136b SGB V Abs. 9 Satz 1 als auch der Auftrag des G-BA (G-BA 2016a) an das IQTIG nur die Auswahl einer Leistung oder eines Leistungsbereichs, die für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Qualitätszu- und -abschlägen geeignet ist. Da alle Leistungsbereiche durch kontinuierliche Verfahrenspflege einer stetigen Weiterentwicklung unterworfen sind, kann immer nur ein zum aktuellen Zeitpunkt begründbarer Vorschlag gemacht werden.

3.3.6 Zusammenhang zum Abrechnungssystem (DRG-Anschluss)

Qualitätszu- und -abschläge sollen die jeweilige Grundvergütung ergänzen. Die Grundvergütung im stationären Bereich ist gemäß § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) das G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups-System). Der Auftrag beinhaltet daher die

Zuordnung der QS-Fälle zu entsprechenden DRG-Fallpauschalen. Der Auftrag wird so verstanden, dass es möglich sein soll, diejenigen Leistungen niedriger oder höher zu vergüten, für die eine entsprechende qualitative Einstufung vorliegt. Dieser Zusammenhang muss herstellbar sein, weil die Leistungserbringer im jeweiligen Leistungsbereich auch andere, ggf. nicht unter Qualitätszu- und -abschläge fallende Leistungen erbringen und abrechnen. Eine konkrete Empfehlung, auf welche Weise ein späterer Vergütungsanschluss tatsächlich hergestellt werden sollte, ist damit nicht verbunden und nicht Bestandteil dieses Auftrags. Dies bleibt den Vergütungsregelungen überlassen, die zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband auszuhandeln sind.

4 Methodik

Der Verfahrenszweck eines QS-Verfahrens ist bedeutsam für den Aufbau und die Entwicklung eines QS-Verfahrens: „Unterschiedliche Verfahrenszwecke führen zu verfahrensspezifischen Qualitätsmodellen und erfordern darüber hinaus ein spezifisches methodisches Vorgehen“ (IQTIG 2017e S. 27).

Da aus Zeitgründen für den Verfahrenszweck Qualitätszu- und -abschlägen bis Ende 2017 kein neues Verfahren entwickelt werden kann, soll in Schritt 1 ein Leistungsbereich der QSKH-RL ausgewählt werden, der sich so weit wie eben möglich neben der Qualitätsförderung auch für die Einführung eines qualitätsorientierten Vergütungsmodells eignet. Der hier gewählte Verfahrensweg zur Auswahl einer Leistung /eines Leistungsbereichs zur ersten Umsetzung von Qualitätszu- und -abschlägen hat daher zum Ziel, eine begründete Empfehlung für eine erste Erprobung abzugeben. Dies schließt die Empfehlung eines Indikatorensets aus den jeweiligen Leistungsbereich ein, das für die Bewertung *außerordentlich guter* und *unzureichender* Qualität geeignet erscheint.

Zur Eingrenzung werden zunächst Prüfkriterien auf der Ebene der Leistungsbereiche angewandt. Anschließend werden mithilfe definierter Ausschlusskriterien die Qualitätsindikatoren der in die engere Wahl kommenden Leistungsbereiche geprüft. Die abschließende Auswahl und Empfehlung einer Leistung oder eines Leistungsbereichs für Schritt 1 erfolgt durch die Beurteilung des im jeweiligen Leistungsbereich verbliebenen Indikatorensets.

4.1 Prüfkriterien auf der Ebene der Leistungsbereiche

Die nachfolgend beschriebenen Prüfkriterien beziehen sich auf Schritt 1 der Beauftragung. Prüfbasis sind die Leistungsbereiche und Indikatoren des Erfassungsjahres 2015 (IQTIG 2016a).

4.1.1 Anforderungen an die Erfahrungsgrundlage mit dem Verfahren

Wenn ein QS-Verfahren nicht neu für den angestrebten Zweck entwickelt wird, sondern bereits besteht und im Hinblick auf seine Verwendbarkeit für diesen Zweck (hier: Regulation mit Qualitätszu- und -abschlägen) beurteilt werden soll, so sollte es als Basis für diese Beurteilung ausreichende Erfahrungen mit dem Verfahren (z. B. mit der Datenerhebung, den Indikatoren, den Referenzbereichen und der Interpretation der Ergebnisse im Strukturierten Dialog) geben. Für die Auswahl eines geeigneten Leistungsbereichs für Qualitätszu- und -abschläge kommen daher keine Leistungsbereiche in Frage, die erst vor kurzem eingeführt wurden und für die nach Auffassung des IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt keine ausreichende Erfahrungsgrundlage besteht. Dies trifft auch zu, wenn in einem Leistungsbereich umfangreiche Änderungen stattgefunden haben, die inhaltlich und in der Umsetzung einer kompletten Neuausrichtung entsprechen, z. B. die Umwandlung eines rein stationären in ein sektorenübergreifendes Verfahren. Dies bedeutet nicht, dass immer nur *etablierte* Verfahren für Qualitätszu- und -abschläge in Frage kommen. Bei einer Neuentwicklung eines Verfahrens speziell für Qualitätszu- und -abschläge sollte aber eine ausreichend lange Pilotphase der Qualitätsmessung vorausgehen, um Erfahrungen mit der

Validität der Dokumentation zu sammeln, Verfahrensfehler frühzeitig zu erkennen, Unklarheiten entgegenzuwirken und somit eine verlässliche Bewertung der Ergebnisse sicher stellen zu können.

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

Mit dem KHSG wurden in engem zeitlichen Zusammenhang mehrere regulative Verfahren eingeführt bzw. ermöglicht. Dabei handelt es sich neben dem Verfahren für qualitätsabhängige Zu- und Abschläge um die Einführung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren gemäß Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)³ sowie um die Möglichkeit, zukünftig zu bestimmten, vom G-BA festgelegten Leistungen und/oder Leistungsbereichen sogenannte *Qualitätsverträge* abzuschließen. Diese nach § 136b 110a SGB V vorgesehenen Qualitätsverträge sollen später im Hinblick auf ihre Wirkungen auf die Versorgungsqualität evaluiert werden. Überschneidungen mit Qualitätszu- und -abschlägen würde hier würde deren Evaluation gefährden. Um dies zu verhindern wird in der Gesetzesbegründung zum KHSG (BT-Drucksache 18/5372 vom 30.06.2015) ausdrücklich darauf verwiesen, dass Überschneidungen zwischen Leistungsbereichen/Leistungen für Qualitätsverträge und anderen QS-Maßnahmen, die die Aussage der Evaluation gefährden könnten, vermieden werden sollten. Umgekehrt wird gesagt: „Bei der Auswahl der Leistungen oder Leistungsbereiche (*für Qualitätszu- und -abschläge*) hat er (*der G-BA*) zu beachten, dass verschiedene Qualitätssicherungsinstrumente, welche dieselben Leistungsbereiche betreffen, sich sinnvoll ergänzen, damit sie nicht zu übersteigerten oder widersprüchlichen Effekten führen“ (BT-Drucksache 18/5372 vom 30.06.2015). Dies betrifft auch die *Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren* (IQTIG 2016c). Das Krankenhausfinanzierungsgesetz sieht nämlich vor, dass Krankenhäuser dann aus dem Krankenhausplan ganz oder teilweise herausgenommen werden sollen, „wenn sie nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen“ (§ 8 Abs. 1b Krankenhausfinanzierungsgesetz). Aber auch Krankenhäusern, „für die in höchstens drei aufeinander folgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Abs. 3a des Krankenhausentgeltgesetzes erhoben wurden“, soll die Grundlage für die Erbringung dieser Leistungen entzogen werden. Auch wenn Qualitätszu- und -abschläge in einem Leistungsbereich mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren grundsätzlich denkbar sind, ist das IQTIG der Ansicht, dass für einen ersten Erprobungsschritt keiner der Leistungsbereiche / Leistungen empfohlen werden sollte, der bereits für das Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* ausgewählt wurde. Zu einem späteren Zeitpunkt, wenn separate Erfahrungen mit beiden Verfahren bestehen, kann ggf. eine Schnittstelle der beiden regulatorischen Verfahren angedacht werden.

4.1.3 Direkte vs. indirekte Verfahren

Die QSKH-RL unterscheidet zwischen sog. *direkten* und *indirekten* Verfahren. Bei den *direkten* Verfahren werden die Daten von den Leistungserbringern, also den Krankenhäusern, direkt an

³ Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, in Kraft getreten am 24. März 2017.

das IQTIG gesandt. Auswertung der Daten und Bewertung der Ergebnisse der einzelnen Leistungserbringer (Strukturierter Dialog) erfolgen bei den *direkten* Verfahren zentral durch das IQTIG.

Für den Datentransfer in den *indirekten* Verfahren sind Datenannahmestellen (DAS) auf Landesebene zuständig. Diese Aufgabe wird derzeit von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) wahrgenommen. Sie erstellen darüber hinaus die Auswertungen für die Krankenhäuser und führen bei Auffälligkeiten die sogenannten Strukturierten Dialoge durch.

Der Strukturierte Dialog, der auf der Basis der berechneten Ergebnisse geführt wird, gibt Einrichtungen, deren Ergebnisse rechnerisch auffällig sind, die Möglichkeit, darzulegen, dass die Ergebnisse durch Besonderheiten der versorgten Patientengruppe bedingt sind, sodass Abweichungen von den Prozess- oder Ergebnisstandards gerechtfertigt erscheinen. Damit liegt trotz rechnerischer Auffälligkeit kein Qualitätsmangel in der Patientenversorgung vor. Während der Strukturierte Dialog in den *direkten* Verfahren nur durch das IQTIG und somit einheitlich durchgeführt wird, ist die Durchführung in den *indirekten* Verfahren derzeit uneinheitlich, denn die durchführenden Stellen auf Landesebene haben individuelle Vorgehensweisen etabliert. Da der Strukturierte Dialog für das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge von zentraler Bedeutung für eine valide Qualitätsbeurteilung ist, sollte er stringenter, einheitlicher und transparenter als bisher sein und einer externen Kontrolle zugänglich gemacht werden (siehe Abschnitt 9.4).

Bestimmte Leistungsbereiche, die hochspezialisierte Therapien betreffen, werden nur in wenigen Zentren durchgeführt. Sie sind als *direkte* Verfahren konzipiert und zentral organisiert. Aktuell betrifft dies die Organtransplantationen und die herzchirurgischen Eingriffe.

Direkte und *indirekte* Verfahren weisen also unterschiedliche, insbesondere auch organisatorische Charakteristika auf, die auf die Eignung für das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge Auswirkungen bzw. Vor- und Nachteile haben. Diese werden im Ergebnisteil (siehe Abschnitt 6.1.3) – nach Ausschluss der derzeit ungeeigneten Verfahren – für die verbliebenen Leistungsbereiche vergleichend dargestellt und abgewogen.

4.1.4 Verbesserungspotenzial des zu empfehlenden Leistungsbereichs

Finanzielle Anreize werden allgemein als ein Instrument angesehen, das eingesetzt werden kann, um Qualitätsverbesserungen zu erzielen. Qualitätsorientierte Vergütung setzt also am Qualitätsdefizit an. So stellen auch Kondo et al. (2016) in ihrem kürzlich veröffentlichten systematischen Review fest: „P4P Programs should target areas of poor performance“. Vor diesem Hintergrund sollte auch das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge an einem vorhandenen Qualitätsdefizit ansetzen, z. B. wenn mittels *Feedback* oder *Public Reporting* die Qualitätsverbesserung nicht im wünschenswerten Ausmaß eingetreten ist. Dieser Ansatz schließt Qualitätszuschläge für *außerordentlich gute* Qualität nicht aus.

Wie und welche Qualitätsverbesserungen durch die nun einzuführenden Qualitätszu- bzw. -abschläge erreicht werden sollen, wird im KHSG nicht gesagt. Es ist lediglich festgelegt, dass die Vertragsparteien nach § 11 „... unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Kranken-

haus für Leistungen (...) mit *außerordentlich guter* oder *unzureichender* Qualität (...) einen Qualitätszu- oder -abschlag“ vereinbaren sollen (BMG 2016). Der Gesetzeskommentar wird hinsichtlich des Ziels von Qualitätszu- und -abschlägen etwas konkreter. Hier wird gesagt, dass durch Qualitätszu- oder -abschläge bei der Vergütung „...Anreize zur Verbesserung der Qualität gesetzt werden“ sollen. (BT-Drucksache 18/5372 vom 30.06.2015). Der Ansatz einer Orientierung am Qualitätsdefizit wird hierdurch untermauert.

Im ersten Entwurf wurden daher für den ersten Schritt von Qualitätszu- und -abschlägen Leistungsbereiche ausgeschlossen, bei denen kein entsprechend deutliches Qualitätsdefizit feststellbar ist (sichtbar z.B. an den Deckeneffekten bei Qualitätsindikatoren). Dies kann darauf beruhen, dass alle Leistungserbringer bereits sehr gute Qualität erbringen oder daran liegen, dass die Qualitätsindikatoren in der verwendeten Form Qualitätsunterschiede im oberen Bereich der Skala nicht (mehr) abbilden können. In beiden Fällen kann im Bereich sehr guter Qualität keine ausreichend differenzierende Aussage mehr zu Qualitätsunterschieden zwischen den Einrichtungen und zu möglichen Qualitätsverbesserungen getroffen werden. Für die Auswahl einer geeigneten Leistung/eines geeigneten Leistungsbereichs aus den verbliebenen Leistungsbereichen kann dann im Umkehrschluss nur ein solcher in Frage kommen, bei dem die Qualität differenziert gemessen werden kann, bei dem eine Qualitätsverbesserung wegen ausgeprägter Defizite dringlich notwendig ist und bei dem eine zusätzliche Maßnahme für die Erreichung dieser Verbesserung für erforderlich gehalten wird. Eine Überprüfung, ob nach Einführung des Verfahrens die entsprechende Verbesserung tatsächlich eingetreten ist, sollte möglich sein. Im vorliegenden Setting für Schritt 1 (Verfahren der QSKH-RL) sind Qualitätsverbesserungen anhand von Veränderungen in den jeweiligen Indikatorergebnissen beurteilbar, wobei ggf. Ausweichstrategien und andere unerwünschte Nebeneffekte berücksichtigt werden müssen.

4.1.5 Anforderung an das Indikatorenset des zu empfehlenden Leistungsbereichs

Aus dem Auftrag des G-BA lassen sich Anforderungen an das Indikatorenset für eine qualitätsabhängige Vergütung ableiten.

Berücksichtigung von Ergebnisindikatoren

Zum einen sollen im ausgewählten Leistungsbereich sowohl die Vereinbarung von Qualitätszuschlägen (über die Definition *außerordentlich guter* Qualität) als auch von Qualitätsabschlägen (über die Definition *unzureichender* Qualität) möglich sein. Ein geeigneter Leistungsbereich muss die Abbildung beider Qualitätsrichtungen erlauben.

Da über Prozessindikatoren in der Regel Prozesse erfasst werden, deren Einhaltung erwartet werden kann, lässt sich mithilfe von Prozessindikatoren oft *außerordentlich gute* Qualität nur eingeschränkt oder gar nicht abbilden. Da außerdem – wie in Abschnitt 2.3.2 beschrieben – eine Verbesserung der Versorgungsqualität bei Prozessindikatoren nicht zwingend auch zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität (*patientenrelevante Outcomes*) führt, ist zu fordern, dass ein Indikatorenset für qualitätsorientierte Vergütungen immer auch Ergebnisindikatoren enthält. In Übereinstimmung damit empfehlen Kondo et al. (2016) hinsichtlich der Implementierung von

P4P-Programmen: „Programs should include a combination of process-of-care and patient outcome measures“. Für Schritt 1 der Qualitätszu- und -abschläge leitet sich daraus ab, dass das Indikatorenset auf jeden Fall Ergebnisindikatoren enthalten muss. Ein Set bestehend nur aus Prozessindikatoren ist nicht ausreichend für die Darlegung *außerordentlich guter* Qualität.

Indikatorenübergreifende Bewertung

Darüber hinaus soll das Indikatorenset für die im Auftrag des G-BA geforderte indikatorenübergreifende Bewertung sowohl *unzureichender* als auch *außerordentlich guter* Qualität geeignet sein. Im auszuwählenden Leistungsbereich müssen also in ausreichender Zahl geeignete Indikatoren vorhanden sein, um eine indikatorübergreifende Bewertung für beide Qualitätsrichtungen zu ermöglichen. Eine Mindestanzahl von Indikatoren wird an dieser Stelle nicht festgelegt, da in den verschiedenen Leistungsbereichen je nach Art und Aussage der jeweiligen Indikatoren unterschiedlich viele Indikatoren nötig sein können, um eine Interpretation der Ergebnisse in der Zusammenschau in sinnvoller Weise zu ermöglichen.

Die Anwendung der genannten Prüfkriterien kann bereits vor der Prüfung auf Ebene der einzelnen Indikatoren auf Ebene des Indikatorensets zum Ausschluss eines Leistungsbereichs führen (z. B. wenn es in einem Leistungsbereich nur Prozessindikatoren gibt). Die genannten Kriterien für das Indikatorenset müssen aber auch für das nach der Prüfung der Einzelindikatoren verbliebene Indikatorenset zutreffen. Demnach muss im Anschluss an die Prüfung der einzelnen Indikatoren auf ihre Eignung für Qualitätszu- und -abschläge (siehe Abschnitt 4.2) erneut auf der Ebene des Leistungsbereichs geprüft werden, ob das verbliebene Indikatorenset als Ganzes weiterhin die Eignungskriterien erfüllt, nachdem ggf. einige Indikatoren bei der Indikatorprüfung für ungeeignet befunden und aussortiert wurden.

4.2 Prüfkriterien für Qualitätsindikatoren

„Werden Qualitätsindikatoren in einem gesetzlich verpflichtenden QS-Verfahren genutzt, so ist damit potenziell ein erheblicher und unmittelbarer Einfluss auf die Versorgung verbunden. Für diese Indikatoren muss davon ausgegangen werden, dass sie Qualität angemessen darstellen.“ (IQTIG 2017e, S. 102)

Zwar haben Qualitätsindikatoren, die bereits langjährig gemäß QSKH-RL erhoben werden, ein definiertes Qualitätsziel und haben schon ausführliche Eignungsprüfungen durchlaufen, inkl. ihrer Eignung für die Qualitätsmessung. Bei dieser Prüfung wurde aber nicht die Nutzung für eine Qualitätsbewertung im Hinblick auf eine Vergabe von Qualitätszu- oder -abschlägen bei der Vergütung bedacht.

Nachdem die Leistungsbereiche der QSKH-RL als Ganzes nach den beschriebenen Kriterien geprüft wurden, müssen also in einem weiteren Schritt die Qualitätsindikatoren der nach dieser Vorauswahl noch verbliebenen Verfahren/Leistungsbereiche auf ihre Eignung für Qualitätszu- und -abschläge hin überprüft werden. Ziel ist es, sicherzustellen, dass die eingesetzten Indikatoren die notwendigen Voraussetzungen erfüllen, um für die Bewertung *unzureichender* und *außerordentlich guter* Qualität herangezogen werden zu können. Daher wurden für das Verfahren

Qualitätszu- und -abschläge in Anlehnung an das Prüfverfahren für die Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Anforderungen an die zu verwendenden Qualitätsindikatoren formuliert.

Die Prüfkriterien, die für diese Prüfung der Indikatoren festgelegt wurden, sind:

- Reife der Indikatoren im Regelbetrieb
- Risikoadjustierung (RA) von Ergebnisindikatoren
- Inhaltliche Prüfung
- Evidenzgrundlage

Die Reihenfolge der Prüfung wurde nach dem Kriterium des Prüfaufwands festgelegt. Zunächst werden formale Kriterien geprüft, die direkt erkennbar sind (Reife im Regelbetrieb, Vorhandensein einer Risikoadjustierung). Danach werden inhaltliche Kriterien geprüft, die aus internen Quellen eingeschätzt werden können (z. B. Ergebnisse der Bundesfachgruppen-Sitzungen). Die Prüfung der Evidenzgrundlage mittels systematischer Literaturrecherche steht wegen des hohen Aufwands am Ende der Prüfung. Um an dieser Stelle möglichst effizient zu verfahren, wird vor der Evidenzprüfung das bis dahin verbleibende Indikatorenset geprüft. Falls bereits aufgrund der fehlenden Reife im Regelbetrieb, fehlender Risikoadjustierung und / oder auf der Basis inhaltlicher Bedenken viele Indikatoren ausgeschlossen werden, sodass infolgedessen der gesamte Leistungsbereich hinsichtlich der Prüfkriterien ausscheidet, wird im aktuellen Schritt auf die Evidenzprüfung verzichtet. Auf eine Evidenzprüfung wird (zumindest vorläufig) auch dann verzichtet, wenn die aktuelle Situation eine Änderung der Evidenzlage unmittelbar erwarten lässt, z.B. wenn bekannt ist, dass eine Überarbeitung der Leitlinien notwendig oder bereits im Gange ist.

4.2.1 Reife im Regelbetrieb

Ähnlich wie auf der Ebene des Leistungsbereichs dient das Kriterium der Reife dazu, nur Qualitätsindikatoren zu selektieren, die in der Praxis bereits eingeführt sind. *Reife* bezieht sich hier auf die Erfahrungsgrundlage mit den Indikatoren in der Praxis, d. h., dass sie valide und reliabel messen, und dass ausreichende Erfahrungen in der Interpretation der Ergebnisse und im Umgang mit ihnen vorliegen. Die folgenden Kriterien werden hierfür herangezogen:

- Der Indikator wurde in den letzten beiden Erfassungsjahren im Regelbetrieb genutzt.
- Der Indikator hat einen Referenzbereich.
- Der Indikator ist für den Strukturierten Dialog vorgesehen.

Nutzung im Regelbetrieb in den zwei unmittelbar zurückliegenden Jahren

Eine Voraussetzung für die Reife ist, dass der Indikator in den letzten beiden Erfassungsjahren (hier: 2015 und 2016) im Regelbetrieb genutzt wurde.

Da für die Definition *außerordentlich guter* und *unzureichender* Qualität der aktuelle Stand der Anforderungen an die zu erbringende Qualität entscheidend ist, können die Indikatoren so, wie sie im jeweiligen Jahr verwendet wurden, herangezogen werden. Eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen im Detail, wie sie in der Qualitätsindikatorendatenbank (QIDB) angegeben wird, ist für QZAb-Indikatoren (im Gegensatz zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren)

also nicht erforderlich. Wenn keine substanziellen inhaltlichen Änderungen, z. B. des Qualitätsziels des Indikators, vorgenommen wurden, dann zeigen die Messergebnisse der Indikatoren in ihrer Zusammenschau (Indizes) nach jeweils aktuellem Stand *außerordentlich gute bzw. unzureichende* Qualität an. Die Indexergebnisse und die damit verbundene Bewertung sind dann für den Zweck der Verhandlungen über Zu- und Abschläge vergleichbar.

Der Indikator hat einen Referenzbereich

Neben der mehrjährigen Erfahrung mit einem Indikator ist für die Verwendung eines Indikators für Qualitätszu- und -abschläge das Vorhandensein eines Referenzbereiches zwingend erforderlich, weil nur so eine Schwelle vorhanden ist, an der die Qualität der erbrachten Leistung festgemacht werden kann. Wenn ein Indikator im bisherigen Verfahren keinen Referenzbereich hatte, kann er auch nicht für die Definition von *außerordentlich guter bzw. unzureichender* Qualität verwendet werden. Das Vorliegen eines Referenzbereiches ist außerdem Voraussetzung für die Durchführung des Strukturierten Dialogs, in dem qualitative Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten der einzelnen Qualitätsindikatoren vorgenommen werden. Seit dem Erfassungsjahr 2016 gibt es in der esQS keine Qualitätsindikatoren mehr ohne Referenzbereich. Da der Prüfung die Qualitätsindikatoren des Erfassungsjahres 2015 zugrunde liegen, in dem es noch Indikatoren ohne Referenzbereich gab, kommt dieses Kriterium hier letztmalig zur Anwendung.

Der Indikator ist Teil des Strukturierten Dialogs

Indikatoren für Qualitätszu- und -abschläge sollten bereits mindestens einmal einen Strukturierten Dialog durchlaufen haben. Dieses Kriterium wurde gewählt, damit vor ihrer Anwendung im Rahmen der Qualitätszu- und -abschläge bereits praktische Erfahrungen mit ihrer Anwendung im normalen Regelbetrieb vorliegen und die Validität der Dokumentation und der Ergebnisse im Normalbetrieb bereits getestet wurde. Dabei ist nicht das Ergebnis des Strukturierten Dialogs von Relevanz, sondern nur, dass der Indikator in den letzten beiden Jahren (2015, 2016) im Rahmen des Strukturierten Dialogs diskutiert wurde. Eingeschlossen werden dabei auch Qualitätsindikatoren, die im Rahmen eines Index in den Strukturierten Dialog eingegangen sind.

4.2.2 Risikoadjustierung

Um eine vergleichende Bewertung der Ergebnisse der Einrichtungen zu ermöglichen, müssen bei der Ergebnisberechnung die Risiken der unterschiedlichen Patientengruppen, die dort jeweils behandelt wurden, statistisch berücksichtigt werden. Bei den Prozessindikatoren der esQS wird davon ausgegangen, dass genau definiert ist, für welche Patienten die Prozessstandards einzuhalten sind. Gelten unterschiedliche Standards für bestimmte Patientengruppen, so werden unterschiedliche Kennzahlen für diese berechnet und angemessen bewertet. Bei Ergebnisindikatoren ist in der Regel eine komplexere Methode der Risikoadjustierung (z. B. multiple Regression) erforderlich, die mehrere, parallele Einflussvariablen berücksichtigt. Ergebnisindikatoren sollten in der Regel ohne eine solche Form der Risikoadjustierung nicht für Qualitätszu- und -abschläge verwendet werden.

Für Sentinel-Event-Indikatoren können komplexere Methoden der Risikoadjustierung aufgrund der geringen Fallzahlen nicht sinnvoll durchgeführt werden. Sie können daher allenfalls dann für

Qualitätszu- und -abschläge in Betracht gezogen werden, wenn für einen Prozessindikator nachvollziehbar ist, dass die zugrunde liegende Prozessanforderung in jedem Einzelfall unter der definierten Fallkonstellation eingehalten werden muss.

4.2.3 Inhaltliche Bewertung

Eine zusätzliche inhaltliche Bewertung der Indikatoren wird für diejenigen Indikatoren angeschlossen, die sich bei der Prüfung von Reife im Regelbetrieb und Risikoadjustierung als geeignet erwiesen. Diese inhaltliche Prüfung soll insbesondere sicherstellen, dass keine sonstigen, bisher nicht berücksichtigten Gründe gegen die Verwendung eines Qualitätsindikators für Qualitätszu- und -abschläge bestehen. So ist zu prüfen, ob bei manchen Ergebnisindikatoren die Qualitätsergebnisse dem Leistungserbringer in einem Ausmaß zugeschrieben werden können, so dass in der Konsequenz Qualitätszu- oder -abschläge gerechtfertigt sind. Auch wenn geplant ist, einen Indikator aus bestimmten Gründen (z. B. nicht mehr vorhandene Aktualität oder Relevanz) zukünftig nicht mehr zu verwenden, oder wenn es Hinweise auf mögliche Fehlanreize gibt, kann dies gegen eine Verwendung für Qualitätszu- und -abschläge sprechen. Die jeweiligen inhaltlichen Gründe für den Ausschluss eines Indikators werden an entsprechender Stelle angegeben und mit Quellen belegt.

Als Quellen für diese inhaltliche Beurteilung werden die Ergebnisse der Beratungen zu den Indikatoren in der jeweiligen Bundesfachgruppe, die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog, Hinweise aus den Expertentreffen (siehe Kapitel 5) oder aus der wissenschaftlichen Literatur sowie ggf. auch Sonderauswertungen der eigenen QS-Daten herangezogen. Für die inhaltliche Prüfung werden aber nicht bestimmte Kriterien systematisch abgearbeitet, sondern es werden in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit der den jeweiligen Leistungsbereich betreuenden Gruppe im IQTIG alle vorgebrachten Hinweise und Bedenken gesammelt, aufgegriffen und dann weiter abgeklärt.

4.2.4 Evidenzprüfung von Prozessindikatoren und Indikatoren, die Surrogat-Ergebnisse abbilden

Angesichts der finanziellen Folgen, die ggf. für die Leistungserbringer aus den Indikatorergebnissen abgeleitet werden, ist bei Prozessindikatoren zu prüfen, ob eine ausreichende wissenschaftliche Evidenz für den Zusammenhang zwischen dem Prozess und direkten patientenrelevanten Outcomes vorliegt: „Process-of-care measures should be evidence-based“ (Kondo et al. 2016). Ebenso muss bei Ergebnisindikatoren, die Surrogat-Ergebnisse bzw. Zwischenergebnisse (*Intermediate Outcomes*) abbilden, sichergestellt sein, dass zwischen diesen und dem oft erst nach Jahren messbaren Langzeitergebnis ein nachweisbarer Zusammenhang besteht. Die Evidenzprüfung erfolgt mittels systematischer Literaturrecherchen und steht wegen ihres hohen Aufwands am Ende der Prüfungskette der Indikatoren.

Suche nach (inter)nationalen evidenzbasierten Leitlinien

Zunächst erfolgt eine Recherche nach nationalen evidenzbasierten Leitlinien (S2e und S3) mit der jeweiligen zugrunde liegenden Fragestellung:

- Gibt es Leitlinien, die eine evidenzbasierte Empfehlung zur vom Indikator beschriebenen Prozess geben?

Die auf den QI passende Empfehlung muss dabei auf Evidenz basieren und eine direkte Verlinkung zur Literatur vorweisen. Die methodische Qualität der Leitlinienerstellung muss sich durch einen entsprechend hohen Domänenwert ($\geq 50\%$) bei der Genauigkeit der Leitlinienentwicklung widerspiegeln (Domäne 3, AGREE II (AGREE NEXT STEPS Consortiums 2013)).

Wenn für die Fragestellung keine Empfehlung aus aktuellen nationalen evidenzbasierten Leitlinien identifiziert werden kann, bzw. eine Leitlinie abgelaufen ist, erfolgt eine anschließende Ausweitung der Leitlinienrecherche auf internationale evidenzbasierte Leitlinien mit derselben Fragestellung und den vorgenannten formalen Anforderungen.

Suche nach systematischen Übersichtsarbeiten

Sollten sich auch international keine aktuellen evidenzbasierten Leitlinien finden lassen, so wird eine Recherche nach systematischen Reviews der letzten fünf Jahre angeschlossen.

Die recherchierbare Fragestellung wird mithilfe des PICO-Schemas (**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome) definiert.

Bei der Suche werden jeweils die letzten fünf Publikationsjahre berücksichtigt (ab 01.01.2012).

Recherche nach Systematischen Reviews

Bei der Suche nach systematischen Übersichtsarbeiten wird in der Cochrane Library in der Datenbank „Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)“ recherchiert. Ebenso erfolgt eine Suche in den Literaturdatenbanken Medline (via Ovid) und EMBASE (via Elsevier). Bei der Suche werden jeweils die letzten fünf Publikationsjahre berücksichtigt (ab 01.01.2012).

Suchstrategie, Suchbegriffe, Dokumentation

Im Rahmen der Leitlinienrecherche ist die Formulierung der Suchstrategie abhängig von der jeweiligen Leitlinien-Datenbank. Teilweise ist es in den Leitlinien-Datenbanken möglich, nach bestimmten Suchbegriffen zu recherchieren. Häufig ist jedoch ein Screening der gesamten Leitlinien-Veröffentlichungen durchzuführen, um themenrelevante Leitlinien zu identifizieren.

Die Suchstrategie für Systematische Reviews wird zunächst für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken EMBASE und Cochrane Library angepasst. Ausgehend vom PICO-Schema und ggfs. bereits vorab vorliegenden Publikationen werden die relevanten Suchbegriffe abgeleitet.

Für die Eingrenzung nach Systematischen Reviews wird je nach Datenbank auf bereits etablierte Suchfilter zurückgegriffen.

Die Suchstrategie wird für jede Datenbank schriftlich tabellarisch dokumentiert inkl. der Suchoberfläche, des Suchzeitraums, der Suchbegriffe, der Trefferzahl sowie sprachlichen und anderen Einschränkungen/ Filtern.

Literatúrauswahl

Die Titel und Abstracts (TiAb) – bei Leitlinien z. T. nur die Titel – werden von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern des IQTIG unabhängig voneinander in Bezug auf ihre inhaltliche Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Forschungsfrage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen werden diskutiert und konsentiert.

Die Volltexte (VT) der ausgewählten Leitlinien und systematischen Reviews werden von zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern des IQTIG unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 2 und Tabelle 3) zutreffen. Durch eine tabellarische Dokumentation des VT-Screenings werden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien bzw. systematischen Reviews dokumentiert. Uneinheitliche Bewertungen werden diskutiert und konsentiert.

Abgeleitet von der übergeordneten Fragestellung und dem PICO-Schema ergeben sich die folgenden methodisch-formalen und inhaltlichen Einschlusskriterien für nationale und internationale Leitlinien (Tabelle 2) sowie für systematische Reviews (Tabelle 3):

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien

E1	Aktuelle Leitlinie (Publikationsdatum ab 01. Januar 2012) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfehlungen werden formuliert bzw. abgeleitet aus Evidenz (S2e oder S3-Leitlinie)
E2	Deutsche oder englische Sprache
E3	Vollpublikation
E4	Enthält evidenzbasierte Empfehlung(en) zum zu untersuchenden Prozess (z. B. zur präoperativen Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur)
E5	AGREE-II-Bewertung für Domäne 3 \geq 50 %

Tabelle 3: Einschlusskriterien für Systematische Reviews

E11	Systematischer Review, ab 01. Januar 2012 publiziert
E12	Deutsche oder englische Sprache
E13	Vollpublikation
E14	Inhaltlich relevant nach PICO – passende Population
E15	Inhaltlich relevant nach PICO – passende Intervention/ Comparison
E16	Inhaltlich relevant nach PICO – passendes Outcome

Datenextraktion

Die Datenextraktion der ausgewählten Leitlinien bzw. der eingeschlossenen systematischen Reviews wird von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin oder einem wissenschaftlichen Mitarbeiter des IQTIG durchgeführt. Eine zweite Person des Fachbereichs Wissensmanagement prüft die Einträge auf Vollständigkeit und Richtigkeit.

Die Datenextraktion schließt relevante Leitlinieninformationen wie Publikationsjahr, Herausgeber, Land, Titel, Ziel der Leitlinie, Zielpopulation, Adressat, Methodik der Leitlinienerstellung, die Leitlinienempfehlungen, die zu dem Prozessindikator passen, sowie das Evidenzlevel und den Empfehlungsgrad mit ein. Diese Informationen werden in einer Datenextraktionstabelle/ Evidenztafel dokumentiert.

Qualitätsbewertung

Für die Leitlinienbewertung wird die deutsche Übersetzung des AGREE-II-Instruments verwendet (AGREE NEXT STEPS Consortiums 2013). Das Instrument besteht aus 23 Items, die 6 Domänen zugeordnet sind. Jede einzelne Domäne spiegelt dabei eine Qualitätsdeterminante der Leitlinien wider:

- Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck
- Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen
- Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung
- Domäne 4: Klarheit der Gestaltung
- Domäne 5: Anwendbarkeit
- Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit.

Zusätzlich erfolgen noch zwei Gesamtbewertungen der Leitlinie.

Die Leitlinien werden anhand dieses Instrumentes von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern des Fachbereichs Wissensmanagement unabhängig voneinander bewertet. Hierbei wird jedes Item auf einer Punkteskala von eins bis sieben bewertet und daraus für jede Domäne ein separater Wert errechnet. Diese sechs Domänenwerte werden zwischen den Leitlinien verglichen; sie sind unabhängig voneinander und dürfen nicht zu einem Gesamtwert zusammengefasst werden.

Mithilfe des AMSTAR-Instrumentes bewerten zwei wissenschaftliche Mitarbeiter unabhängig voneinander die Qualität systematischer Reviews. Bei dem Fragebogen sind 11 Items jeweils mit „Ja, Nein, nicht zu beantworten, nicht anzuwenden“ zu beantworten. Anschließend werden nur die „Ja“-Antworten gezählt und dargestellt. Uneinheitliche Bewertungen werden diskutiert und konsentiert.

4.2.5 Zusammenfassung: Eignungskriterien nach Reihenfolge ihrer Anwendung

Tabelle 4: Eignungskriterien nach Reihenfolge ihrer Anwendung

QI-ID	Reifegrad ok	Referenz- bereich	Risikoadjustierung (nur Ergebnis-QI)	Evidenz (nur Prozess-QI)	Prüf- ergebnis
1234	Ja →	Ja →	Ja →	Nicht erforderlich	+
2468	Ja →	Ja →	Prozess-QI →	schlecht	-
O815	Ja →	Nein →	-	-	-
4711	Ja →	Ja →	Nein →	-	-

4.2.6 Limitationen der Qualitätsindikatorenprüfung

Referenzbereich

Nicht für jeden Indikator können fixe Referenzwerte festgelegt werden. Ist dies der Fall, wird auf perzentilbasierte Referenzbereiche zurückgegriffen, die jeweils in Abhängigkeit der Ergebnisse aller Einrichtungen auf den Ergebnissen der x % besten bzw. x % schlechtesten Einrichtungen beruhen. Perzentilbasierte Referenzwerte zeigen also keine *absolute* Qualität der Leistung an, sondern basieren auf einem Ranking der Leistungserbringer. Im Hinblick auf Qualitätszu- und -abschläge kann dies problematisch sein, da z. B. im Falle eines durchgängig niedrigen Qualitätsniveaus die 5 % Besten nicht wirklich gute und umgekehrt im Falle eines durchgängig hohen Qualitätsniveaus die 5 % Schlechtesten nicht unbedingt schlechte Qualität erbracht haben. Darüber hinaus kann bei fehlender Varianz der Ergebnisse, also dem Fehlen bedeutsamer Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen, ein perzentilbasierter Referenzwert nicht für Qualitätszu- und -abschläge verwendet werden, da dann trotz nur minimaler Qualitätsunterschiede eine Zuordnung der niedrigen Ränge zu schlechter und der hohen Rangplätze zu guter Qualität erfolgen würde. Es wurde dennoch die Entscheidung getroffen, Indikatoren mit aktuell perzentilbasierten Referenzwerten bei der Eignungsprüfung der Indikatoren nicht von vornherein auszuschließen. Sind Indikatoren mit perzentilbasierten Referenzbereichen im finalen Indikatorenset vorhanden, sollte ihre Diskriminierungsfähigkeit und ihre Aussagekraft für Qualitätszu- und -abschläge, anhand der Ergebnisse der Vorjahre geprüft werden, bevor sie für die Bewertung und Indexberechnung verwendet werden. Im Rahmen dieser Prüfung kann dies noch zum Ausschluss von weiteren Indikatoren führen, die dann nicht in die Indexberechnung einfließen. Sollten Indikatoren mit perzentilbasierten Referenzwerten eingesetzt werden, müssen ggf. Referenzwerte prospektiv festgelegt werden.

Risikoadjustierung

Ein vollkommen befriedigendes quantitatives Maß für eine *gute* Risikoadjustierung, das eine absolute Bewertung erlaubt, steht gegenwärtig nicht zur Verfügung. Zurzeit verwendete Maße der Prognosegüte des für patientenseitige Risikofaktoren adjustierenden Regressionsmodells, wie

z. B. „Area under the curve“ (AUC), schlüsseln nicht auf, inwiefern das Qualitätsergebnis durch weitere, derzeit nicht berücksichtigte patientenseitige Effekte, durch Einflüsse der Einrichtung oder durch stochastische Restvariation erklärbar ist. Die Einschätzung der Qualität der Risikoadjustierung ist daher Teil der inhaltlichen Prüfung. Wenn hier nicht ausräumbare Bedenken gesehen werden, wird der Indikator ausgeschlossen.

Datenvalidität

Die Kriterien für die Datenvalidität werden aktuell überarbeitet, sodass die Datenvalidität derzeit für eine Reifeprüfung der Indikatoren nicht herangezogen werden kann. Die Beauftragung des IQTIG zur Entwicklung eines Datenvalidierungsverfahrens (G-BA 2017b) erfolgte am 15. Juni 2017. Das Ergebnis der Beauftragung ist bis zum 31. Mai 2018 vorzulegen und die darauf basierende Entscheidung des G-BA sollte Grundlage der Datenvalidierung auch für Qualitätszu- und -abschläge sein.

4.3 Bewertungskonzept

Im Verfahren qualitätsabhängige Zu- und Abschläge soll die erbrachte Qualität einer Einrichtung in den für Qualitätszu- und -abschläge ausgewählten Leistungen als *unzureichend* (= *abschlagswürdig*) und *außerordentlich gut* (= *zuschlagswürdig*) klassifizierbar sein. Diese Zuordnung soll auf einer indikatorübergreifenden Bewertung basieren, die daher auf einem Indexkonzept aufbauen wird.

Dieses wird einen *Abschlagsindex* beinhalten, der *unzureichende* Qualität abbildet, und einen *Zuschlagsindex*, der *außerordentlich gute* Qualität abbildet. Ein mittleres Qualitätsniveau liegt vor, wenn weder die Voraussetzungen für die Berechnung des Zuschlags- noch des Abschlagsindex gegeben sind.

4.3.1 Grundsätzliche Entwicklungsschritte der Index-Bildung

Das IQTIG richtet sich bei der Erstellung von Indikatoren-Indizes nach einem allgemeinen Konzept, bestehend aus fünf Schritten (OECD 2008b):

1. *Definition eines theoretischen Indexmodells*: Wie ist die Indexmodellierung methodisch zu gestalten?
2. *Variablenselektion*: Welche Indikatoren stehen für die Indexkonstruktion zur Verfügung und können in den Index einbezogen werden?
3. *Wahl der Aggregationsmethode und Normalisierung*: Auf welcher Ebene sollen die Variablen aggregiert werden? Liegen die Indikatoren auf gleichen Skalen vor, oder müssen sie vor der Aggregation normalisiert werden?
4. *Gewichtung der Dimensionen und Aggregation*: Bei einem mehrdimensionalen Index hängt die valide Aussagekraft des Index entscheidend von der Gewichtung der einzelnen Indikatoren ab.
5. *Indexevaluation*: Prüfung der Korrelationsstruktur der konstituierenden Variablen untereinander, Analyse der Indikator-Index-Korrelationen sowie Sensitivitätsanalysen der Gewichte.

Im Folgenden werden diese fünf Entwicklungsschritte grundsätzlich erläutert.

4.3.2 Entwicklung eines theoretischen Indexmodells

Im ersten Schritt soll festgelegt werden, was durch die Indexbildung abgebildet werden soll und wie die methodische Vorgehensweise dazu sein soll. Alle weiteren Schritte müssen dann darauf hin optimiert werden, dass sie die Darstellung des hier zu definierenden Konstrukts erlauben. Die Frage, welches inhaltliche Konstrukt ein Index, der die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren zusammenfasst, abbilden soll, ist eng verknüpft mit der Frage, wie stark Informationen aggregiert werden sollen. Die hypothetischen Extreme reichen von keiner Aggregation bis hin zur Bildung eines Gesamtqualitätsindex zum jeweiligen Versorgungsbereich. Anhand der formulierten Anforderungen und Motivationen zur Indexbildung muss daher ausgelotet werden, welcher Grad an Informationsverdichtung zwischen diesen beiden Extremen gewählt werden soll. So ist z. B. auch die Entscheidung z. B. für einen *Zuschlagsindex* und einen *Abschlagsindex* eine Entscheidung für einen bestimmten Aggregationsgrad.

Im Rahmen des theoretischen Indexmodells muss auch die Funktion des Indexwertes für die nachfolgenden Steuerungshandlungen berücksichtigt werden. Die abschließende Bewertung der Qualitätsindikatoren im Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig bzw. unauffällig soll dabei gegenüber dem rein rechnerisch auffälligen Ergebnis den Vorrang erhalten, d. h. im Falle rechnerisch auffälliger Ergebnisse fließen nur die Indikatoren in die Berechnung eines Abschlagsindex ein, die auch im Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig bewertet wurden.

Für Akzeptanz und Interpretierbarkeit von Indizes ist die transparente Darstellung und Berechnung von zentraler Bedeutung (OECD 2008b). Für das Indexkonzept bedarf es daher auch einer geeigneten Aufbereitung der für die Transparenz erforderlichen Informationen, die gezielt aufschlüsseln, wie sich das Indexergebnis zusammensetzt. Visualisierungsbeispiele für die im Folgenden entwickelten Indizes werden im Abschnitt zur Modellrechnung (siehe Abschnitt 8.4.2) dargestellt.

4.3.3 Variablenselektion

Die Variablen der geplanten Indizes werden durch die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren gebildet. Die Vorgaben des Auftrags gestatten in der gegebenen Zeit keine Neuentwicklung von Indikatoren. Daher ist in dieser ersten Projektstufe die Auswahl begrenzt auf diejenigen Indikatoren, die im ausgewählten Leistungsbereich aktuell vorliegen und die nicht in der Eignungsprüfung für die Indikatoren für Qualitätszu- und -abschläge ausgeschieden sind.

4.3.4 Wahl der Aggregationsmethode und Normalisierung

Nach der Variablenselektion muss geklärt werden, wie die verschiedenen Indikatoren in den Indizes aggregiert werden sollen. Dabei sind die Aggregationsebene und die Aggregationsform zu definieren. Die Aggregationsebene ist durch die Natur der Verfahren bereits gegeben: die Daten werden auf dem Niveau der Leistungserbringer aggregiert und zwar einerseits zur Messung *außerordentlich guter* Qualität, zum anderen zur Messung *unzureichender* Qualität.

Vor dem Zusammenfassen der Indikatoren ist eine Normalisierung der Leistungserbringerergebnisse erforderlich. Darunter werden statistische Prozeduren bezeichnet, die Variablen, die auf unterschiedlichen Skalen vorliegen bzw. sehr unterschiedliche Verteilungen aufweisen, in eine einheitliche Metrik überführen. Der aus den normalisierten Indikatoren gebildete Index liegt dann nicht mehr in der ursprünglichen Metrik der konstituierenden Indikatoren vor. Dies ist unvermeidlich, wenn Indikatoren in verschiedenen Metriken vorliegen (z. B. wenn O/E-Indikatoren und Raten-Indikatoren zusammengeführt werden sollen). Auch bei Vorliegen einer gleichen Metrik führen große Unterschiede in den Varianzen zu einer impliziten und ggf. unerwünschten Gewichtung der Indikatoren im Index, sodass eine Normalisierung erforderlich ist.

4.3.5 Gewichtung

Im nächsten Schritt muss entschieden werden, ob eine unterschiedliche Gewichtung bestimmter Indikatoren vorgenommen werden soll. Soll dies nicht geschehen, werden automatisch alle Indikatoren gleich gewichtet. Entscheidet man sich für eine additive Verrechnung der Variablen zu einem Index, stehen grundsätzlich die Methoden der Zähler-basierten Gewichtung, der Nenner-basierten Gewichtung, eine Experten-basierte Gewichtung, Daten-gestützte Gewichtungen sowie eine Gleichgewichtung zur Verfügung (Schwartz et al. 2015, OECD 2008b).

Das IQTIG schlägt eine Gewichtung nach klinisch-inhaltlich Aspekten vor (siehe Abschnitt 8.3.6).

4.3.6 Indexevaluation

Mit dem Festlegen der Gewichte für die konstituierenden Variablen und der Festlegung der Normalisierungsverfahren ist der Index berechenbar. Der letzte Schritt erfordert dann Analysen zur Prüfung der Eigenschaften des Index. Diese Analysen dienen als Qualitätssicherungsschritte und beinhalten zum Beispiel Prüfungen der Korrelationsstruktur der konstituierenden Variablen untereinander, Analysen der Variable-Index-Korrelationen (analog zu Trennschärfeanalysen) sowie Sensitivitätsanalysen der Gewichte. Gerade letzteres ermöglicht eine Abschätzung der Stabilität der Werte der Leistungserbringer auf dem Index in Abhängigkeit von den gewählten Gewichten für die konstituierenden Variablen.

5 Einbindung von externen Expertinnen und Experten

5.1 Erstes Expertentreffen

Im Rahmen eines ganztägigen Expertentreffens, das am 22. März 2017 im IQTIG stattfand, wurden die Prüfkriterien für die Auswahl des Leistungsbereichs und für die Indikatorenprüfung vorgestellt und diskutiert und es wurde der Entwurf des Bewertungskonzepts besprochen.

Die Zusammensetzung der Expertengruppe umfasste Expertinnen und Experten aus den Reihen der Leistungserbringer und der Kostenträger, des Krankenhaus-Controllings sowie dem voraussichtlich zur Empfehlung vorgesehenen Leistungsbereichs (Mitglieder der Bundesfachgruppe und der Fachgesellschaft). Eine Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Angaben zu deren Interessenskonflikten finden sich im Anhang C.

Ziel der Veranstaltung war eine frühzeitige Einbindung von Akteuren der unterschiedlichen Ebenen wie sie auch in Implementationshinweisen und Studien zu P4P vorgeschlagen wird (z. B. (Kondo et al. 2016)). Schwerpunkte waren die Diskussion der Vorgehensweise im Hinblick auf Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit und das Sammeln von Hinweisen und Bedenken aus unterschiedlichen Perspektiven. Ein systematischer Bewertungsprozess von Verfahrensbestandteilen wurde nicht durchgeführt.

5.2 Zweites Expertentreffen

Ein weiteres ganztägiges Expertentreffen fand am 13. September 2017 in den Räumen des IQTIG statt. In diesem Expertentreffen wurden die Prüfkriterien für die Auswahl eines Leistungsbereichs und für die Indikatorenprüfung der Bundesfachgruppe *Herzchirurgie* und Vertretern der Fachgesellschaft vorgestellt und das Bewertungskonzept sowie die Index-Modellrechnungen zum Zu- und Abschlagsindex in den herzchirurgischen Leistungsbereichen diskutiert.

Eine Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Angaben zu deren Interessenskonflikten finden sich im Anhang D.

Das zweite Expertentreffen wurde vor dem Hintergrund des geänderten G-BA Auftrags durchgeführt (siehe Abschnitt 3.2), der eine zusätzliche Prüfung der herzchirurgischen Leistungsbereiche vorsieht. Ziel war es, die Expertinnen und Experten zu Verständlichkeit, Praktikabilität und zu möglichen Auswirkungen einer Umsetzung des Verfahrens Qualitätszu- und -abschläge in den herzchirurgischen Leistungsbereichen zu hören. Ein systematischer Bewertungsprozess von Verfahrensbestandteilen wurde nicht durchgeführt. Die Ergebnisse und in welcher Weise sie bei der Verfahrensgestaltung Berücksichtigung fanden, werden in Kapitel 6 in den jeweiligen Unterkapiteln dargestellt.

5.3 Externes Stellungnahmeverfahren

Vom 4. Mai bis 6. Juni 2017 wurde ein externes Stellungnahmeverfahren zum Vorbericht zu Schritt 1 des Auftrags Qualitätszu- und -abschläge durchgeführt. Bis zum 9. Juni 2017 gingen 16 Stellungnahmen der zu beteiligenden Institutionen gemäß § 137a Abs. 7 SGB V beim IQTIG ein. Diese kamen von zwei Trägerorganisationen des G-BA (DKG, GKV-SV), der Patientenvertretung, der Bundesärztekammer, dem Deutschen Pflegerat, dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe sowie den Fachgesellschaften (AWMF, DGOU, DGK, DEGAM, DGN, DIVI). Darüber hinaus äußerten sich via Stellungnahme das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF), das EbM-Netzwerk und das DIMDI sowie die Länder, vertreten durch das Land Bremen.

Die Stellungnahmen wurden analysiert; Hinweise, Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge wurden in der ersten Fassung des Abschlussberichts berücksichtigt und finden auch Eingang in die hier vorgelegte zweite Fassung des Abschlussberichts.

Eine separat zu veröffentlichende Würdigung der eingegangenen Stellungnahmen stellt detaillierter dar, welche Anmerkungen, Hinweise und Verbesserungsvorschläge berücksichtigt wurden. Die gestellten Fragen werden beantwortet und es wird Auskunft darüber gegeben, ob und wie diese Vorschläge im vorliegenden Abschlussbericht einen Niederschlag gefunden haben. Der Abschlussbericht in der zu veröffentlichenden zweiten Fassung wird am 6. Oktober 2017 dem G-BA übermittelt, der nun die Aufgabe hat, hinsichtlich der Umsetzung einen Beschluss zu fassen.

Zusammen mit der Veröffentlichung der Würdigung der Stellungnahmen werden auch die eingegangenen Stellungnahmen in voller Länge im dazu gehörigen Anhang veröffentlicht.

6 Anwendung der Prüfkriterien auf die Verfahren der esQS

6.1 Prüfung auf Leistungsbereichsebene

Bei der nun folgenden Ergebnisdarstellung zu der Prüfung auf der Ebene der Leistungsbereiche wird auf die Beschreibung derjenigen Leistungsbereiche fokussiert, die auf der Basis des jeweiligen Kriteriums für Schritt 1 für Qualitätszu- und -abschläge ausgeschlossen wurden.

Tabelle 5 fasst die Ergebnisse zur Prüfung der Ergebnisse auf der Ebene der Leistungsbereiche zusammen. In den dann folgenden Abschnitten werden anhand der Prüfkriterien die Besonderheiten in den zum jetzigen Zeitpunkt nicht empfohlenen Leistungsbereichen dargestellt.

Tabelle 5: Übersicht über die Ergebnisse der Prüfung auf Leistungsbereichsebene: Ausgeschlossene Leistungsbereiche

Fachgebiet	Leistungsbereich	Ausschlussgrund
Gefäßchirurgie	Karotis-Revaskularisation	Deckeneffekte: Kein Verbesserungspotenzial in den vorhandenen Indikatoren
Innere Medizin (Kardiologie)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Neuorganisation des Verfahrens (Qesü)
Transplantationsmedizin	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme Lungen und Herz-Lungentransplantation Lebertransplantation Nierentransplantation Nierenlebenspende Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Geringe Fallzahlen Wenige Zentren Aktuell sich ändernde Regularien (Transplantationsgesetz; Transplantationsregistergesetz)
Gynäkologie	Mammachirurgie Gynäkologische Operationen	PlanQI, keine Ergebnisindikatoren PlanQI
Perinatalmedizin	Neonatalogie Geburtshilfe	Neuorganisation des Verfahrens PlanQI
Orthopädie und Unfallchirurgie	Hüftendoprothesenversorgung (HEP) Knieendoprothesenversorgung (KEP)	Ausgewählt für Qualitätsverträge
Pflege	Dekubitusprophylaxe	Zu kleines Indikatorenset

6.1.1 Erfahrungsgrundlage mit dem Verfahren

Einige der für die Auswahl einer Leistung/eines Leistungsbereichs in Schritt 1 zur Verfügung stehenden Verfahren der esQS haben in den vergangenen beiden Erfassungsjahren (EJ) substantielle inhaltliche Veränderungen erfahren. Insbesondere der Übergang vom rein stationären zu einem sektorenübergreifenden QS-Verfahren stellt eine solche grundlegende Veränderung dar. So bezog sich das Verfahren *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* im Erfassungsjahr 2015 zum letzten Mal ausschließlich auf den stationären Bereich (QSKH-RL). Ab dem EJ 2016 werden auch Daten zu den ambulant durchgeführten Koronarangiographien erfasst, sodass das Verfahren in den Bereich der Richtlinie zu einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)⁴ überführt wurde. Darüber hinaus sollen zukünftig Daten aus einer Patientenbefragung in die Qualitätsbewertung einfließen. Mit dem sektorenübergreifenden QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* bestehen derzeit keine Erfahrungen, die eine solide Basis für ein Bewertungskonzept für die Definition *unzureichender* und *außerordentlich guter* Qualität für die Vergabe von Qualitätszu- und -abschlägen darstellen. Darüber hinaus wird das QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* durch die neu hinzukommenden Bausteine (ambulante Erhebung, Patientenbefragung) deutlich umfangreicher und komplexer. Nur mit dem *alten* Verfahrensteil zu starten, würde bedeuten, im stationären Bereich Qualitätszu- und -abschläge einzuführen, im ambulanten jedoch nicht. Ein solches Vorgehen ist schwer begründbar und könnte zu nicht absehbaren Fehlanreizen führen. Hier sollte zunächst abgewartet werden, bis genügend Erfahrungen vorliegen, um dann ggf. alle Verfahrensbereiche in ein Verfahren mit qualitätsorientierter Vergütung einzubeziehen. Es wird daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht empfohlen, das Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* für Qualitätszu- und -abschläge auszuwählen.

Auch im Bereich der Perinatalmedizin stehen durch die geplante Zusammenführung der Daten aus *Geburtshilfe* und *Neonatalogie* mit übergreifenden Qualitätsindikatoren wichtige Veränderungen an, die eine Verwendung dieses ohnehin sehr komplexen Leistungsbereichs für Qualitätszu- und -abschläge nicht ratsam erscheinen lassen, da keine Erfahrungen mit den Neuerungen bestehen.

Fazit: Angesichts der aktuell nicht ausreichenden Erfahrungsgrundlage mit den Verfahren als Folge einer Umstrukturierung werden das Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* sowie der Leistungsbereich *Neonatalogie* für Schritt 1 des Verfahrens Qualitätszu- und -abschläge nicht empfohlen.

6.1.2 Überschneidung mit anderen regulatorischen Verfahren

Eine Überschneidung von Qualitätszu- und -abschlägen mit anderen regulatorischen Verfahren ist für Schritt 1 des Verfahrens nicht vorgesehen (siehe Kapitel 4).

⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. April 2010, zuletzt geändert am 15. Dezember 2016, in Kraft getreten am 16. März 2017.

Fazit: Wegen zeitgleicher oder zeitnaher Einführung anderer regulatorischer Verfahren werden die Leistungsbereiche *Gynäkologische Operationen (PlanQI)*, *Mammachirurgie (PlanQI)*, *Geburtshilfe (PlanQI)*, *Hüftendoprothesenversorgung* (ausgewählt für Qualitätsverträge) und *Knieendoprothesenversorgung* (ausgewählt für Qualitätsverträge) für Schritt 1 des Verfahrens nicht empfohlen.

6.1.3 Direkte versus indirekte Verfahren für Qualitätszu- und -abschläge in Schritt 1

Die Gründe, warum die Abwägung zwischen der Verwendung eines *indirekten* und eines *direkten* Verfahrens für die Einführung von Qualitätszu- und -abschläge bedeutsam ist, wurden im Methodenteil dargelegt (siehe Abschnitt 4.1.3)

Insbesondere der einheitlich durchgeführte und am IQTIG angesiedelte Strukturierte Dialog wird dabei als *Pro-Argument* für die Wahl eines *direkten* Verfahrens angesehen. Nichtsdestotrotz sprechen andere Faktoren gegen einige direkte Verfahren. Zu diesen Gründen gehört die kleine Zahl vorhandener Zentren sowie meist niedrigen Fallzahlen. So betreffen die Leistungsbereiche *Transplantationsmedizin* zwischen 15 und 38 Zentren bundesweit. Zusätzlich werfen die niedrigen Fallzahlen in vielen Zentren mathematische Probleme auf hinsichtlich der Zuverlässigkeit der auf dieser Basis berechneten Qualitätsergebnisse. Darüber hinaus unterliegen diese Leistungsbereiche aktuell sich ändernden Regularien (Transplantationsgesetz, Transplantationsregistergesetz). Die Qualitätsindikatoren der Leistungsbereiche *Transplantationsmedizin* werden daher nicht in die Prüfung für ein Verfahren zur qualitätsorientierten Vergütung einbezogen.

Der Leistungsbereich *Herzchirurgie* betrifft bundesweit 106 Krankenhausstandorte (Stand 2016) und kommt auch hinsichtlich der Fallzahlen grundsätzlich für das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge in Frage. Für die herzchirurgischen Leistungsbereiche wird daher eine Einzelprüfung der Qualitätsindikatoren vorgenommen (siehe Abschnitt 6.2.4).

Fazit: Die transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche werden für Schritt 1 des Verfahrens Qualitätszu- und -abschläge nicht empfohlen. Die direkten Leistungsbereiche der *Herzchirurgie*, werden in die Prüfung der Qualitätsindikatoren einbezogen.

6.1.4 Verbesserungspotenzial

Verbesserungspotenziale finden sich in fast allen Leistungsbereichen. Im Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation* sind die Ergebnisse jedoch seit Jahren gleichbleibend gut. Die rechnerischen Ergebnisse zeigen deutliche Deckeneffekte. Deckeneffekte liegen vor, wenn die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren alle am oberen Ende der Messskala liegen und somit Qualitätsunterschiede bzw. ein Qualitätszuwachs nicht (mehr) abgebildet werden kann.

Nach dem Strukturierten Dialog waren im EJ 2015 in keinem Indikator mehr als 10 Standorte (von 648) qualitativ auffällig.

Fazit: Aufgrund anhaltender Deckeneffekte wird der Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation* für Schritt 1 von Qualitätszu- und -abschlägen nicht empfohlen.

6.1.5 Indikatorenset

Das Indikatorenset des Leistungsbereichs *Mammachirurgie* enthält nur Prozessindikatoren und ist auch aus diesem Grund (neben der Überschneidung mit PlanQI) für Schritt 1 nicht zu empfehlen. Da der Leistungsbereich *Pflege: Dekubitusprophylaxe* nur einen Indikator (mit mehreren Kennzahlen) enthält, ist hier eine Indikatorenübergreifende Bewertung nicht möglich.

Fazit: Die Indikatorensets der Leistungsbereiche *Mammachirurgie* und *Pflege: Dekubitusprophylaxe* sind derzeit für Qualitätszu- und -abschläge nicht geeignet.

6.1.6 Verbleibende Leistungsbereiche

- *Ambulant erworbene Pneumonie*
- *Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, -Aggregatwechsel und -Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation) sowie Implantierbare Defibrillatoren (Implantierbare-Defibrillatoren-Implantation, -Aggregatwechsel- und Revision/ Systemwechsel/ Explantation)*
- *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*
- *Herzchirurgie*

Für diese Leistungsbereiche erfolgte die weitere Prüfung auf der Ebene der Qualitätsindikatoren und zwar getrennt nach Leistungsbereichen.

6.2 Prüfung der Qualitätsindikatoren

Die Prüfung der Qualitätsindikatoren erfolgte - wie im Methodenteil beschrieben - nach den Kriterien *Reife im Regelbetrieb, Vorhandensein einer Risikoadjustierung, inhaltliche Bewertung und Evidenzprüfung*. Die Ergebnisse der Anwendung der beschriebenen Prüfschritte werden nun bezogen auf die in der Auswahl für Schritt 1 verbliebenen Leistungsbereiche dargestellt. Geprüft wurde auf der Basis der Indikatoren des Erhebungsjahres 2016.

6.2.1 Indikatorenprüfung im Leistungsbereich *Ambulant erworbene Pneumonie*

Der Leistungsbereich ambulant erworbene Pneumonie enthält neun Prozess- und zwei Ergebnisindikatoren. Da für die Empfehlung eines Leistungsbereiches für Qualitätszu- und -abschläge das Vorhandensein von Ergebnisindikatoren als eine notwendige Voraussetzung festgelegt wurde (siehe Kapitel 4), wurden prioritär die Ergebnisindikatoren einer Prüfung auf Reife, Risikoadjustierung sowie einer inhaltlichen Bewertung unterzogen, da ohne diese Indikatoren kein für Qualitätszu- und -abschläge verwendbares Indikatorenset vorliegt.

Indikator Sterblichkeit im Krankenhaus

Der Indikator Sterblichkeit im Krankenhaus bildet nur bedingt die Qualität der Behandlung ab, weil bei schwerstkranken, (hoch-)betagten und multimorbiden Patientinnen und Patienten, ggf. eine rein palliative Therapieausrichtung erfolgt. Therapieabbrüche werden zwar erfasst, jedoch ist die Dokumentationsqualität des entsprechenden Feldes fraglich. So haben Plausibilitätsprüfungen ergeben, dass in den Jahren 2014 und 2015 etwa 45 % der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Therapieabbruch wegen palliativer Behandlungsausrichtung angegeben war, die

Klinik lebend verlassen haben (Auswertung des IQTIG für die Herbstsitzung der Bundesfachgruppe: Von den Patientinnen und Patienten, bei denen ein Therapieabbruch dokumentiert war, wurden knapp 30% regulär entlassen, ca. 12 % wurden ins Pflegeheim entlassen und 2-3 % wurden in ein anderes Krankenhaus verlegt). Sehr wahrscheinlich wird also viel zu häufig ein Therapieabbruch aus palliativer Indikation angegeben (AQUA 2014). Solange dieses Dokumentationsproblem nicht gelöst ist, ist der Indikator für das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge nicht geeignet.

Indikator Stabilitätskriterien

Bis 2015 war der Qualitätsindikator *Stabilitätskriterien* (Blutdruck, Herzfrequenz, spontane Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Temperatur, stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme und keine pneumoniebedingte Desorientierung) sowohl als Ergebnisindikator (mit patientenrelevanten Endpunkten) als auch als Prozessindikator (Stabilitätskriterien wurden erhoben), im Indikatorenset des Leistungsbereichs *Ambulant erworbene Pneumonie*. Aufgrund von Deckeneffekten entfällt dieser Ergebnisindikator ab dem Erfassungsjahr 2016.

Fazit

Der Leistungsbereich *Ambulant erworbene Pneumonie* wird aufgrund des Ausscheidens der beiden Ergebnisindikatoren nicht für Schritt 1 von Qualitätszu- und -abschläge empfohlen, da das verbleibende Indikatorenset nur Prozessindikatoren enthalten würde.

6.2.2 Indikatorenprüfung in den Leistungsbereichen *Herzschrittmacherversorgung* und *Implantierbare Defibrillatoren*

Aufgrund ihrer inhaltlichen Nähe erscheint es sinnvoll, die Qualitätsindikatoren der Leistungsbereiche *Herzschrittmacherversorgung* und der Leistungsbereiche *Implantierbare Defibrillatoren* gemeinsam zu prüfen und ggf. auch zusammen für das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge einzusetzen.

Indikatorenprüfung im Leistungsbereich *Herzschrittmacherversorgung*

Der seit dem Erfassungsjahr 2015 zusammengefasste Leistungsbereich *Herzschrittmacherversorgung* enthält drei bislang getrennte Bereiche: (1) *Herzschrittmacher-Implantation*, (2) *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* und (3) *Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation*).

Im Erfassungsjahr 2016 kam als weitere Neuerung die Einführung von Follow-Up-Indikatoren hinzu, mit denen durch Fallzusammenführung z. B. auch Komplikationen erfasst werden können, die erst nach Verlassen des Krankenhauses auftreten. Allerdings wird eine Risikoadjustierung vorerst nur für den Qualitätsindikator zu prozedurassoziierten Problemen eingeführt, und hier auch nur nach der Art des Herzschrittmachersystems. Weitere Probleme bei den Follow-Up-Indikatoren bestehen darin, dass die Daten derzeit in einem noch zu geringen Anteil an Fällen ein Patientenpseudonym enthalten, welches zwingend für die Verknüpfung der Datensätze benötigt wird. Der Anteil an Fällen mit Patientenpseudonym müsste dem Anteil an GKV-Versi-

cherten Patientinnen und Patienten entsprechen. Das ist aktuell noch nicht der Fall. Auch müssen erst noch Erfahrungen im Strukturierter Dialog gesammelt werden, da eine fallbezogene Aufarbeitung von rechnerischen Auffälligkeiten aus Gründen des Datenschutzes nur eingeschränkt möglich ist (nämlich v.a. dann nicht, wenn der Folgeeingriff in einem anderen Krankenhaus stattgefunden hat als der Indexeingriff). Diese und andere noch offene Fragen führten zum Ausschluss der Follow-Up-Indikatoren, die aber andererseits als so zentral für den Leistungsbereich angesehen werden, dass der Leistungsbereich – auch wenn formal ein ausreichendes Indikatorenset bestünde – derzeit nicht für Qualitätszu- und -abschläge Schritt 1 empfohlen wird. Eine aktuelle Evidenzprüfung für die einzelnen Prozessindikatoren wurde deshalb zum jetzigen Zeitpunkt nicht durchgeführt. Diese sollte dann angeschlossen werden, wenn die Reife im Regelbetrieb und die Risikoadjustierung für die zentralen Ergebnisindikatoren vorhanden sind.

Die Prüfergebnisse der drei Herzschrittmacher-Bereiche *Implantation, Aggregatwechsel und Revision/Systemwechsel/Explantation* sind in Tabelle 6, Tabelle 7 und Tabelle 8 im Detail dargestellt. Basis der Prüfung ist die QIDB des Erfassungsjahres 2016 (IQTIG 2016b).

Tabelle 6: Indikatorenprüfung Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
54139	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	Ja	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Stark geänderte Rechenregel gegenüber 2015	-	I/P
QZ	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacherimplantation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen.					
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	Ja	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Ok	Aktuell nicht geprüft	I/P
QZ	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen.					
54143	Systeme 3. Wahl	Nein (2015 kein Referenzbereich)	-	-	-	P
QZ	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen					
52128	Eingriffsdauer	Ja	Ja	Indikator muss aktualisiert werden*	-	P
QZ	Möglichst kurze Eingriffsdauer.					

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
10117	Dosis-Flächen-Produkt	Nein (Neu seit 2016)	-	-	-	P
QZ	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.					
52305	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	Ja	Ja	Ok	Aktuell nicht geprüft	E
QZ	Möglichst viele Reizschwellen und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen.					
1103	Chirurgische Komplikationen	Ja	Aktuell nicht risikoadjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen.					
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	Ja	Aktuell nicht risikoadjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen.					
51191	Verhältnis der beobachteten zur erwartenden Rate (O / E) an Todesfällen	Ja	Ja	Ok	Direktes patientenrelevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus.					
2190	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	Nein (Neu seit 2016)	Aktuell nicht risikoadjustiert	-	-	E/FU
QZ	Die Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats bei Ein- und Zweikammersystemen soll nicht unter vier Jahren betragen.					

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Hardwareproblem (Aggregat und/oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb von 8 Jahren	Nein (Neu seit 2016)	Aktuell nicht risiko-adjustiert	-	-	E/FU
QZ	Möglichst hoher Anteil an Patienten mit implantierten Herzschrittmacher ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat und/oder Sonde).					
2194	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an prozedur-assoziierten Problemen (Sonden-bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	Nein (Neu seit 2016)	Ja	-	-	E/FU
QZ	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patienten mit implantierten Herzschrittmacher.					
2195	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	Nein (Neu seit 2016)	Aktuell nicht risiko-adjustiert	-	-	E/FU
QZ	Möglichst hoher Anteil an Patienten mit implantierten Herzschrittmacher ohne Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation					

*Mitteilung aus der BFG

QZ: Qualitätsziel gemäß esQS

Hinweis zur Interpretation der Tabelle:	<input type="checkbox"/>	Indikator scheidet aus
	<input type="checkbox"/>	Indikator hat Prüfkriterium bestanden
	<input type="checkbox"/>	Aktuell nicht abschließend geprüft

Tabelle 7: Indikatorenprüfung Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher Aggregatwechsel

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
210	Eingriffsdauer bis 45 Minuten	Ja	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Indikator muss aktualisiert werden*	-	P
QZ	Möglichst kurze Eingriffsdauer.					
52307	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	Ja	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Ok	Aktuell nicht geprüft	P
QZ	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden.					
1096	Chirurgische Komplikationen	Ja	Aktuell nicht risiko-adjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen.					
51398	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nein (Kein Referenzbereich) Sentinel-Event	Nein	-	-	E
QZ	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus.					

*Mitteilung aus der BFG

QZ: Qualitätsziel gemäß esQS

Hinweis zur Interpretation der Tabelle:	<input type="checkbox"/>	Indikator scheidet aus
	<input checked="" type="checkbox"/>	Indikator hat Prüfkriterium bestanden
	<input type="checkbox"/>	Aktuell nicht abschließend geprüft

Tabelle 8: Indikatorenprüfung Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
1089	Chirurgische Komplikationen	Ja	Aktuell nicht risiko-adjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen.					
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	Ja	Aktuell nicht risiko-adjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen.					
51404	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	Ja	Ja	Ok	Direktes patienten-relevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus.					
QZ: Qualitätsziel gemäß es QS						
Hinweis zur Interpretation der Tabelle:		<input type="checkbox"/>	Indikator scheidet aus			
		<input checked="" type="checkbox"/>	Indikator hat Prüfkriterium bestanden			
		<input type="checkbox"/>	Aktuell nicht abschließend geprüft			

Indikatorenprüfung im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren*

Was bereits für die Indikatoren des Leistungsbereichs *Herzschrittmacherversorgung* dargelegt wurde, gilt auch für die Leistungsbereiche *Implantierbare Defibrillatoren*. Hinzu kommt, dass in diesem Leistungsbereich patientenidentifizierende Daten erst ab dem Erfassungsjahr 2018 erhoben werden. Erst dann können somit Follow-Up-Indikatoren berechnet werden. Durch das Follow-Up werden die Indikatoren zu Komplikationen als Indikation zum Folgeeingriff deutlich valider werden. Diesen Indikatoren kommt zugleich eine große Bedeutung für die Bewertung der Versorgungsqualität mit implantierbaren Defibrillatoren zu (so hatte auch im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* der Qualitätsindikator zu prozedurassoziierten Problemen als Indikation zum Folgeeingriff in den letzten Jahren einen Handlungsbedarf C). Für den Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren* wird daher ebenfalls die Empfehlung ausgesprochen, diesen Leistungsbereich erst für Qualitätszu- und -abschläge in Erwägung zu ziehen, wenn die Follow-Up-Indikatoren etabliert sind. Auch hier wurde die Evidenzprüfung daher aktuell nicht durchgeführt.

Die Ergebnisse der Indikatorenprüfung sind Tabelle 9, Tabelle 10 und Tabelle 11 zu entnehmen.

Tabelle 9: Indikatorenprüfung Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
50004	Leitlinienkonforme Indikation	Ja	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Indikator muss aktualisiert werden (neue LL)	-	I/P
QZ	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillatorenimplantation.					
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	Ja	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Ok	Aktuell nicht geprüft	I/P
QZ	Möglichst oft leitlinienkonforme Systemwahl.					
52129	Eingriffsdauer	Ja	Ja	Indikator muss aktualisiert werden*	-	P
QZ	Möglichst kurze Eingriffsdauer.					
10179	Dosis-Flächen-Produkt	Nein	-	-	-	P
QZ	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.					
52316	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	Ja	Ja	Ok	Aktuell nicht geprüft	E
QZ	Möglichst viele Reizschwellen und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen.					
50017	Chirurgische Komplikationen	Ja	Aktuell nicht risikoadjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen.					
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	Ja	Aktuell nicht risikoadjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen.					

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
51186	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	Ja	Ja	Ok	Direktes patientenrelevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus.					

*Mitteilung aus der BFG

QZ: Qualitätsziel gemäß esQS

Hinweis zur Interpretation der Tabelle:	<input type="checkbox"/>	Indikator scheidet aus
	<input checked="" type="checkbox"/>	Indikator hat Prüfkriterium bestanden
	<input type="checkbox"/>	Aktuell nicht abschließend geprüft

Tabelle 10: Indikatorenprüfung Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
50025	Eingriffsdauer bis 60 Minuten	Ja	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Indikator muss aktualisiert werden*	-	P
QZ	Möglichst kurze Eingriffsdauer.					
52321	Qualitätsindex zur Durchführung intra-operativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	Ja	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Ok	Aktuell nicht geprüft	P
QZ	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden.					
50030	Chirurgische Komplikationen	Ja	Aktuell nicht risiko-adjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen.					
50031	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nein (Kein Referenzbereich) Sentinel-Event	-	-	-	E
QZ	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus.					

*Mitteilung aus der BFG

QZ: Qualitätsziel gemäß esQS

Hinweis zur Interpretation der Tabelle:	<input type="checkbox"/>	Indikator scheidet aus
	<input checked="" type="checkbox"/>	Indikator hat Prüfkriterium bestanden
	<input type="checkbox"/>	Aktuell nicht abschließend geprüft

Tabelle 11: Indikatorenprüfung Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
52328	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff (ab EJ 2018 Follow-Up-Indikator)	Ja	Aktuell nicht risiko-adjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst selten Revisionen wegen Defibrillator-Hardwareproblemen bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution.					

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff (ab EJ 2018 Follow-Up-Indikator)	Ja	Aktuell nicht risiko-adjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst selten Revision wegen prozedurassoziiierter Probleme bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution.					
52002	Infektion als Indikation zum Folgeeingriff (ab EJ 2018 Follow-Up-Indikator)	Ja	Aktuell nicht risiko-adjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst selten Infektionen von Anteilen des ICD-Systems bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution.					
50041	Chirurgische Komplikationen	Ja	Aktuell nicht risiko-adjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen.					
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierender bzw. neu implantierter Sonden	Ja	Aktuell nicht risiko-adjustiert	-	-	E
QZ	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen.					
51196	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	Ja	Ja	Ok	Direktes patienten-relevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus.					

QZ: Qualitätsziel gemäß esQS

Hinweis zur Interpretation der Tabelle:

- Indikator scheidet aus
- Indikator hat Prüfkriterium bestanden
- Aktuell nicht abschließend geprüft

Fazit

Die Leistungsbereiche *Herzschrittmacherversorgung und implantierbare Defibrillatoren* werden aktuell (für Schritt 1) für das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge nicht empfohlen, da die zentralen Ergebnisindikatoren, nämlich die Follow-Up-Indikatoren erst etabliert werden müssen oder zurzeit noch nicht risikoadjustiert sind. Damit werden wesentliche Aspekte der Versorgung derzeit (noch) nicht adäquat abgebildet. Bei diesen Leistungsbereichen handelt es sich um indirekte Verfahren, für die nach bisherigem Verfahrensaufbau gilt, dass die Qualitätsbewertung im dezentral organisierten Strukturierten Dialog durchgeführt wird. Eine Vereinheitlichung des Strukturierten Dialogs wäre eine weitere unabdingbare Voraussetzung für den Einsatz des Verfahrens für Qualitätszu- und -abschläge.

6.2.3 Indikatorenprüfung im Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Reife der Indikatoren im Regelbetrieb

Die Leistungsbereiche im Bereich der *Orthopädie und Unfallchirurgie* der esQS haben zwischen den Erhebungsjahren 2014 und 2015 einen Umstrukturierungsprozess erfahren. Dabei wurde die Erfassung der Versorgung der *hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* dahingehend geändert, dass seit Erfassungsjahr 2015 die endoprothetisch versorgten Patientinnen und Patienten mit Femurfraktur nun im Leistungsbereich *Hüftendoprothesenversorgung* (HEP) erfasst werden. Da die endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen nun in HEP einfließen, hat sich die Anzahl der Fälle (Grundgesamtheit) im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* um 50 % verringert.

Die Qualitätsindikatoren haben sich jedoch inhaltlich nicht verändert, sodass diese Umstrukturierung die Verwendung des Leistungsbereichs für Qualitätszu- und -abschläge nicht grundsätzlich in Frage stellt (vergl. Anforderungen an die Erfahrungsgrundlage mit dem Verfahren unter Abschnitt 4.1.1). Alle Indikatoren sind in den vorausgegangenen beiden Jahren im Regelbetrieb gewesen und waren im Strukturierten Dialog.

Wie im Methodenteil beschrieben entfallen für Qualitätszu- und -abschläge alle Indikatoren ohne Referenzbereich. Dies sind im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* die ratenbasierten Ergebnisindikatoren *Gehunfähigkeit bei Entlassung* (QI-ID 54032), *Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur* (QI-ID 54035), *Postoperative Wundinfektion* (QI-ID 54037) *Wundhämatome/Nachblutung* (QI-ID 54039), *Allgemeine postoperative Komplikationen* (QI-ID 54041), *Reoperationen aufgrund von Komplikationen* (QI-ID 54043), *Sterblichkeit im Krankenhaus* (QI-ID 54045) sowie der Indikator *Gefäßläsion/Nervenschaden* (QI-ID 54034).

Risikoadjustierung

Alle verbliebenen Ergebnisindikatoren sind risikoadjustiert (O/E). Die Details der Risikoadjustierung (Einflussgrößen etc.) können der Bundesauswertung entnommen werden.

Inhaltliche Prüfung

Die inhaltliche Prüfung der Indikatoren erfolgte im Rahmen der Verfahrenspflege durch das IQTIG. Unter Beteiligung der für den Leistungsbereich zuständigen Bundesfachgruppe (BFG) wurde entschieden, dass die Indikatoren *Gefäßläsion/Nervenschaden* (QI-ID 54034) und *Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen* (QI-ID 54044) in der esQS entfallen. Bei der Betrachtung der einzelnen Angaben zur Gefäßläsion oder zum Nervenschaden kam es gemäß Strukturiertem Dialog zu keinen bedenklichen Häufungen in den Krankenhäusern, sodass der Qualitätsindikator als nicht mehr länger geeignet für die Beurteilung der Versorgungsqualität gesehen wurde. Der Indikator *Reoperationen aufgrund von Komplikationen* wurde gestrichen, weil Datenanalysen ergaben, dass dieser Indikator eine Doppelmessung darstellt. Alle in diesen Indikator einfließenden Fälle werden bereits über die Komplikationsindikatoren erfasst. Die über Jahre bestehenden Deckeneffekte im Indikator *Perioperative Antibiotika-Prophylaxe* (QI-ID 54031) führten zur Entfernung des Datenfeldes *Perioperative Antibiotika-Prophylaxe* in der stationären Dokumentation, sodass der dazugehörige Indikator ab dem Erfassungsjahr 2018 nicht mehr ausgewertet wird.

Das Qualitätsziel *Selten postoperative Wundinfektionen* wird ab dem Erfassungsjahr 2017 über das neue QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* abgedeckt. Daher entfällt in Zukunft der Indikator *Postoperative Wundinfektionen O/E* (QI-ID 54038) im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* für Qualitätszu- und -abschläge, um eine Mehrfacherhebung mit unterschiedlichen Konsequenzen zu vermeiden.

Alle Ergebnisindikatoren im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* beschreiben/messen direkte patientenrelevante Outcomes (Sterblichkeit, Komplikationen, Gehfähigkeit). Sie können daher ohne weitere Prüfung als inhaltsvalide und relevant gelten. Dies gilt auch für die Gehfähigkeit. Die bei Entlassung erreichte Gehfähigkeit lässt darüber hinaus eine Prognose zu den erreichbaren Funktionen nach Entlassung zu (Boonen et al. 2004) und korreliert mit der postoperativen Letalität (Fox et al. 1998).

Evidenzprüfung

Alle Ergebnisindikatoren im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* bilden direkte patientenrelevante Outcomes ab. Der einzige Indikator, für den eine Evidenzprüfung zur Überprüfung der Eignung für Qualitätszu- und -abschläge erforderlich ist, ist der Prozessindikator *Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus*.

Für diesen Indikator wurde nach der im Methodenteil dargestellten Vorgehensweise (siehe Abschnitt 4.2.4) eine systematische Recherche durchgeführt.

Die Fragestellung für die Recherche lautete: „Welchen Einfluss hat die präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur bei erwachsenen

Patientinnen und Patienten auf die Komplikationsraten (z. B. Thrombose, Lungenembolie, Dekubitus, Femurkopfnekrose), die Mortalität und die Gesamtverweildauer sowie auf die patientenrelevanten Outcomes Gehfähigkeit, Selbstversorgung/ADL und Entlassungsort?“.

Bei der systematischen Recherche konnten insgesamt 209 nationale und 1053 internationale Leitlinien identifiziert werden, von denen drei den inhaltlichen und methodischen Einschlusskriterien entsprachen. Eine weiterführende Recherche nach systematischen Reviews war gemäß der methodischen Vorgehensweise nicht erforderlich.

Bei allen drei eingeschlossenen Leitlinien handelt es sich um internationale evidenzbasierte Leitlinien, die 2014 publiziert und methodisch hochwertig erstellt wurden. Für die australische Leitlinie *Australian and New Zealand Guideline for Hip Fracture Care* (ANZHFR 2014), welches eine Adaptation der britischen NICE Leitlinie *The management of hip fracture in adults* (NICE 2014) ist, wurde auf eine Beurteilung der Domäne 3 und der Gesamtbewertung bei AGREE II (AGREE NEXT STEPS Consortiums 2013) verzichtet. Die Erstellung der Leitlinie folgte der ADAPTE Methode (Brouwers et al. 2009) und wird als methodisch hochwertig eingeschätzt. Die amerikanische Leitlinie *Management of hip fractures in the elderly* (AAOS 2014) erzielte ebenfalls einen hohen Domänenwert bei der Genauigkeit der Leitlinienentwicklung; die redaktionelle Unabhängigkeit (Domäne 6) wurde jedoch im Vergleich zu den beiden anderen Leitlinien als unzureichend bewertet.

Die britische Leitlinie spricht eine starke Empfehlung dafür aus, dass die Operation am Tag der Aufnahme oder am Tag danach durchgeführt werden soll. Die Qualität der zugrunde liegenden Evidenz wurde als niedrig eingeschätzt. Die Australier adaptierten den Wortlaut ‚Aufnahme‘ in ‚Vorstellung im Krankenhaus‘ und vergeben einen Empfehlungsgrad C, welchem eine vergleichbare niedrige Qualität der Evidenz zugrunde liegt (siehe Anhang B). In der amerikanischen Leitlinie wird eine präoperative Verweildauer von bis zu 48 Stunden nach Aufnahme mit besseren Ergebnissen begründet und mit moderater Qualität der Evidenz und damit einhergehender moderater Empfehlungsstärke ausgesprochen.

Für die Patientensubgruppe mit Antikoagulation werden keine evidenzbasierten Empfehlungen gegeben. Die britische Leitlinie spricht jedoch eine starke Empfehlung dafür aus, dass die Identifikation und entsprechende Behandlung dieser Komorbidität sofort erfolgen soll, sodass der Zeitpunkt der Operation nicht verzögert wird. Die australische Leitlinie folgt dieser Empfehlung als ‚Practice point‘ in einer leicht abgewandelten Formulierung.

Die im QI 54030 avisierte präoperative Verweildauer von maximal 24 Stunden ist somit kürzer angesetzt als in den evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen der eingeschlossenen internationalen Leitlinien. Bezüglich der präoperativen Verweildauer von Patientinnen und Patienten mit antikoagulativer Therapie gibt es lediglich konsentiertere Aussagen, sodass der Zeitpunkt der Operation bei antikoagulierten Patientinnen und Patienten Komorbidität nicht verzögert werden soll. Der detaillierte Recherchebericht findet sich im Anhang B.

Die Entscheidung für den Indikator *Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus* basiert auf mehreren Erkenntnisquellen. Die Leitlinien-Empfehlung lautet: *Ope-*

ration innerhalb des 1. bzw. 2. Tages. In der Zusammenschau von Rechercheergebnissen, Expertenempfehlung aus der Bundesfachgruppe und dem durchgeführten Expertenworkshop sowie der differenzierten Berücksichtigung der beiden Subgruppen im Indikator (bei Antikoagulation räumt der Indikator eine Frist von 48 Stunden bis zur Operation ein) wird die Evidenzlage für den Einschluss des Indikators in das Indikatorenset für Qualitätszu- und -abschläge als ausreichend angesehen. Insbesondere die Expertinnen und Experten der Bundesfachgruppe befürworten die Einhaltung der durch den Indikator vorgegebenen Standards. Wesentlich für die Auswahl des Indikators ist auch, dass er ein mittelbarer Indikator für patientenrelevante Ergebnisqualität ist: Die Belassung eines Patienten mit seiner Fraktur über mehr als 24 Stunden stellt für diesen eine Symptombelastung dar, die so weit wie möglich vermieden werden sollte.

Der Referenzbereich von 85 % lässt bei jedem siebten Patienten ein Nichteinhalten der 24- bzw. 48-Stundenfrist zu, ohne dass eine Einrichtung in diesem Indikator rechnerisch auffällig wird. Hiermit sind auch Ausnahmefälle, wie das Nichtvorliegen einer Einverständniserklärung bei nicht einwilligungsfähigen Patienten abgedeckt.

Tabelle 12 fasst die Ergebnisse der Indikatorenprüfung im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* zusammen. Die definierten Qualitätsziele gemäß esQS werden tabellarisch dargestellt. (siehe Tabelle 12)

Tabelle 12: Indikatorenprüfung im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risiko-adjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
54030	Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	Ja	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Ok	Ja	P
QZ	Kurze präoperative Verweildauer					
54031	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Ja	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Indikator entfällt zukünftig	-	P
QZ	Möglichst oft eine perioperative Antibiotikaprophylaxe.					
54032	Gehunfähigkeit bei Entlassung	Nein (Kein Referenzbereich)	-	-	-	E
QZ	Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung.					

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risiko-adjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
54033	Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ja	Ja	Ok	Direktes patienten-relevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung.					
54034	Gefäßläsion / Nervenschaden	Nein (Kein Referenzbereich)	-	-	-	E
QZ	Möglichst selten Gefäßläsionen/ Nervenschäden als behandlungsbedürftige Komplikationen					
54035	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur	Nein (Kein Referenzbereich)	-	-	-	E
QZ	Möglichst selten Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige Komplikationen					
54036	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ja	Ja	Ok	Direktes patienten-relevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Möglichst selten Implantatfehlagen, Implantatdislokationen oder Frakturen als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation.					
54037	Postoperative Wundinfektion	Nein (Kein Referenzbereich)	-	-	-	E
QZ	Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC Kriterien)					
54038	Postoperative Wundinfektion: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ja	Ja	Wird zukünftig im QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i> erhoben, entfällt daher	-	E

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risiko-adjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
QZ	Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC Kriterien)					
54039	Wundhämatome / Nachblutungen	Nein (Kein Referenzbereich)	-	-	-	E
QZ	Selten Wundhämatome / Nachblutungen.					
54040	Wundhämatome / Nachblutungen Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ja	Ja	Ok	Direktes patienten-relevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Selten Wundhämatome / Nachblutungen.					
54041	Allgemeine postoperative Komplikationen	Nein (Kein Referenzbereich)	-	-	-	E
QZ	Möglichst selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen.					
54042	Allgemeine postoperative Komplikationen Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ja	Ja	Ok	Direktes patienten-relevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Möglichst selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen.					
54043	Reoperation aufgrund von Komplikationen	Nein (Kein Referenzbereich)	-	-	-	E
QZ	Selten Reoperationen aufgrund von Komplikationen.					
54044	Reoperation aufgrund von Komplikationen: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ja	Ja	Indikator wird seit 2016 nicht mehr erhoben	-	E
QZ	Selten Reoperationen aufgrund von Komplikationen.					

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risiko-adjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
54045	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nein (Kein Referenzbereich)	-	-	-	E
QZ	Geringe Sterblichkeit während des akut-stationären Aufenthaltes.					
54046	Sterblichkeit im Krankenhaus: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	ja	ja	Ok	Direktes patienten-relevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Geringe Sterblichkeit während des akut-stationären Aufenthaltes.					

QZ: Qualitätsziel gemäß esQS.

Hinweis zur Interpretation der Tabelle:	<input type="checkbox"/>	Indikator scheidet aus
	<input checked="" type="checkbox"/>	Indikator hat Prüfkriterium bestanden
	<input type="checkbox"/>	Aktuell nicht abschließend geprüft

Fazit:

Im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* ist auch nach Ausschluss der nicht geeigneten Indikatoren ein ausreichendes Indikatorenset vorhanden, mit dem ein verbesserungswürdiges Qualitätsdefizit abgebildet werden kann. Auch wenn Einbezug längerfristiger Ergebnisse wünschenswert wäre (Follow-Up), kann ohne Follow-Up-Indikatoren und ohne Sozialdaten gestartet werden, da die vorhandenen Indikatoren eine Qualitätsbewertung für Qualitätszu- und -abschläge zulassen. Allerdings ist hier eine stringente, einheitliche und transparente Durchführung des Strukturierten Dialogs Voraussetzung. Hier besteht noch Entwicklungsbedarf. Da zwischenzeitlich aber ein Wechsel der durchführenden Stelle auf Landesebene (auf die LAG) erwartet wird – wenn man die bisherigen Bestrebungen so interpretiert - mit allen ggf. vorkommenden Brüchen in den Prozessen, hat das IQTIG einen Vorschlag erarbeitet, wie eine Qualitätsbewertung (*qualitativ auffällig/unauffällig*) vorübergehend zentral am IQTIG durchgeführt werden kann (siehe Abschnitt 9.3).

6.2.4 Indikatorenprüfung der herzchirurgischen Leistungsbereiche

Die herzchirurgischen Leistungsbereiche *Koronarchirurgie, isoliert, Aortenklappenchirurgie, isoliert* und *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* erfassen Eingriffe, bei denen eine Herzklappe ersetzt wird bzw. eine Operation an den Herzkranzgefäßen erfolgt. Im Leistungsbereich der *Aortenklappenchirurgie, isoliert* werden sowohl konventionell chirurgische als auch kathetergestützte Eingriffe separat betrachtet. Insgesamt belegen die Qualitätsindikatoren der herzchirurgischen Leistungsbereiche eine stabile und gute Versorgungsqualität. Ein besonderer

Handlungsbedarf wurde für keinen der verwendeten Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2016 festgestellt.

Die Anzahl der Qualitätsindikatoren hat sich im Vergleich zum Vorjahr verringert. Grund hierfür ist die Streichung von solchen Qualitätsindikatoren, die (noch) nicht über einen Referenzbereich verfügen. Da eine Bewertung ohne entsprechenden Referenzbereiche aus Sicht des IQTIG nicht sinnvoll erscheint, werden solche Qualitätsindikatoren ab 2016 als *Kennzahlen* geführt und zwar solange, bis sie über einen Referenzbereich verfügen. Die Festlegung von Referenzbereichen für diese Indikatoren ist geplant.

Die Indikatoren/Indikatorengruppen im Einzelnen

Sterblichkeit

Grundsätzlich lässt sich durch die Betrachtung der Häufigkeit von Todesfällen infolge herzchirurgischer Eingriffe ein relevanter Teil schwerster Komplikationen abbilden. Darüber hinaus lassen sich anhand der Sterblichkeitsindikatoren insbesondere in der longitudinalen Auswertung Rückschlüsse auf eventuelle Qualitätsdefizite ziehen. Es gibt eine etablierte Risikoadjustierung ohne Hinweise darauf, dass relevante patientenseitige Risikofaktoren fehlen. Daher können die Indikatorergebnisse dem jeweiligen Leistungserbringer zugeschrieben werden. In den vergangenen Jahren war der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten bezogen auf die rein rechnerischen Auffälligkeiten verglichen mit anderen Leistungsbereichen bzw. Indikatoren hoch (siehe Abschnitt 8.4). Allerdings ist der Betrachtungszeitraum, der sich aktuell lediglich auf die Zeit des stationären Aufenthalts am leistungserbringenden Zentrum (bei Zentren mit mehreren Standorten sind diese mit eingeschlossen) beschränkt, sehr kurz. Damit ist das Indikatorergebnis einer Einrichtung stark abhängig von der jeweiligen Verlegungsstrategie. Somit geraten insbesondere Kliniken, die operierte Patientinnen oder Patienten früh in externe nachbehandelnde Krankenhäuser verlegen, aus dem Fokus der Qualitätssicherung. Krankenhaussterblichkeit, 30-Tage-Mortalität und operative Sterblichkeit (Krankenhaussterblichkeit oder 30-Tage-Mortalität) können durchaus differieren (Siregar et al. 2013). Eine faire Beurteilung der Versorgungsqualität sollte sich daher auf einen längeren, fixen Zeitraum beziehen, damit die Einrichtungsergebnisse miteinander vergleichbar sind. Die 30-Tage-Mortalität stellt hier seit vielen Jahren den anerkannten wissenschaftlichen Standard dar. Die Fachgruppe auf Bundesebene hat diesen Aspekt bereits vor einigen Jahren mit der Einführung eines Indikators zur Abbildung der 30-Tage-Mortalität gewürdigt, der zurzeit aus technischen Gründen noch auf freiwilliger Basis angewendet wird. Die Ausdehnung des Beobachtungszeitraumes auf 30 Tage nach Operation wurde wiederholt ausdrücklich empfohlen. Ein Indikator zur risikoadjustierten 30-Tage-Mortalität kann jedoch erst nach dem noch ausstehenden Beschluss des G-BA zur Einbeziehung von Sozialdaten bei den Krankenkassen in die herzchirurgischen Leistungsbereiche der esQS eingeführt werden.

Mediastinitis

Zukünftig wird eine Betrachtung der herzchirurgischen Eingriffe angestrebt, bei der durch die Einbeziehung der Sozialdaten der Krankenkassen auch der poststationäre Verlauf in die Qualitätsbewertung eingeht. Dadurch kann nicht nur die Aussagefähigkeit der Mortalitätsindikatoren, sondern auch die der Indikatoren zur postoperativen Mediastinitis deutlich erhöht werden.

Bei diesen Qualitätsindikatoren ist davon auszugehen, dass sie die Versorgungsrealität derzeit (ohne Follow-Up-Indikatoren) nicht abbilden, da anzunehmen ist, dass die meisten Mediastinitiden nicht während des initialen stationären Krankenhausaufenthaltes auftreten, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Wiederaufnahme führen. Sie fallen somit aus dem momentan definierten zeitlichen Beobachtungsfenster der Qualitätssicherung. Zudem ist die Diagnose *Mediastinitis* aktuell nicht eindeutig genug definiert. Möglicherweise differieren die Angaben zwischen den Einrichtungen daher erheblich. Die Ergebnisse des im Erfassungsjahr 2017 angelaufenen QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* können hier zukünftig zusätzliche Informationen – insbesondere aus dem Follow-up – liefern.

Neurologische Defizite

Die Diagnostik postoperativ neu aufgetretener neurologischer Defizite wird in den Krankenhäusern unterschiedlich gehandhabt. Mancherorts werden weniger schwere Defizite, die kurz- bis mittelfristig reversibel sind, nicht unmittelbar diagnostiziert und in der Konsequenz auch nicht dokumentiert, schon gar nicht für die externe Qualitätssicherung. Andererseits werden in anderen Krankenhäusern schon kleinere neurologische Defizite frühzeitig und in enger Zusammenarbeit mit Fachneurologinnen und -neurologen gezielt diagnostiziert. Solche Krankenhäuser dokumentieren ihre Komplikationen auch für die Qualitätssicherung umfassender und werden dadurch häufiger auffällig. Die entsprechenden Qualitätsindikatoren wurden aufgrund dieser Problematik bisher nicht zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung empfohlen. Da die neue Methodik des IQTIG vorsieht, alle Qualitätsindikatoren zur Veröffentlichung zu empfehlen, ist eine methodische Optimierung dieser Indikatoren erforderlich. Das IQTIG wird hierfür im laufenden Erfassungsjahr bei Krankenhäusern mit besonders hohen und solchen mit besonders niedrigen Raten an neurologischer Komplikationen die für die Diagnostik relevanten Strukturen und Prozesse systematisch erfragen und auf dieser Grundlage die Indikatoren umfassend überarbeiten. Dies gilt für alle herzchirurgischen Verfahren, da die Qualitätsindikatoren *Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation* in allen herzchirurgischen Verfahren vorkommen.

Verwendung der linksseitigen A. mammaria interna

Sowohl seitens der Fachgruppe auf Bundesebene als auch seitens des IQTIG besteht auf der Basis der Indikatorergebnisse der letzten Jahre die Einschätzung, dass die Anforderung der *Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna* inzwischen zum medizinischen Standard geworden ist, so dass hier kaum Auffälligkeiten auftreten. Über die Jahre gleichbleibend erreicht dieser Indikator Ergebnisse von ca. 95 %. Solche *Deckeneffekte* machen den Indikator für Qualitätszu- und -abschläge kaum brauchbar, weil hier ggf. für ein Verhalten Zuschläge eingeführt würden, das seit langem etabliert ist und kein Verbesserungspotential bietet. Auch ein Einsatz für Abschläge würde nur einen sehr kleinen Teil der Einrichtungen betreffen. Der Indikator wurde aufgrund der erläuterten mangelnden Eignung für Qualitätszu- und -abschläge nicht nochmals für dieses Verfahren evidenzgeprüft. Eine Evidenzprüfung des Indikators war bereits für das Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* durchgeführt worden und kann dort nachgelesen werden (IQTIG 2016c).

Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz

Der Indikator *Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I* befindet sich derzeit im Umbruch und steht aktuell vor einer Überarbeitung bzw. Weiterentwicklung. Dies betrifft u.a. die Verwendung der Risiko-Scores (euroSCORE vs. Aortenklappen-SCORE), sowie weitere Erkenntnisse und Diskussionen zur Indikationsstellung, die sich u.a. aus aktuellen Publikationen, wie der *ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease* ergeben (Baumgartner et al. 2017). Eine Aktualisierung und Weiterentwicklung des Indikators auf der Basis der aktualisierten Leitlinie ist deshalb zwingend erforderlich, bevor dieser Indikator für ein Verfahren zu Qualitätszu- und –abschlägen verwendbar ist.

Die Prüfergebnisse der drei herzchirurgischen Leistungsbereiche *Koronarchirurgie, isoliert*, *Aortenklappenchirurgie, isoliert* und *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* sind in Tabelle 13, Tabelle 14, Tabelle 15 und Tabelle 16 im Detail dargestellt. Basis der Prüfung ist die QIDB des Erfassungsjahres 2016 (IQTIG 2017d, IQTIG 2017b, IQTIG 2017a, IQTIG 2017c).

Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert

Im Leistungsbereich der *Koronarchirurgie, isoliert* werden Eingriffe an Patientinnen und Patienten erfasst, die ausschließlich an den Herzkranzgefäßen erfolgen. Die Qualitätsindikatoren bilden die Verwendung der empfohlenen Brustwandarterie (linkseitige Arteria Mammaria interna) als Umgehungsgefäß, das Auftreten schwerer Komplikationen sowie die Sterblichkeit ab.

Tabelle 13: Indikatorenprüfung Koronarchirurgie, isoliert

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
332	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria	Ja	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Deckeneffekte	(aus PlanQI)	P
QZ	Angemessener Anteil von Operationen mit Verwendung der linksseitigen Arteria Mammaria interna (innere Brustwandarterie)					
2256	Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
2257	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	Ja	Ja	Derzeit zu ungenaue Definition. Einbezug von Sozialdaten wünschenswert.	Direktes patienten-relevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Seltenes Auftreten einer postoperativen Mediastinitis					

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
2259	Neurologische Komplikationen bei elektiver/ dringlicher Operation	Ja	Nein	-	-	E
QZ	Seltenes Auftreten einer postoperativen zerebrovaskulären Komplikation (TIA, Schlaganfall oder Koma)					
11617	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Ja	Ja	Nur unter Einbezug von Sozialdaten mit 30-Tage Mortalität	Direktes patienten-relevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Möglichst geringe Sterblichkeit					
348	Sterblichkeit im Krankenhaus ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
349	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
353	Status am 30. Postoperativen Tag ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
351	Sterblichkeit nach 30 Tagen ¹	Nein	Nein	Bisher freiwillige Angabe	-	E

¹ Indikator wird seit Erfassungsjahr 2016 aufgrund des (noch) fehlenden Referenzbereichs aktuell als Kennzahl geführt (IQTIG 2017d).

QZ: Qualitätsziel gemäß esQS

Hinweis zur Interpretation der Tabelle:	<input type="checkbox"/>	Indikator scheidet aus
	<input type="checkbox"/>	Indikator hat Prüfkriterium bestanden
	<input type="checkbox"/>	Aktuell nicht abschließend geprüft

Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)

Im Bereich der konventionell chirurgisch implantierten Aortenklappen wird die Versorgung ausschließlich mittels Ergebnisindikatoren erfasst. Eine Einführung von Follow-Up Indikatoren unter der Nutzung von Sozialdaten ist zukünftig geplant (z.B. postoperative Mediastinitis).

Tabelle 14: Indikatorenprüfung LB Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell chirurgisch

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
2263	Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher operation ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
2280	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	Ja	Ja	Derzeit zu ungenaue Definition. Einbezug von Sozialdaten wünschenswert.	-	E
QZ	Seltenes Auftreten einer postoperativen Mediastinitis.					
2282	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	Ja	Nein	Hinweise auf uneinheitliche Angaben. Derzeit Prüfung und Weiterentwicklung	-	E
QZ	Seltenes Auftreten einer postoperativen zerebrovaskulären Komplikation (TIA, Schlaganfall oder Koma)					
52006	Intraprozedurale Komplikationen	Ja	Nein	-	-	E
QZ	Seltenes Auftreten intraprozeduraler Komplikationen.					
12092	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Ja	Ja	Nur unter Einbezug von Sozialdaten mit 30-Tage Mortalität	Direktes patientenrelevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Möglichst geringe Sterblichkeit					
340	Sterblichkeit im Krankenhaus ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
341	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
345	Status am 30. Postoperativen Tag ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
343	Sterblichkeit nach 30 Tagen ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
-------	-------------	-----------------------	--------------------	---------------------	---------	-----

¹ Indikator wird seit Erfassungsjahr 2016 aufgrund des (noch) fehlenden Referenzbereichs aktuell als Kennzahl geführt (IQTIG 2017b).

QZ: Qualitätsziel gemäß esQS

Hinweis zur Interpretation der Tabelle:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Indikator scheidet aus Indikator hat Prüfkriterium bestanden Aktuell nicht abschließend geprüft
---	--	---

Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)

Tabelle 15: Indikatorenprüfung Aortenklappenchirurgie, isoliert - kathetergestützt

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
51914	Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I	Ja	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Indikator wegen weitreichender Änderungen der Indikationskriterien grundlegend überarbeitet werden.	-	I
QZ	Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz möglichst nur bei Patienten, die älter als 75 Jahre sind und einen log. euroSCORE > 20% aufweisen oder bei bestehendem anderen Grund für kathetergeführte Interventionen gegen eine offene Operation					
51915	Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE 2.0 ¹	Nein	Nicht erforderlich, da Prozess-Indikator	Kennzahl	-	I
12001	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	Ja	Nein	-	-	E
QZ	Seltenes Auftreten einer postoperativen zerebrovaskulären Komplikation (TIA, Schlaganfall oder Koma)					
51916	Intraprozedurale Komplikationen	Ja	Nein	-	-	E
QZ	Seltenes Auftreten intraprozeduraler Komplikationen					
52007	Gefäßkomplikationen	Ja	Nein	-	-	E
QZ	Seltenes Auftreten von Gefäßkomplikationen					
12168	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Ja	Ja	Nur unter Einbezug von Sozialdaten mit 30-Tage Mortalität	Direktes patientenrelevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Möglichst geringe Sterblichkeit.					
11994	Sterblichkeit im Krankenhaus ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risikoadjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
11995	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
11997	Status am 30. Postoperativen Tag ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
11996	Sterblichkeit nach 30 Tagen ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E

¹ Indikator wird seit Erfassungsjahr 2016 aufgrund des (noch) fehlenden Referenzbereichs aktuell als Kennzahl geführt (IQTIG 2017a).

QZ: Qualitätsziel gemäß esQS

Hinweis zur Interpretation der Tabelle:	<input type="checkbox"/>	Indikator scheidet aus
	<input type="checkbox"/>	Indikator hat Prüfkriterium bestanden
	<input type="checkbox"/>	Aktuell nicht abschließend geprüft

Leistungsbereich Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Der Leistungsbereich *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* umfasst ebenfalls ausschließlich Ergebnisindikatoren. Eine Einführung von Follow-Up Indikatoren unter der Nutzung von Sozialdaten ist geplant (z.B. postoperative Mediastinitis).

Tabelle 16: Indikatorenprüfung LB Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risiko-adjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
2283	Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
2284	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	Ja	Ja	Derzeit zu ungenaue Definition. Einbezug von Sozialdaten wünschenswert.	Direktes patientenrelevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Seltenes Auftreten einer postoperativen Mediastinitis					
2286	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	Ja	Nein	-	-	E

QI-ID	Bezeichnung	Reife im Regelbetrieb	Risiko-adjustierung	Inhaltliche Prüfung	Evidenz	Typ
QZ	Seltenes Auftreten einer postoperativen zerebrovaskulären Komplikation (TIA, Schlaganfall oder Koma)					
12193	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Ja	Ja	Nur unter Einbezug von Sozialdaten mit 30-Tage Mortalität	Direktes patientenrelevantes Ergebnis, keine Evidenzprüfung erforderlich	E
QZ	Möglichst geringe Sterblichkeit					
359	Sterblichkeit im Krankenhaus ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
360	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
11391	Status am 30. Postoperativen Tag ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E
362	Sterblichkeit nach 30 Tagen ¹	Nein	Nein	Kennzahl	-	E

¹ Indikator wird seit Erfassungsjahr 2016 aufgrund des (noch) fehlenden Referenzbereichs aktuell als Kennzahl geführt (IQTIG 2017c).

QZ: Qualitätsziel gemäß esQS

Hinweis zur Interpretation der Tabelle:	<input type="checkbox"/>	Indikator scheidet aus
	<input type="checkbox"/>	Indikator hat Prüfkriterium bestanden
	<input type="checkbox"/>	Aktuell nicht abschließend geprüft

Fazit

In den Leistungsbereichen der *Herzchirurgie* als direkte Verfahren ist zwar ein zentral am IQTIG durchgeführter Strukturierter Dialog etabliert. Allerdings sind derzeit aufgrund der noch fehlenden Sozialdaten zur 30-Tage Mortalität keine geeigneten Qualitätsindikatoren verfügbar. Auch wenn die fehlende Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren ab EJ 2016 überwunden wurde, so scheitern diese veränderten Indikatoren (noch) an der fehlenden Reife im Regelbetrieb. Das Verfahren wäre – unter der Voraussetzung der Sozialdatennutzung, die aber erst etabliert werden muss – somit frühestens mit dem Erfassungsjahr 2020 für Qualitätszu- und –abschläge nutzbar. Darüber hinaus bliebe der Vorbehalt, dass nur die vier Mortalitätsindikatoren in die Bewertung der *außerordentlich guten* bzw. *unzureichenden* Qualität einfließen würden, in denen aber seit Jahren kein besonderer Handlungsbedarf gesehen wird.

7 Ergebnisse zur Empfehlung eines Leistungsbereichs für das Verfahren qualitätsabhängige Zu- und Abschläge

Betrachtet man auf der Basis der Prüfung der Qualitätsindikatoren die noch in Frage kommenden Leistungsbereiche aus der QSKH-Richtlinie, so ergibt sich folgendes Bild:

Unter Anwendung der Kriterien zum verbleibenden Indikatorenset nach Einzelprüfung der Qualitätsindikatoren kommt der Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* grundsätzlich in Frage. Bereits an anderer Stelle (Vorbericht und Abschlussbericht zu Qualitätszu- und –abschlägen) hat das IQITG dargelegt, dass vor allem aufgrund des dort bestehenden anhaltenden Qualitätsdefizits der Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* von allen Leistungsbereichen der QSKH-Richtlinie am ehesten für eine erste Erprobung von Qualitätszu- und –abschlägen zu empfehlen sei. In der dem Vorbericht folgenden Diskussion rückten darüber hinaus aber die Leistungsbereiche der *Herzchirurgie* in den Fokus, weil das Bewertungskonzept (siehe Kapitel 8) den Strukturierten Dialog als zentrales Instrument zur qualitativen Bewertung der rechnerischen Ergebnisse vorsieht. Dieser lässt sich aber nur bei einem *direkten* Verfahren kurzfristig einheitlich realisieren.

Hieraus ist der Nachbesserungsauftrag des G-BA erwachsen, die Vor- und Nachteile der direkten und indirekten Verfahren unter Einbezug der Leistungsbereiche der *Herzchirurgie* im Abschlussbericht darzulegen.

Im Folgenden werden daher der indirekte Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* und die direkten Leistungsbereiche der *Herzchirurgie* vergleichend unter Darlegung der jeweiligen Vor- und Nachteile beschrieben.

7.1 *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*

7.1.1 Indikatorenset für Qualitätszu- und -abschläge

In Tabelle 17 ist das Indikatorenset für Zu- und Abschläge im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* inkl. der mit den Indikatoren verfolgten Qualitätsziele dargestellt.

Tabelle 17: Für die Index-Entwicklung Qualitätszu- und -abschläge verbleibendes Indikatorenset

QI-ID	Bezeichnung	Qualitätsziel (nach esQS)	Typ
54030	Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	Kurze präoperative Verweildauer	P
54033	Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung	E
54036	Implantatfehl-lage, -dislokation oder Fraktur: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Möglichst selten Implantatfehl-lage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikationen	E
54040	Wundhämatome / Nachblutungen Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Selten Wundhämatome / Nachblutungen.	E
54042	Allgemeine postoperative Komplikationen Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Möglichst selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen.	E
54046	Sterblichkeit im Krankenhaus: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Geringe Sterblichkeit während des akut-stationären Aufenthaltes.	E

7.1.2 Entwicklungen im Leistungsbereich

Bis zum Jahr 2014 wurden die hüftgelenknahen Femurfrakturen unabhängig von der Versorgung durch Osteosynthese oder Endoprothese gemeinsam erfasst. Mit Einführung des Leistungsbereichs *Hüftendoprothesenversorgung* (HEP) in der esQS werden die endoprothetisch versorgten Femurfrakturen nicht mehr im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur*, sondern im Leistungsbereich HEP abgebildet. Der Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* enthält ab 2015 somit ausschließlich die Prozeduren zur osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Die Änderungen im Verfahrensgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie sind schematisch in Abbildung 1 dargestellt.

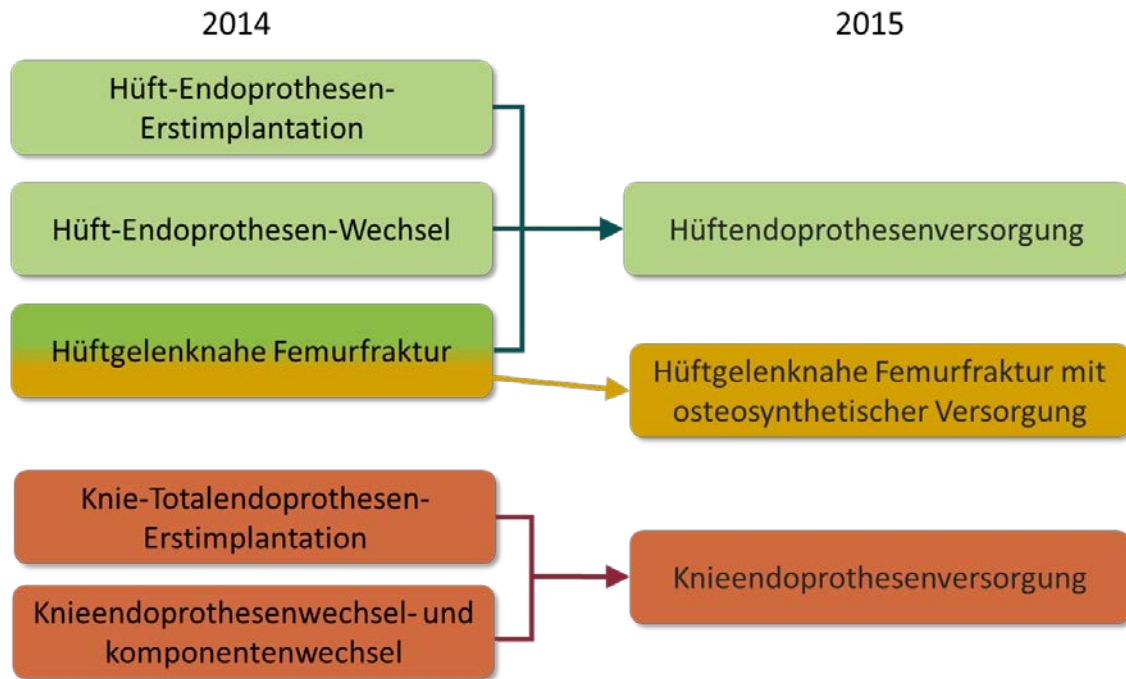


Abbildung 1: Migration der Leistungsbereiche 2014/2015

Diese Migration hat die Qualitätsindikatoren im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* inhaltlich gegenüber dem bis 2014 bestehenden Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur* nicht verändert; sie bringt jedoch hinsichtlich der Auswertung eine Veränderung der Grundgesamtheit mit sich. Das IQTIG empfiehlt im bereits beim G-BA vorgestellten Weiterentwicklungsbericht 2017, den Leistungsbereich *Hüftendoprothesenversorgung* und den Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* durch eine integrierte Datenarchitektur über einen gemeinsamen Filter zu erfassen, um unterschiedliche qualitätsrelevante Fragestellungen flexibel auswerten zu können. Die integrierte Erfassung der orthopädisch-unfallchirurgischen Leistungsbereiche (Arbeitstitel *Hüftgelenksversorgung*) würde eine Neudefinition des übergreifenden Verfahrens *Hüftgelenksversorgung* in der QSKH-RL erfordern. Die vorgesehene flexible Auswertungsmöglichkeit, die speziell die Beantwortung unterschiedlicher qualitätsrelevanter Fragestellungen vorsieht, wird auf jeden Fall immer auch eine getrennte Auswertung der Qualitätsindikatoren des jetzigen Leistungsbereichs *Hüftgelenksnahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* ermöglichen, sodass auch zukünftig keine Probleme hinsichtlich einer Auswertung für Qualitätszu- und -abschläge zu erwarten sind. Wann eine derartige integrierte Datenarchitektur für den Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie zum Tragen kommt, ist derzeit noch nicht abzuschätzen.

7.1.3 Entwicklungen auf Ebene der Qualitätsindikatoren

Nicht nur die gesamten orthopädisch-unfallchirurgischen Leistungsbereiche haben in letzter Zeit Veränderungen erfahren, sondern auch einzelne Qualitätsindikatoren. Diese Änderungen werden im Folgenden beschrieben.

Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus

Die inhaltliche Aktualisierung des Prozessindikators *Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus* (QI-ID 54030) erfolgte im Rahmen der Evidenzprüfung (siehe Abschnitt 4.2.4).

Bis zum Erfassungsjahr 2015 galt als Qualitätsziel bei den osteosynthetisch versorgten Femurfrakturen eine Versorgung innerhalb von 48 Stunden nach der stationären Aufnahme im Krankenhaus. Zum Erfassungsjahr 2015 wurde dieser Qualitätsindikator gemäß der DGU/ÖGU S2e-Leitlinie *Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen* geändert. Seit dem Erfassungsjahr 2015 gilt als neues Qualitätsziel des Indikators *Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus* (54030) eine Versorgung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus. Der QI 54030 unterscheidet dabei zwischen Patientinnen und Patienten, die präoperativ eine medikamentöse Therapie mit Antikoagulantien durch direkte Thrombininhibitoren erhalten haben und solchen ohne eine solche medikamentöse Therapie. Empfehlungen hinsichtlich der Gruppe der neuen/direkten oralen Antikoagulantien in Bezug auf ein perioperatives Blutungsrisiko und präoperativem Zeitintervall sind bislang nicht ausreichend wissenschaftlich fundiert (Schlitt et al. 2013). Um eine mögliche Patientengefährdung auszuschließen, gilt daher für diese Patientengruppe weiterhin eine präoperative Verweildauer von 48 Stunden, zumindest solange bis sich wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse für eine präoperative Verweildauer von 24 Stunden ggf. auch für diese Patientengruppe ableiten lassen (IQTIG 2016b, IQTIG 2016a). Mit 835 rechnerisch auffälligen Einrichtungen (von 1.212) ist bei diesem Indikator das größte Qualitätsproblem in diesem Leistungsbereich festzustellen. Gegenüber dem Vorjahreswert von 2014 ist das Bundesergebnis nahezu unverändert. Nach Abschluss des Strukturier-ten Dialogs zum Erfassungsjahr 2015 zeigt sich ebenfalls ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Standorten in diesem Qualitätsindikator. Der Indikator wurde von der Bundesfachgruppe als Indikator mit besonderem Handlungsbedarf eingestuft (IQTIG 2016d).

Gehunfähigkeit bei Entlassung

Bei dem ratenbasierten Ergebnisindikator *Gehunfähigkeit bei Entlassung* (QI-ID 54032) handelt es sich um einen direkt patientenrelevanten Indikator, der zwischen dem Erfassungsjahr 2015 und 2016 weiterentwickelt wurde. Während im Erfassungsjahr 2015 folgende Parameter erfasst worden sind: *selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich: ja/ nein* sowie *War der Patient vor der Fraktur selbstständig gehfähig?: ja/ nein* (IQTIG 2016a), wird die *Gehfähigkeit bei Entlassung* ab dem Erfassungsjahr 2016 wesentlich differenzierter mit folgenden Ausprägungen erfasst (IQTIG 2016b):

Gehstrecke (vor der Fraktur):

- (1) unbegrenzt,
- (2) Gehen am Stück bis 500m möglich,
- (3) auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m),
- (4) im Zimmer mobil,
- (5) immobil;

Gehhilfen (vor der Fraktur):

- (0) keine,
- (1) Unterarmgehstützen,
- (2) Rollator/ Gehbock,
- (3) Rollstuhl,
- (4) bettlägerig;

Gehstrecke bei Entlassung:

- (1) unbegrenzt,
- (2) Gehen am Stück bis 500m möglich,
- (3) auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m),
- (4) im Zimmer mobil,
- (5) immobil;

Gehhilfen bei Entlassung:

- (0) keine,
- (1) Unterarmgehstützen,
- (2) Rollator/Gehbock,
- (3) Rollstuhl,
- (4) bettlägerig

Der Indikator Gehunfähigkeit bei Entlassung bildet über die Erfassungsjahre dennoch denselben Inhalt ab. Bis zur Einführung des QS-Verfahrens QZAb ist davon auszugehen, dass zwei aufeinanderfolgende Erfassungsjahre mit den weiterentwickelten Kriterien zur Verfügung stehen und somit die Ergebnisse insgesamt besser beurteilbar werden.

7.2 Herzchirurgische Leistungsbereiche

7.2.1 Indikatorenset für Qualitätszu- und -abschläge

In Tabelle 18 ist das Indikatorenset für Zu- und Abschläge der herzchirurgischen Leistungsbereiche inkl. zugehöriger Qualitätsziele (nach esQS) dargestellt.

Tabelle 18: Indikatorenset für Qualitätszu- und -abschläge: Herzchirurgische Leistungsbereiche

QI-ID	LB	Bezeichnung	Qualitätsziel (nach esQS)	Typ
11617	Koronarchirurgie, isoliert	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen Nur unter Einbezug von Sozialdaten mit 30-Tage Mortalität	Möglichst geringe Sterblichkeit	E
12092	Aortenklappen-chirurgie, isoliert	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen Nur unter Einbezug von Sozialdaten mit 30-Tage Mortalität	Möglichst geringe Sterblichkeit	E
12168	Aortenklappen-chirurgie, isoliert, kathetergestützt	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen Nur unter Einbezug von Sozialdaten mit 30-Tage Mortalität	Möglichst geringe Sterblichkeit	E
12193	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen Nur unter Einbezug von Sozialdaten mit 30-Tage Mortalität	Möglichst geringe Sterblichkeit	E

7.2.2 Entwicklungen im Leistungsbereich und auf der Ebene der Qualitätsindikatoren

Sowohl die herzchirurgischen Leistungsbereiche als Ganzes als auch ihre Qualitätsindikatoren sind seit der Einführung der Indikatoren für die kathetergestützten Eingriffe keinen für Qualitätszu- und -abschläge relevanten größeren Änderungen unterworfen gewesen. Die Leistungsbereiche waren in den letzten Jahren stabil. Einzig der Bedarf an Follow-Up Daten zur besseren Qualitätsbeurteilung wurde von der Fachgruppe auf Bundesebene immer wieder angemahnt.

7.3 Vergleich *direkter* vs *indirekter* Leistungsbereich

Bei der Abwägung für oder gegen die Wahl eines Verfahrens für Qualitätszu- und –abschläge spielen vor allem die Aspekte Aussagekraft der Qualitätsbewertung im Hinblick auf *außerordentlich gute* und *unzureichende* Qualität, das Verbesserungspotential, das mit Zu- und Abschlägen angegangen werden soll, sowie die Möglichkeiten einer zeitnahen Umsetzung inkl. Fragen der Praktikabilität und des Aufwands eine zentrale Rolle.

Nachdem nun auf der Basis der Prüfkriterien für Qualitätszu- und –abschläge die direkten Leistungsbereiche der *Herzchirurgie* einbezogen wurden, werden im Folgenden die Vor- und Nachteile beider Verfahren zusammenfassend einander gegenübergestellt. Die Details zu Unterschieden im Bewertungskonzept (z.B. Indexbildung in einem Leistungsbereich vs. Indexbildung über mehrere Leistungsbereiche hinweg) und in der Modellrechnung sind in Kapitel 8 dargestellt.

Vor allem aufgrund des im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* bestehenden anhaltenden Qualitätsdefizits hat das IQTIG bereits im Vorbericht diesen Leistungsbereich der QSKH-Richtlinie als am ehesten geeignet für eine erste Erprobung von Qualitätszu- und –abschlägen gehalten. Im Prinzip kämen auch die Leistungsbereiche der Herzschrittmacher- und Defibrillator-Versorgung für ein Verfahren mit Qualitätszu- und –abschlägen in Frage, sobald die Follow-Up Indikatoren in allen Leistungsbereichen etabliert sind. Da es sich aber bei diesen Leistungsbereichen ebenfalls um ein indirektes Verfahren handelt, wurden diese Leistungsbereiche zugunsten eines direkten Verfahrens (*Herzchirurgie*) nicht weiterverfolgt. Es wurde nämlich zurecht argumentiert, dass der Strukturierte Dialog auf Landesebene derzeit zu uneinheitlich durchgeführt wird, um als Basis für eine Bewertung *außerordentlich guter* und *unzureichender* Qualität für Zu- und Abschläge zu dienen. In den herzchirurgischen Leistungsbereichen findet die Qualitätsbewertung im Strukturierten Dialog dagegen zentral am IQTIG statt, so dass hier dieses Problem nicht besteht. Allerdings fehlen in diesem Leistungsbereich derzeit die Sozialdaten für die valide Bewertung der Sterblichkeit. Diese einzuführen wäre theoretisch noch 2019 möglich. Hierfür müssten jedoch noch die im Rahmen der Spezifikation zu erstellenden sogenannten Erforderlichkeitstabellen bis Mitte Januar 2018 und die zugehörigen Anwenderinformationen bis Anfang März 2018 vorliegen. Eine entsprechende Beauftragung zur Erarbeitung dieser Spezifikationsempfehlungen zur Nutzung von Sozialdaten in den herzchirurgischen Leistungsbereichen durch den G-BA hätte – wenn dieser Zeitplan realisiert werden soll - jedoch bereits erfolgen müssen. Hinzu kommt, dass die Einführung der Sozialdatennutzung einer Testphase bedarf, die den Projektstart ebenfalls hinauszögert. Unter diesen Voraussetzungen wäre das erste Jahr, in dem eine Qualitätsbewertung für Qualitätszu- und -abschläge belastbar möglich wäre, frühestens das Erfassungsjahr 2020 und auch dies vorbehaltlich einer reibungslosen und vollständigen Übermittlung der Daten zur 30-Tage Mortalität. Ohne Sozialdaten stehen in diesem Leistungsbereich keine geeigneten Indikatoren zur Verfügung. Im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* kann, obwohl auch hier die Einbeziehung längerfristiger Ergebnisse wünschenswert wäre, ohne Follow-Up-Indikatoren und ohne Sozialdaten gestartet werden, da die vorhandenen Indikatoren eine Qualitätsbewertung für Qualitätszu- und -abschläge zulassen. Allerdings besteht hier für eine stringente, einheitliche und transparente Durchführung des Strukturierten

Dialogs auf Landesebene noch Entwicklungsbedarf. Eine Umsetzung könnte theoretisch erstmals für das Erfassungsjahr 2019 erfolgen. Da aber in absehbarer Zeit auf Landesebene ein Wechsel der durchführenden Stelle auf die LAG zumindest geplant ist - mit allen ggf. vorkommenden Brüchen in den Prozessen, wäre hier entweder 2020 oder 2021 vermutlich das erste Erfassungsjahr, in dem man Qualitätszu- und -abschläge auf der Basis des reformierten Strukturierten Dialogs dezentral vergleichbar anwenden könnte. Damit würde das Instrument des neuen Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens bundesweit identisch flächendeckend bei einem *indirekten* Verfahren eingeführt.

Alternativ dazu schlägt das IQITG vor, die Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse und der Datenqualität – zumindest vorübergehend – in einem zentral am IQITG angesiedelten neuen Stellungnahmeverfahren durchzuführen. Damit wäre der Teil des Strukturierten Dialogs, in dem die Einstufung in *qualitativ auffällig* oder *qualitativ unauffällig* erfolgt, einheitlich und die Indexberechnung (siehe Kapitel 8) könnte auf gleicher Basis für alle Einrichtungen erfolgen. Dieses Verfahren könnte für das Erfassungsjahr 2019 für die große Anzahl betroffener Einrichtungen am IQITG aufgebaut und realisiert werden. Damit wäre der bislang größte Mangel für den Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* behoben.

Für die Leistungsbereiche der *Herzchirurgie* gibt es zwei Sachverhalte, die sich nicht so schnell ändern werden: der aus Sicht des IQITG fehlende *besondere Handlungsbedarf* sowie die noch fehlende Verfügbarkeit von Sozialdaten zur Abbildung der Sterblichkeitsindikatoren.

Daher liegt die Erprobung von Qualitätszu- und -abschlägen im Leistungsbereichs *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* für Schritt 1 nahe, nicht zuletzt da es sich hier um einen Leistungsbereich mit *besonderem Handlungsbedarf* und perspektivisch größerem Wirkkreis handelt.

In beiden Verfahren (*Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* und *Herzchirurgie*) wären noch Vorkehrungen vor dem Einsatz in der Routine zu treffen und ein Projektbeginn wäre für den orthopädischen Leistungsbereich für das Erfassungsjahr 2019, und für den herzchirurgischen Leistungsbereich ab Erfassungsjahr 2020 möglich.

Die geschilderte Einschätzung ist zusammenfassend in Tabelle 19 wiedergegeben.

Tabelle 19: Zusammenfassende Einschätzung der Leistungsbereiche Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung und Herzchirurgie

Faktoren, die für die Umsetzung wichtig sind	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Herzchirurgische Leistungsbereiche
Verbesserungspotential / Handlungsbedarf	Besonderer Handlungsbedarf	Kein besonderer Handlungsbedarf
Betroffene Einrichtungen	ca. 1.200 Krankenhäuser → breitere Auswirkung	ca. 100 Standorte, → schlanker und besser steuerbar, aber geringere Steuerungswirkung
Für QZAb geeignete QI	Gemischtes Indikatorenset	4 x Mortalität (nur mit Sozialdaten für 30-Tage Mortalität)
Follow-Up Indikatoren	Wünschenswert, aber zum Einstieg nicht zwingend, da Qualität auch ohne Follow-Up darstellbar	Da nur Mortalitätsindikatoren im Set sind, ist die 30 Tage-Mortalitätserfassung über Sozialdaten unabdingbar für eine valide Qualitätsbewertung.
Strukturierter Dialog	Das Stellungnahmeverfahren als neues Bewertungsverfahren muss erst zentral am IQTIG für eine große Zahl an Leistungserbringern aufgebaut werden. Umfangreicher Aufwand, da viele Einrichtungen betroffen sind.	Strukturierter Dialog zentral am IQTIG ist etabliert. Aber auch hier müsste das neue Stellungnahmeverfahren mit der entsprechenden Stringenz und Transparenz erst eingeführt werden, allerdings im kleinen, überschaubaren Format.
Indikatorenübergreifende Bewertung	Bewertung innerhalb eines Leistungsbereichs, gleiche Grundgesamtheit	Bewertung leistungsbereichs- und fachabteilungsübergreifend, unterschiedliche Patientenspopulationen
Zeitachse für die Umsetzung	Verzögerung durch Neueta-blierung des zentralen SD	Verzögerung durch Notwendigkeit der Sozialdaten
Start des Verfahrens	2019	frühestens 2020 (Voraussetzung: Einführung der Sozialdaten im Jahr 2019)
Zeitachse für die Verhandlungen über Zu- und Abschlüsse	Keine Verzögerung gegenüber dem jetzigen Verfahren	Verschiebung um den Zeitraum bis zur Lieferung der 30-Tage Mortalitätsdaten für das betroffene EJ, da SD und Indexberechnung sind erst nach Auswertung aller Indikatoren möglich sind

8 Bewertungskonzept

8.1 Grundzüge des Bewertungskonzepts

8.1.1 Bewertung von Qualität im Rahmen der QSKH-RL

Die QS-Verfahren im Rahmen der QSKH-RL basieren auf fallbezogenen Dokumentationen, anhand derer die Einhaltung von Prozessstandards, die Zielerreichung und die Häufigkeit adverser Ereignisse zur Messung der Versorgungsqualität statistisch abgebildet werden. Die Ergebnisse, bei denen auch die Risiken der behandelten Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, werden anschließend durch einen Strukturierten Dialog mit der entsprechenden Einrichtung auf fachliche Angemessenheit geprüft. Dann erst wird das Urteil *qualitativ unauffällig* oder *qualitativ auffällig* gefällt.

Die Bewertungen von Strukturanforderungen sind eher dichotom angelegt als *erfüllt, weil vorhanden* oder *nicht erfüllt, weil nicht vorhanden*. Im Gegensatz dazu liefern die statistischen Auswertungen der Falldokumentationen meist einen Ergebnisraum von Prozentzahlen zwischen 0 % und 100 % oder als Verhältniszahlen von erwarteter zu beobachteter Qualität bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren. Referenzbereiche teilen diese Ergebnisspannen in Wertebereiche mit rechnerisch auffälligen und rechnerisch unauffälligen Ergebniswerten, denen dann noch bei rechnerischen Auffälligkeit die fachliche Validierung im Strukturierten Dialog folgt. Die extremen Ergebnisse (z.B. gar keine oder extrem viele Komplikationen, eine sehr strikte Einhaltung von Prozessanforderungen oder deren völlige Vernachlässigung) sind leicht als sehr gute bzw. sehr schlechte Versorgungsqualität identifizierbar. Daher erscheint die Unterscheidung von guter und schlechter Qualität immer recht einfach zu sein, weil jeder an die prägnanten Ergebnisse denkt. Die große Schwierigkeit taucht aber dort auf, wo im mittleren Ergebnisbereich eine nachvollziehbare Zäsur zu setzen ist. Dies kann nur eine artifizielle Schwelle sein, da Häufigkeitswerte direkt außerhalb und direkt innerhalb dieser Schwelle sich qualitativ nicht wesentlich unterscheiden. Dennoch bleibt die Qualitätssicherung nur handlungsfähig, wenn sie Grenzen definiert, die konkrete Handlungsanschlüsse ermöglichen. Im Falle der QSKH-Verfahren werden Ergebnisse innerhalb des sogenannten Referenzbereichs unmittelbar als *qualitativ unauffällig* toleriert, außerhalb wird der Strukturierte Dialog mit der jeweiligen Einrichtung eingeleitet, um zu einem entsprechenden Qualitätsurteil zu kommen.

Versorgungsqualität ist ein hochkomplexes Konstrukt und unterliegt damit auch einer gewissen Messunsicherheit. Werden die Schwellenwerte sehr kritisch eingestellt, so wird nur mit Einrichtungen ein Strukturiertes Dialog geführt, die sehr auffällige Ergebnisse haben. Damit wird vermieden, dass Einrichtungen im Strukturierten Dialog befragt werden, obwohl sie gute Versorgungsqualität leisten. Allerdings steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit, dass Einrichtungen als unauffällig eingestuft werden, obwohl dennoch Qualitätsprobleme vorliegen. Bei der Festlegung der Schwellenwerte ist dieser Zusammenhang zu berücksichtigen. Bei den Qualitätsindikatoren der QSKH-RL werden die Referenzbereiche entweder anhand von externer Evidenz (Studien,

Leitlinien) festgelegt, oder als Perzentilen, bei denen ein bestimmter Anteil der Einrichtungen mit den schlechtesten Werten automatisch dem Strukturierten Dialog zugeführt wird.

8.1.2 Herleitung der Qualitätszu- und -abschläge aus den laufenden QS-Verfahren

Durch das Aufsetzen auf ein laufendes Verfahren sollen die Qualitätsindikatoren-Ergebnisse eines gestrafften QS-Verfahrens so genutzt werden, dass daraus die Einstufung der Versorgungsqualität einer Einrichtung hinsichtlich möglicher Qualitätszu- oder -abschläge abgeleitet werden kann (siehe Abbildung 2). Dies bezieht sich dann immer auf Leistungen oder Leistungsbereiche, während die Ergebnisse der klassischen QS-Verfahren auf Einzelergebnissen von Qualitätsindikatoren beruhen. Es ist daher eine Zusammenfassung der Indikatorergebnisse zu einer indikatorübergreifenden Bewertung im Sinne von Indizes erforderlich.

Die Nutzung der Ergebnisse der QS-Verfahren setzt allerdings voraus, dass deren Strukturierter Dialog die Anforderungen an Stringenz, Einheitlichkeit, Transparenz und Überprüfbarkeit erfüllt, die für ein justitierbares Verfahren erforderlich sind (siehe Abschnitt 9.4). Dieses Ziel entspricht den Entwicklungsabsichten des G-BA in den Bereichen QSKH-Richtlinie und Qesü-Richtlinie.

8.1.3 Indexbildung für Qualitätszu- und -abschläge

Die Informationen, die aus den QS-Verfahren stammen, beinhalten die rechnerischen Ergebnisse und die qualitative Einstufung der einzelnen Einrichtungen, den definierten Referenzbereich des Indikators sowie die deskriptive Beschreibung der Einrichtungsergebnisse durch deren Median. Diese Informationen liegen auf der Ebene der einzelnen Qualitätsindikatoren vor. Sie können für eine übergeordnete Bewertung zusammengeführt werden. Das methodische Instrument hierfür ist die Bildung von Indizes.

Eine Differenzierung zwischen *außerordentlich guter* und *unzureichender* Qualität ist nur möglich, wenn Indikatorergebnisse in beiden äußeren Ergebnisbereichen entsprechend unterschiedliche Ergebnisse aufweisen. Das trifft bisweilen auf Ergebnisindikatoren zu, bei denen es ein starkes Mittelfeld an Qualitätsergebnissen gibt mit entsprechender Streuung zu schlechterer und zu besserer Qualität in den entsprechenden Randbereichen. Gerade bei Komplikationsindikatoren gibt es jedoch häufig viele Einrichtungen ohne entsprechendes Ereignis (0 %) oder viele, die innerhalb der Krankenhausverweildauer die möglichen Ziele erreicht haben (>97 %). Dabei sind die Ergebnisse asymmetrisch verteilt. Diese Decken- oder Bodeneffekte in der Verteilung lassen eine gleichzeitige Identifizierung von *außerordentlich guter* und *unzureichender* Qualität nicht zu. Bei Prozessindikatoren findet sich oft ein Deckeneffekt, weil die meisten Einrichtungen die Prozessanforderungen für nahezu alle Patientinnen und Patienten einhalten. Die Differenzierung ist in solchen Fällen nur im Bereich schlechter Qualität möglich, also bei denen, die sich noch nicht an die Prozessanforderungen halten, aber im Bereich der guten Qualität findet sich eine so große Anzahl an Einrichtungen mit nahezu identischen Ergebnissen, dass nicht mehr klar zwischen gut und sehr gut unterschieden werden kann. Die meisten Qualitätsindikatoren können daher nur entweder im kritischen oder im sehr guten Bereich differenzieren, nicht jedoch an beiden Seiten.

Wenn für Qualitätszu- und -abschläge sowohl *außerordentlich gute* als auch *unzureichende* Qualität identifiziert werden soll, dann ist dies besser mit je einem Indikatorenset für *außerordentlich gute* und einem für *unzureichende* Qualität zu erreichen. Aus diesem Grund beinhaltet dieses Konzept die Entwicklung eines separaten Abschlags- und eines separaten Zuschlagsindex (siehe Abschnitt 8.18.2). Dabei zeigt sich, dass die Anforderungen und Voraussetzungen an beide sich unterscheiden, so dass ihre Ausgestaltung auch nicht symmetrisch erfolgen kann. Diese Asymmetrie findet sich bereits in den gesetzlichen Grundlagen, die für Zuschläge und für Abschläge differente Regelungen vorsehen.

8.1.4 Die Abgrenzbarkeit von *außerordentlich guter* und von *unzureichender* Qualität

Zwar sind durch die Zielsetzung eines Indikators die Extrembereiche von erwünschter und von unzureichender Qualität klar erkennbar, zwischen ihnen befindet sich jedoch ein Kontinuum, in dem beide fließend ineinander übergehen. Die Abgrenzung des Referenzbereichs gelingt hier nur aufgrund von Studien, die eine entsprechende Zäsur gesetzt haben, oder von Perzentilen, die einen fixen Anteil an Ergebnissen in Randlagen der Ergebnisspanne als auffällig festlegen.

Die Zusammenführung der Ergebnisse mehrerer Indikatoren in Indizes liefert ebenfalls Werte, die über einen gewissen Bereich variieren. Hier gibt es zwar nicht das Problem der Identifizierung der Extrembereiche von *außerordentlich guter* und von *unzureichender* Qualität, aber es stellt sich umso dringlicher die Frage, wie diese Bereiche zur mittleren Qualität hin abgegrenzt werden können. Studien stehen hier nicht zur Verfügung.

Das Konzept sieht vor, dass für jede Einrichtung nur entweder ein Zuschlagsindex oder ein Abschlagsindex berechnet wird. Ausschlusskriterien bewirken, dass einer Einrichtung nicht beide gleichzeitig zugeordnet werden.

Definition des Zuschlagsindex

Der Zuschlagsindex für *außerordentlich gute* Versorgungsqualität wird berechnet, wenn eine Einrichtung eine Mindestanzahl an Behandlungsfällen aufweist, wenn keine rechnerische Auffälligkeit vorliegt oder wenn sie in allen Indikatoren des Leistungsbereichs als *qualitativ unauffällig* beurteilt wurde und keine Auffälligkeit bei der Dokumentation vorliegt und die Einrichtung in mehr als der Hälfte der für die Zuschlagsberechnung vorgesehenen Indikatoren ein Ergebnis besser als der Median aller Einrichtungen erzielt.

Die Definition des Zuschlagsindex beinhaltet somit drei Komponenten:

- Mindestmenge an Fällen
- Keine bekannten Mängel in den Indikatorergebnissen oder der Dokumentation
- Überdurchschnittliche Ergebnisse in den meisten Indikatoren

Die Mindestmenge rechtfertigt sich damit, dass bei kleinen Fallzahlen zufällig gute Ergebnisse nicht hinreichend von sehr guter Qualität unterschieden werden können. Es ist fraglich, wie eine Abteilung nachweisen möchte, dass sie dem sehr hohen Anspruch von *außerordentlich gut* genügt, wenn sie nur fünf Patienten behandelt hat, während andere über den Erfahrungsschatz von jährlich mehr als 50 Fällen verfügen.

Das Fehlen von Mängeln ist eine wichtige Voraussetzung für *außerordentlich gut*, da bei den bestehenden Qualitätsindikatoren ein Mangel stets heißt, dass Mindeststandards nicht eingehalten wurden. Dies kann nicht durch Verrechnung mit anderen, besseren Ergebnissen der Bewertung entzogen werden.

Die Forderung nach überdurchschnittlichen Ergebnissen in den meisten Indikatoren (festgelegt durch einen Indikatorwert oberhalb des Medians der Ergebnisse aller Einrichtungen bei mehr als der Hälfte der ausgewählten Indikatoren) entspricht einer pragmatischen Annäherung an die Einstufung *außerordentlich gut*. Es können nur solche Indikatoren ausgewählt werden, bei denen im Bereich erwünschter Qualität auch eine angemessene Differenzierung möglich ist. Bei Komplikationsraten mit sehr geringer Inzidenz (z.B. Sentinel Events) ist das nicht gegeben.

Mit den bislang geprüften Indikatorenset ist dieser Forderungskatalog für einen Zuschlagsindex ein gangbarer Weg, der jedoch bei neuen Leistungsbereichen auf Praktikabilität geprüft werden muss. Andererseits erscheint nach den ersten Prüfungen diese Herangehensweise als zielführend und robust genug, um sie für die anstehenden Weiterentwicklungen als Grundlage vorzugeben.

Definition des Abschlagsindex

Ein Abschlagsindex wird berechnet, sobald eine Einrichtung in einem Indikator, der für die Berechnung des Abschlagsindex vorgesehen ist, als *qualitativ auffällig* eingestuft wurde oder sie wegen Dokumentationsfehlern auffällig wurde.

Die gesetzliche Vorgabe der Bezeichnung *unzureichende* Qualität ist unspezifischer gefasst als das Pendant der *außerordentlich guten* Qualität in diesem Verfahren oder der Vorgabe von *in einem erheblichen Maß unzureichender* Qualität bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Nach den Regelungen der esQS ist die Nichteinhaltung der Mindeststandards, wie sie durch die Referenzbereiche der Qualitätsindikatoren vorgegeben sind, bereits eine *unzureichende* Qualität, sofern sie durch Maßnahmen wie den Strukturierten Dialog verifiziert wurde. Hierzu zählt auch, dass keine Auffälligkeit in der Dokumentation vorliegt, da zur regelkonformen Versorgung immer auch eine valide Dokumentation gehört. Als Auffälligkeit in der Dokumentation wird nicht die versehentliche Falschdokumentation eines Wertes bezeichnet, sondern nach den bestehenden Regularien die Feststellung einer relevanten Dokumentationsauffälligkeit im Rahmen des Strukturierten Dialogs. Künftig soll ein auffälliges Dokumentationsproblem nach den vom G-BA zu beschließenden neuen Regelungen zur Datenvalidierung festgelegt werden.

Es kann auch sein, dass Einrichtungen weder die Voraussetzungen für die Berechnung des Zuschlagsindex noch für die Berechnung des Abschlagsindex erfüllen. Für diese Einrichtungen wird kein Index berechnet. Dies bedeutet gleichzeitig, dass weder von *außerordentlich guter* noch von *unzureichender* Qualität ausgegangen werden kann.

Die Ergebnisse der Indizes können (optional) über die Setzung von Indexwerten, für die Zuschläge gezahlt oder Abschläge verhängt werden sollen und in welcher Höhe dies geschehen soll, genutzt werden. Dies ist aber nicht Gegenstand dieses Konzepts.

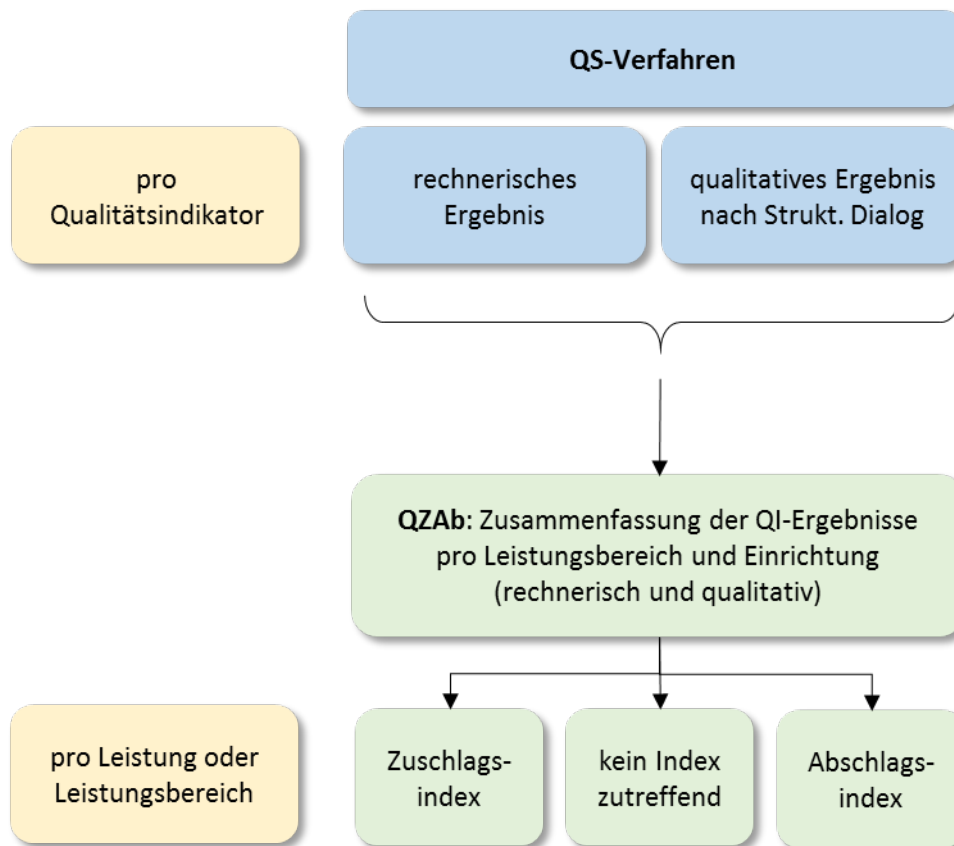


Abbildung 2: Übernahme der Indikatorenergebnisse durch das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge

8.2 Das theoretische Indexmodell

Das übergeordnete Ziel der Indexbildung beinhaltet die Entwicklung von indikatorübergreifenden Bewertungskriterien zur Ausgestaltung von Zuschlägen für *außerordentlich gute* Qualität und Abschlägen für *unzureichende* Qualität auf Leistungserbringerebene. Die Indizes für Zu- und für Abschläge ähneln sich in der Herangehensweise, unterscheiden sich aber in wichtigen Details der Konkretisierung, wie unter 8.1 bereits dargelegt. Es werden die folgenden Setzungen getroffen:

1. Zuschläge kann ein Leistungserbringer nur erhalten, wenn er in allen Qualitätsindikatoren des ausgewählten Leistungsbereichs rechnerisch oder qualitativ unauffällig ist und keine Auffälligkeit bei der Dokumentation besteht. Die Berechnung des Zuschlagsindex findet nur statt, wenn in mehr als der Hälfte der für die Zuschlagsberechnung vorgesehenen Indikatoren ein Ergebnis besser als der Median erzielt wurde. Für die Berechnung des Zuschlagsindex werden Fälle berücksichtigt, die von der überdurchschnittlichen Versorgungsqualität des Leistungserbringers zusätzlich profitierten.
2. Qualitätsmängel können nicht durch überdurchschnittliche Qualität in anderen Indikatoren ausgeglichen werden. Der Abschlagsindex wird berechnet, sobald ein Leistungserbringer in einem Indikator, der für die Berechnung des Abschlagsindex vorgesehen ist, als qualitativ auf-

fällig eingestuft wurde oder rechnerisch auffällig wegen Dokumentationsmängel war. Es werden die Fälle berücksichtigt, bei denen es über den Referenzwert hinaus unerwünschte Ereignisse gegeben hat.

3. Es kann vorkommen, dass eine Einrichtung weder unter die Berechnung des Zuschlagsindex, noch unter die Berechnung des Abschlagsindex fällt. Dies ist dann der Fall, wenn zwar einerseits in keinem Indikator eine qualitative Auffälligkeit vorliegt, aber andererseits auch in weniger oder der Hälfte der zuschlagsrelevanten Indikatoren ein überdurchschnittlich gutes Ergebnis (besser als der Median) erzielt wurde.

Zu 1 ist anzumerken, dass die Qualitätsindikatoren der QSKH-Verfahren Standards abbilden, deren Einhaltung erwartet werden kann. Der Status *zuschlagswürdig* soll die Versorgungsqualität einer Einrichtung indikatorenübergreifend als besonderes vorbildlich auszeichnen. Dazu gehört sicherlich, dass sämtliche Mindeststandards eingehalten werden, d.h. in keinem Indikator des Leistungsbereichs eine qualitative Auffälligkeit vorliegt.

Zu 2 ist in gleicher Weise anzumerken, dass die Einhaltung sämtlicher Mindeststandards durchgehend gefordert werden kann. Die geringe Anzahl Einrichtungen, die das pro Indikator nicht erfüllt, zeigt, dass dies legitime Anforderungen sind. Könnte man nun mit einem besseren Ergebnis das Verfehlen einer Mindestanforderung ausgleichen, so würde man deren Einhaltung relativieren. Dies kann nicht Bestandteil eines Konzepts zur Qualitätsförderung mit den Mitteln der Qualitätszu- und -abschläge sein. Daher kann es nur Zuschläge geben, wenn die Ergebnisse in den zuschlagsrelevanten Indikatoren überdurchschnittlich gut sind.

Das Ergebnis des Abschlagsindex und des Zuschlagsindex spiegelt die relative Häufigkeit derjenigen unerwünschten bzw. erwünschten Ereignisse wieder, die in einer Einrichtung als unzureichend (bei Abschlagsindizes) oder als überdurchschnittlich gut (Zuschlagsindizes) angesehen werden.

Unerwünschte Ereignisse sind in diesem Zusammenhang z. B. nicht eingehaltene Prozessvorgaben (z. B. *präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus* überschritten) oder eingetretene Komplikationen. *Erwünschte Ereignisse* sind z. B. das Einhalten von Prozessstandards oder das Erreichen von Therapiezielen.

8.2.1 Indexmodell für Abschläge

Die qualitative Auffälligkeit in einem oder mehreren der Qualitätsindikatoren bedeutet, dass erwartbare Standardqualität nicht eingehalten wird. Wenn dies wiederholt und in erhöhtem Maße geschieht, sollen als Steuerungsmaßnahme Abschläge eingesetzt werden. Dabei kann ein solcher Mangel nicht durch gute Qualität in anderen Indikatoren ausgeglichen werden, sonst würde der Anreiz zur Mängelbeseitigung relativiert werden. Der Abschlagsindex fokussiert nur auf die Mängel der Versorgung. Somit ist als Maß der *unzureichenden* Qualität die Summe aller Fälle zu berücksichtigen, die bei allen für die Abschlagsberechnung vorgesehenen Qualitätsindikatoren mit qualitativen Auffälligkeiten oder mit unvollzähliger oder falscher Dokumentation über die definierten Referenzbereiche hinausgehen. Aus medizinischer oder normierungstechnischer Sicht kann es dabei erforderlich sein, bei der Berechnung dieses Maßes angemessen zu gewichten.

Nach den Regularien der QSKH-Verfahren werden die besonderen Verhältnisse mit einem Fall im Zähler berücksichtigt (Ein-Fall-Regel). So muss ein Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog bei rechnerischen Auffälligkeiten, die sich nur durch einen Fall pro Qualitätsindikator pro Standort ergeben, nicht begründet werden. Entsprechend dieser Ein-Fall-Regel beträgt die Mindestfallzahl im Zähler pro Indikator zwei Fälle, weil eine Qualitätsaussage anhand nur eines Falls nicht möglich ist. Es besteht jedoch keine Möglichkeit, die Ein-Fall-Regel beim gleichen Indikator über mehrere Jahre hintereinander in Anspruch zu nehmen.

Abbildung 3 stellt dar, welcher Bereich für den Abschlagsindex relevant ist bei Indikatoren, die das möglichst häufige Auftreten erwünschter Ereignisse messen.

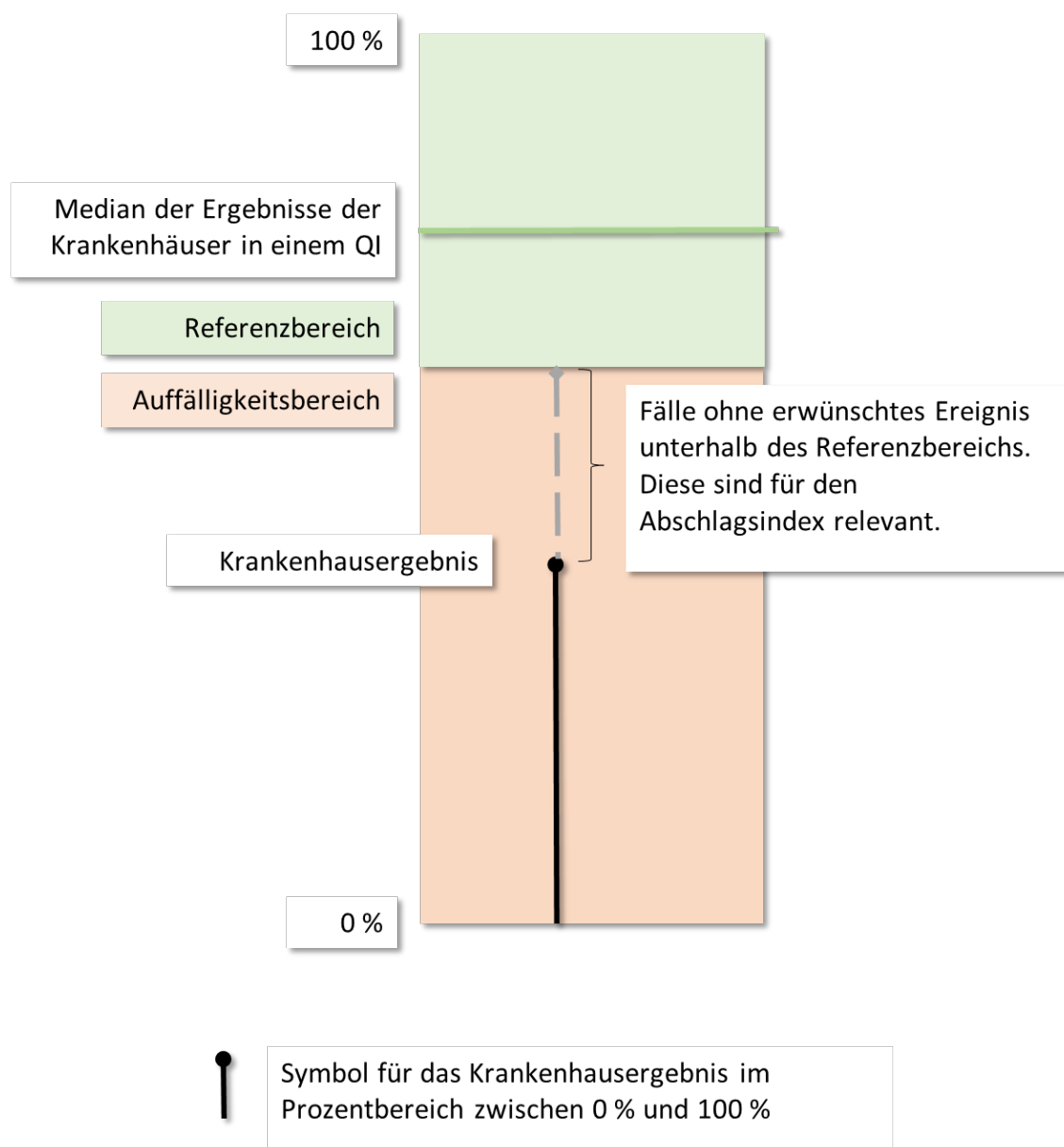


Abbildung 3: Darstellung unzureichender Qualität bei Indikatoren, bei denen das möglichst häufige Auftreten erwünschter Ereignisse gemessen wird (z.B. Antibiotikaphylaxe)

Die folgende Abbildung 4 stellt den Bereich dar, der für den Abschlagsindex relevant ist für Indikatoren, die die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse messen.

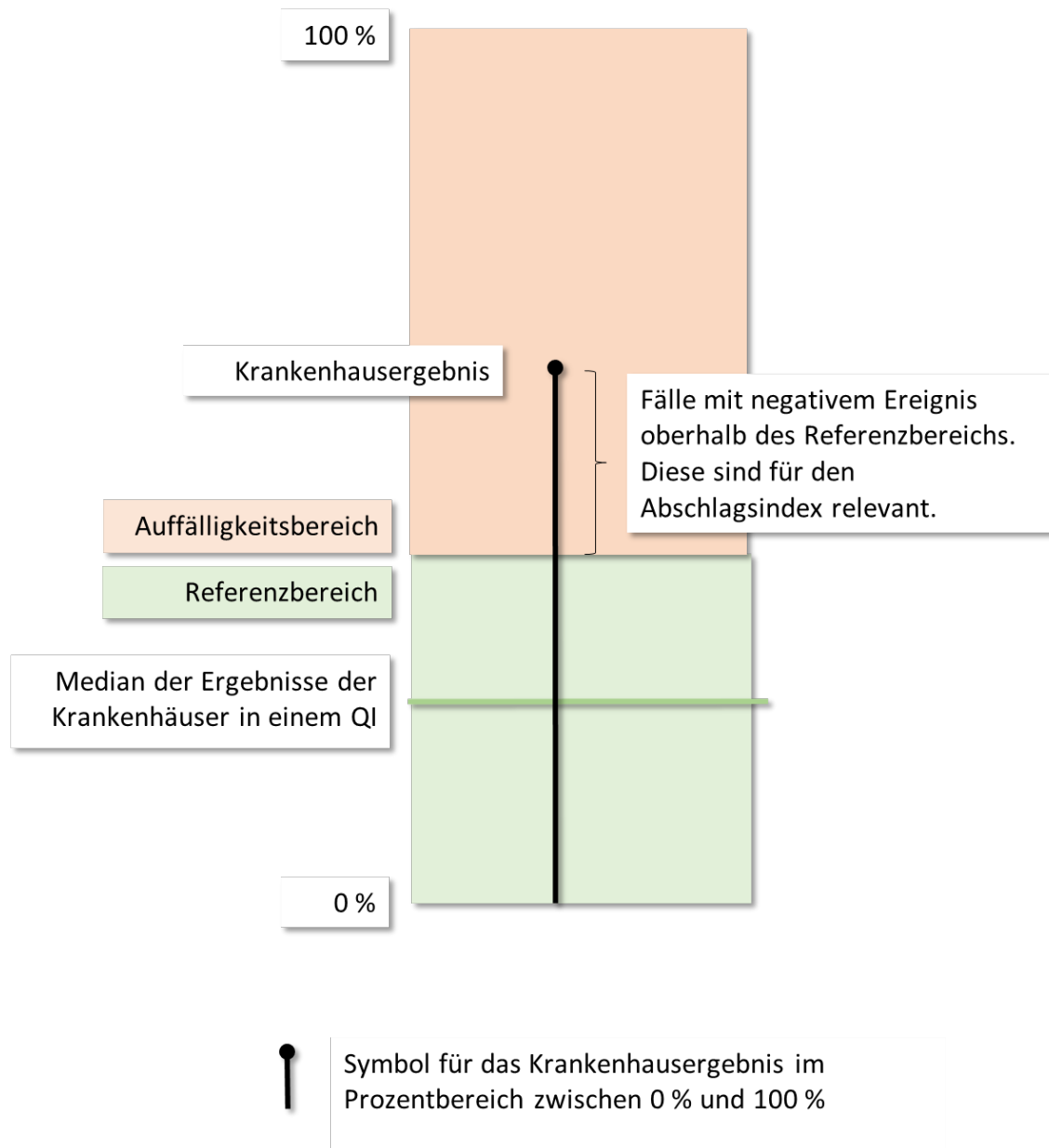


Abbildung 4: Darstellung unzureichender Qualität bei Indikatoren, bei denen die Häufigkeit des Auftretens unerwünschter Ereignisse gemessen wird

8.2.2 Indexmodell für Zuschläge

Zur Beurteilung *außerordentlich guter* Qualität werden besonders gute rechnerische Ergebnisse ohne weitere Analyse akzeptiert, sofern sie durch Datenvalidierung zumindest anhand Stichproben nicht widerlegt werden (siehe Datenvalidierungskonzept Abschnitt 9.3).

Da ein gewährter Zuschlag eine *außerordentlich gute* Versorgungsqualität anerkennen soll, muss diese Entscheidung auf Basis einer entsprechend verlässlichen Berechnungsgrundlage erfolgen. Hierzu wird für jeden Leistungsbereich eine erforderliche Mindestanzahl an Fällen festgelegt,

die in diesem Versorgungsbereich angemessen ist. Wird diese in einem Erfassungsjahr nicht erreicht, wird eine Auswertung über die letzten zwei Jahre durchgeführt, falls in diesem Zeitraum insgesamt die Mindestfallzahl erreicht wurde. Der Zuschlagsindex wird dann aus dem Ergebnis dieser zwei Jahre berechnet. Kommt auch bei einem zweijährigen Erfassungszeitraum die Mindestfallzahl nicht zusammen, so kann kein Zuschlag zugestanden werden, weil die Fallzahl zum Nachweis *außerordentlich guter* Versorgungsqualität nicht ausreicht. Damit soll ausgeschlossen werden, dass bei kleiner Fallzahl zufällig gute Ergebnisse als *außerordentlich gute* Versorgungsqualität eingestuft werden. Das kann z. B. der Fall sein, wenn eine Komplikation generell nur selten auftritt; bei kleiner Fallzahl kann dann nicht unterschieden werden, ob die Komplikation zufällig oder aufgrund guter Qualität der Leistungserbringung nicht aufgetreten ist. Daher muss für die Einstufung *außerordentlich gute* Qualität eine Mindestanzahl an Fällen ausgewertet werden.

Dies sei an einem Beispiel erläutert: Bei unerwünschten Ereignissen liegen die Durchschnittswerte oder Referenzbereiche in der esQS häufig im Bereich zwischen 1 – 15 %. Es wird ein Referenzbereich von maximal 10 % an unerwünschten Ereignissen angenommen. Soll eine signifikante Abweichung (einseitig getestet zum Niveau $\alpha = 5\%$) zur Nullhypothese $p \geq 10\%$ („Einrichtung ist auffällig“) auf Grundlage einer binomialverteilten Zufallsvariable getestet werden, so sind zum Verwerfen der Nullhypothese (Nachweis, dass „die Einrichtung ist nicht auffällig“ ist) auch beim maximal gutem Ergebnis von 0 % mindestens 29 Fälle notwendig ($0,9^{29} = 0,047$), während umgekehrt ein signifikantes Ergebnis zum Verwerfen der Nullhypothese $p \leq 10\%$ beim maximal unerwünschten Wert von 100 % auch schon bei 2 Fällen ($0,1^2 = 0,01$) erreicht werden könnte. (Mindestens 40 Fälle wären bei Nullhypothese $p \geq 7,2\%$ notwendig. Unter Beachtung obiger Argumentation sind 40 Fälle eine naheliegende Setzung (= 20 Fälle im Mittel über 2 Jahre). Dies hat auch in den QSKH-Verfahren zu einer Unterscheidung von Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen p.a. und solchen mit weniger als 20 Fälle p.a. geführt. Auch hier folgt das Konzept den Standards der QSKH-Verfahren.

Für die ausgewählten Leistungsbereiche *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* und der *Herzchirurgie* wurde daher eine Mindestanzahl von 40 festgelegt. Diese Fallzahl erreichen im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* 55 % der Einrichtungen innerhalb eines Erfassungsjahrs und ca. 82 % im Zweijahres-Erfassungszeitraum (siehe Abschnitt 8.4.2). Im Leistungsbereich *Herzchirurgie* ist dies in 77 % bzw. in 80 % der Einrichtungen der Fall. Erreicht eine Abteilung bereits im Erfassungsjahr diese Mindestanzahl, so werden deren Ergebnisse für die Zuschlagsindex-Berechnung genutzt. Ist dies nicht der Fall, wird eine Auswertung über den doppelten Erfassungszeitraum, also zwei Jahre, zur weiteren Berechnung herangezogen, sofern auf diesem Wege 40 Fälle zur Auswertung kommen.

Eine umfassende Bewertung *außerordentlich guter* Qualität im Rahmen des Zuschlagsindex schließt – wie bereits dargelegt – aus, dass in einem oder mehreren Qualitätsindikatoren des Leistungsbereichs qualitative Auffälligkeiten vorliegen, d. h., dass die Mindestanforderungen nicht eingehalten wurden. Dies betrifft alle Indikatoren, auch diejenigen, die nicht für die Be-

rechnung des Abschlags- oder des Zuschlagsindex herangezogen werden. Die Erfüllung der Gütekriterien des Qualitätsindikators wird in dem Moment bedeutungslos, in dem Expertinnen und Experten im Strukturierten Dialog aufgrund ihrer intensiven Auseinandersetzung mit dem Indikatorergebnis und der Einrichtung eine qualitative Auffälligkeit festgestellt haben. Dies bedeutet nämlich, dass kein entschuldender Grund für die rechnerische Auffälligkeit gefunden werden konnte.

Des Weiteren soll *außerordentlich gute* Qualität beinhalten, dass die Ergebnisse von mehr als der Hälfte der für den Zuschlagsindex zu berücksichtigten Qualitätsindikatoren besser ist als der Median der Leistungserbringerergebnisse. Ausgehend von diesem Median sollen umso mehr Bewertungspunkte für einen Zuschlag vergeben werden, je höher der Anteil an Patienten ist, die von dem guten Ergebnis einer Einrichtung profitieren. In Abbildung 5 ist dies für Indikatoren dargestellt, bei denen ein hoher Anteilswert gute Qualität anzeigt, z. B. als Einhaltung wichtiger Prozessstandards oder das Erreichen guter Ergebnisqualität. Abgebildet ist der mögliche Ergebnisbereich eines Qualitätsindikators zwischen 0 % und 100 %, der Referenzbereich, ein möglicher Ergebnismedian sowie ein mögliches Krankenhausergebnis. Nur die Fälle, die über den Median hinaus als besonders gute Qualität einzustufen sind, werden zur Berechnung des Zuschlagsindex herangezogen.

Abbildung 6 zeigt die gleiche Situation für einen Qualitätsindikator, bei dem möglichst wenige unerwünschte Ereignisse auftreten sollten. Hier geht es darum, dass noch weniger Ereignisse, z. B. Komplikationen, eingetreten sind, als im Median der Einrichtungen insgesamt auftraten. Für die Berechnung des Zuschlagsindex und damit zur Bestimmung *außerordentlich guter* Qualität werden in diesem Beispiel die Fälle gezählt, die über den Median hinaus nicht betroffen waren. In beiden Abbildungen ist der Bereich der überdurchschnittlichen Qualität durch die geschweifte Klammer gekennzeichnet.

Werte zwischen Referenzbereich und Median leisten keinen Beitrag zur einer *außerordentlich guten* Qualität, sollen allerdings ansonsten erzielte gute Ergebnisse auch nicht schmälern. Indikatorübergreifend wird dieses aufsummierende Verfahren fortgeführt, sodass der Zuschlagsindex umso höhere Werte aufweist, je höher der Anteil an Patienten insgesamt ist, der bessere Ergebnisse als der Median erzielte.

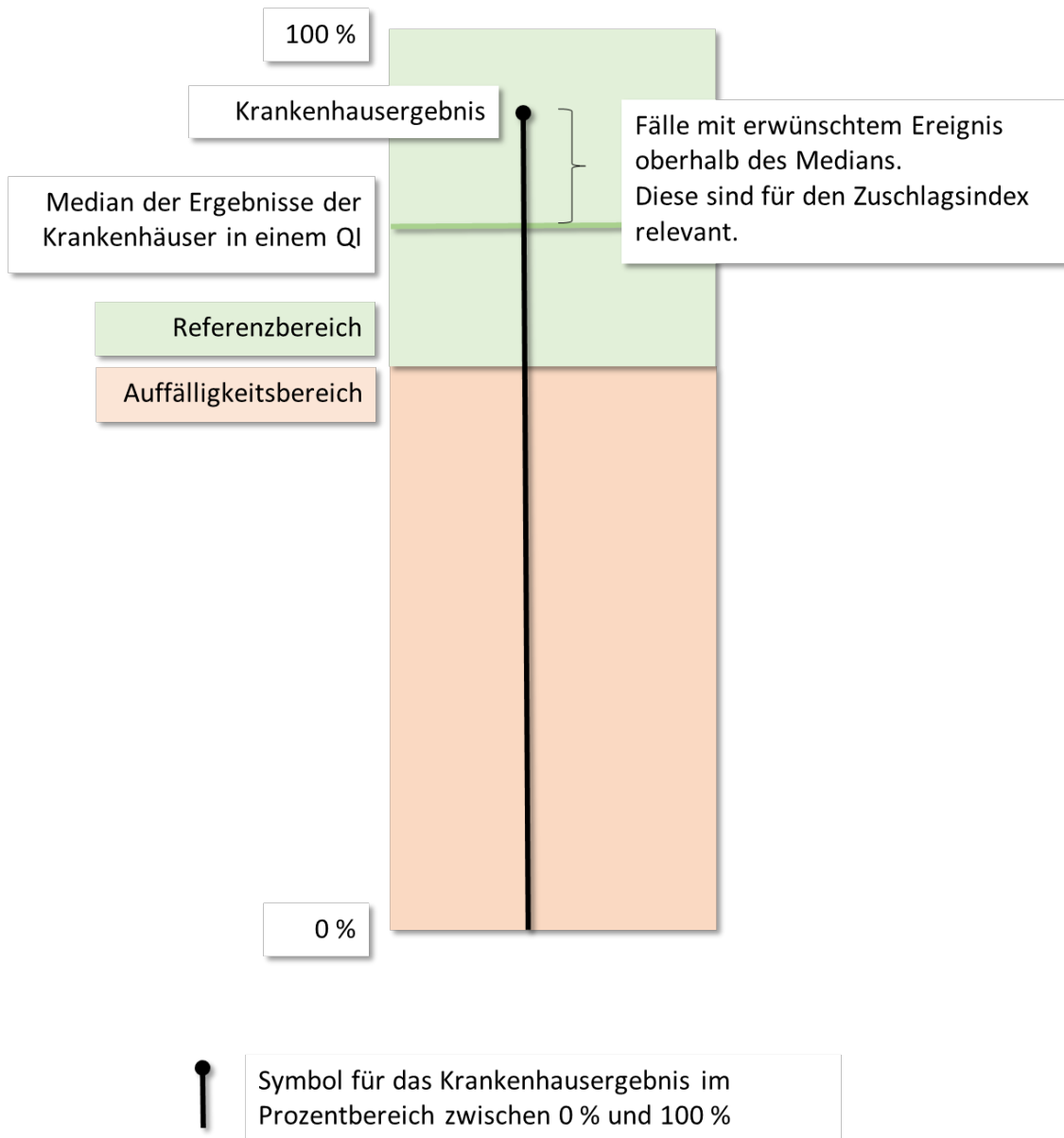


Abbildung 5: Darstellung positiver Abweichung bei Indikatoren, bei denen das möglichst häufige Auftreten erwünschter Ereignisse gemessen wird

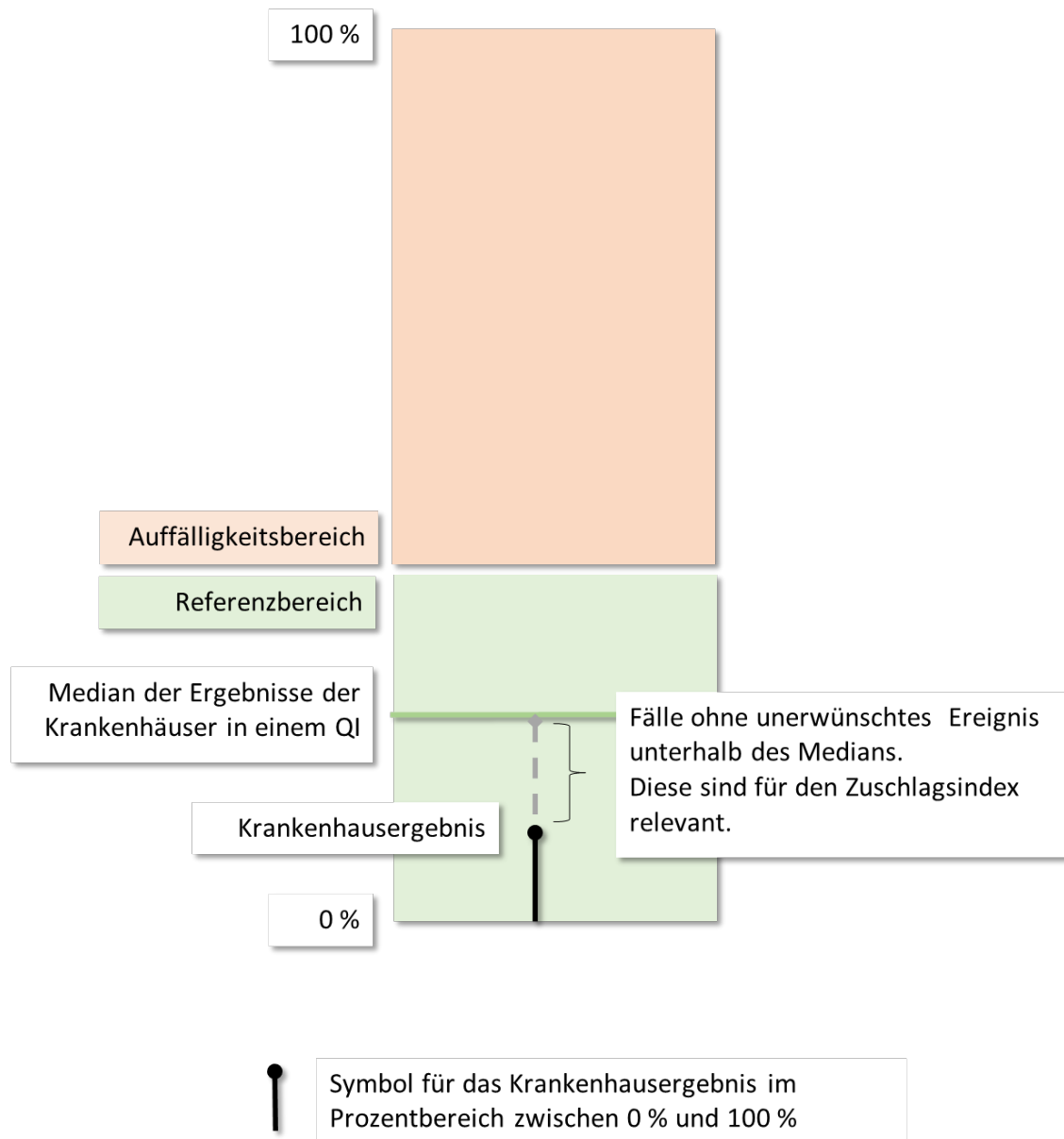


Abbildung 6: Darstellung positiver Abweichung bei Indikatoren, bei denen das Auftreten unerwünschter Ereignisse gemessen wird

Es bleibt aber auch festzuhalten, dass das Konzept für Zuschläge in der ersten Phase ein Interimskonzept für *außerordentlich gute* Qualität darstellt, das dann später durch ein Konzept von Exzellenz abgelöst werden soll.

8.2.3 Prozessmodell für die Berechnung von Zu- und Abschlagsindizes

In Abbildung 7 sind die Prozessschritte, die zur Berechnung von **Zu-** und **Abschlagsindizes** notwendig sind, dargestellt:

1. Nach Vorliegen der **Auswertungsergebnisse der Qualitätsindikatoren** sowie der **Einstufung im Strukturierten Dialog/Stellungnahmeverfahren** wird geprüft, ob
2. **qualitativ auffällige Indikatorergebnisse** vorhanden sind.

3. Wenn in mindestens einem **abschlagsrelevanten Indikator eine qualitative Auffälligkeit** vorliegt, wird für die Einrichtung ein Abschlagsindex ermittelt. Wenn in nicht für die Indexberechnung relevanten Indikatoren mindestens eine qualitative Auffälligkeit vorliegt, wird weder ein Abschlags- noch ein Zuschlagsindex berechnet.
4. Wenn in keinem Indikator des Leistungsbereichs qualitativ auffällige Ergebnisse vorliegen, wird geprüft, ob mehr als die Hälfte der **QI-Ergebnisse** von **zuschlagsrelevanten Indikatoren besser sind als der Median**. Ist das nicht der Fall, so wird für die Einrichtung ebenfalls kein Index berechnet. Dann muss noch geprüft werden, ob in diesen Indikatoren die **Mindestfallzahl** ausreicht oder ob zu deren Erreichung ggf. die beiden zurückliegenden Jahre zusammen ausgewertet werden müssen. Nur wenn die Mindestfallzahl innerhalb von einem oder zwei Jahren erreicht wurde,
5. erfolgt die **Erstberechnung des Zuschlagsindex**.
6. Es folgt eine **Datenvalidierung** (Datenvalidierung 2) bei allen oder zumindest einer großen Stichprobe der Einrichtungen, für die ein Zuschlagsindex berechnet wurde (siehe Abschnitt 9.3.2).
7. Liegen **relevante Dokumentationsfehler** zugunsten der Einrichtung vor, so entfällt der Zuschlagsindex. Bei **qualitativ auffälligem Dokumentationsproblem** wird ein Sonderabschlag vorschlag (siehe Abschnitt 9.3.2). Findet die Datenvalidierung keine relevanten Dokumentationsfehler, so wird der Zuschlagsindex wirksam.

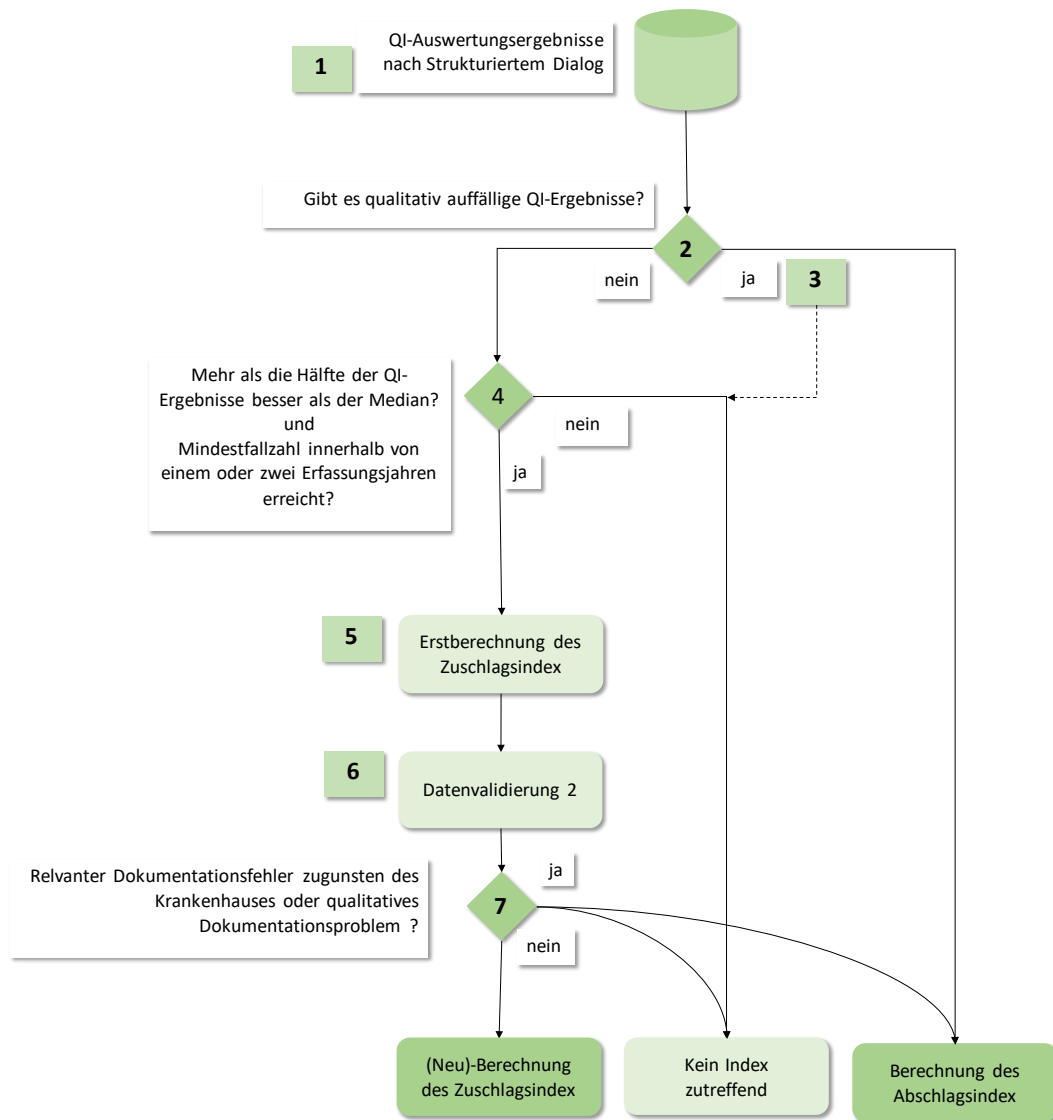


Abbildung 7: Prozessschritte zum Ermitteln der Zu- und Abschlagsindizes

8.2.4 Datenmodell für die Indexbildung

Von den Dokumentationsdaten im Rahmen der QSKH-Richtlinie bis zu den Einstufungen der Abteilungen gibt es eine Datenkaskade, die in Abbildung 8 dargestellt ist. Zum Verständnis der Abläufe ist es wichtig zu sehen, welche Prozesse auf welcher Ebene ablaufen.

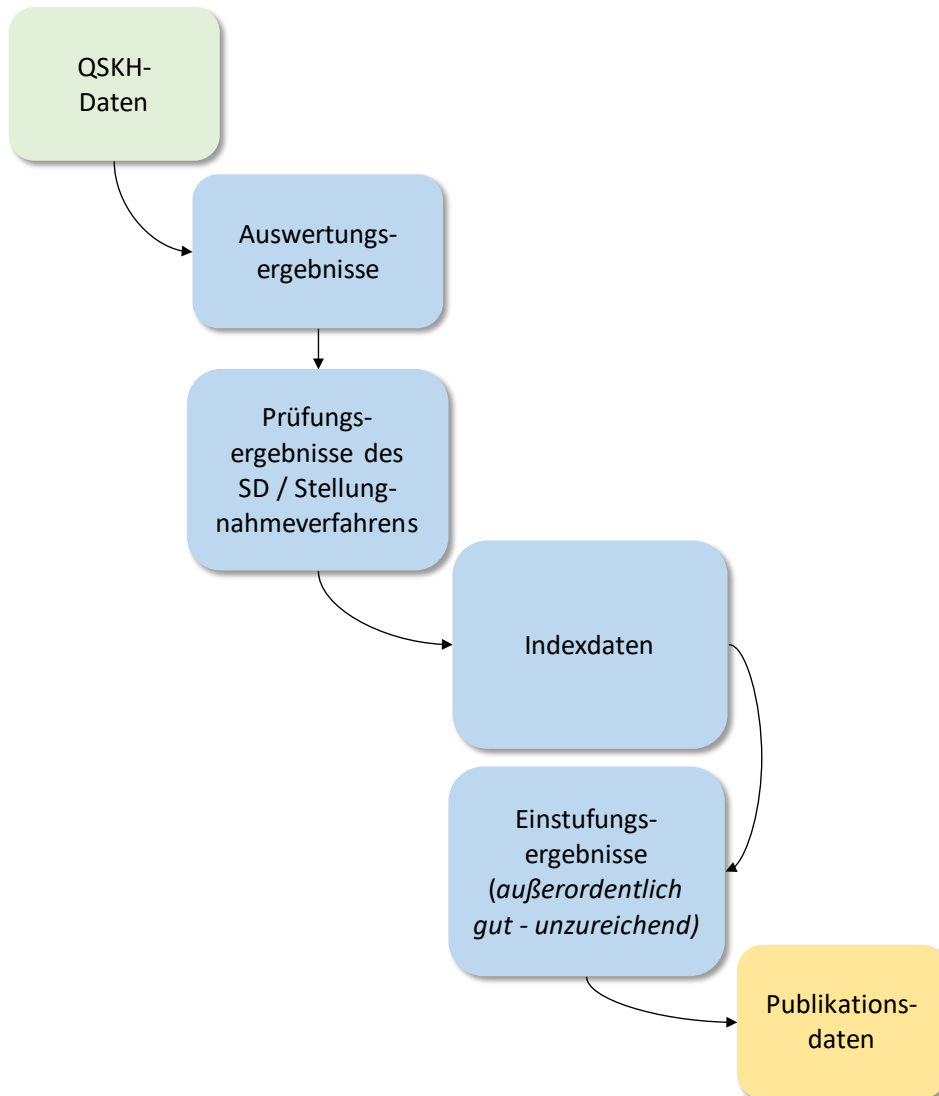


Abbildung 8: Datenzusammenhänge zur Ermittlung der Zu- und Abschlagsindizes

Die Datenkaskade läuft wie folgt ab:

- Alle QI-Auswertungen basieren auf den **QSKH-Daten** der Krankenhäuser, hier gibt es keine Anpassungen.
- Daraus werden für jeden Indikator eines Leistungsbereichs die **Auswertungsergebnisse** der Abteilungen generiert, d. h. die Ergebnisse pro Qualitätsindikator und pro Abteilung.
- Es folgt **das Stellungnahmeverfahren** und damit die Festlegung, welche Qualitätsindikatoren qualitativ auffällig sind.
- Folgende Daten bilden die Ausgangslage für die Berechnung der Zu- und Abschlagsindizes:
 - Die Ergebnisdaten pro Qualitätsindikator und Leistungserbringer
 - plus die Information zur qualitativen Auffälligkeit und zur Dokumentationsqualität
 - plus die Information, welche Indikatoren in die Indexbildung einfließen (Indikatoren, die für die Abschlagsberechnung relevant sind, Indikatoren, die für die Zuschlagsberechnung relevant sind).
- Aus dieser Berechnung werden die **Indexdaten** gebildet, aus denen sich die folgenden **Einstufungsergebnisse** ableiten:
 - *außerordentlich gute* Qualität (Zuschlagsindex): Ergebnisse besser als der Median aller Einrichtungen in mehr als der Hälfte der zuschlagsrelevanten Indikatoren **oder**
 - *unzureichende* Qualität (Abschlagsindex): Ergebnisse aller für die Abschlagsberechnung relevanten Indikatoren mit qualitativer Auffälligkeit
 - die Gründe, warum keiner der beiden Indizes berechnet wird.
- Wenn von der Landesebene die Mitteilung kommt, dass entsprechende Zu- oder Abschläge vereinbart wurden, dann werden die Indexdaten entsprechend ergänzt und den zugriffsberechtigten Institutionen als **Publikationsdaten** zur Verfügung gestellt.

8.3 Formale Umsetzung des Indexkonzepts mit Normalisierung der Komponenten zur Aggregation auf Ebene der Leistungserbringer

Für eine Aggregation der Einzelkomponenten in einen Index ist darauf zu achten, dass die Ergebnisse der verschiedenen Komponenten möglichst so normalisiert und skaliert werden, dass ein gleicher numerischer Wert auch einem gleichen Grad an „Auffälligkeit/Güte“ entspricht (OECD 2008a, Schwartz et al. 2015, O’Brien et al. 2007). Auch wenn Indikatoren auf unterschiedlichen Skalen gemessen werden, ist also darauf zu achten, dass bei der Berechnung der Indizes eine vergleichbare Metrik vorliegt. Im Folgenden wird die Berechnungsmethode für die in die Indexmodelle eingehenden Komponenten und damit auf Indikatorebene dargestellt. Dabei soll schon an dieser Stelle darauf geachtet werden, dass die einzelnen Komponenten das zugrunde liegende theoretische Indexmodell aufgreifen und auf einer möglichst vergleichbaren Basis bezüglich Skalierung, Normierung und inhaltlicher Interpretierbarkeit dargestellt sind. Dadurch wird schon im Vorfeld einer Indexbildung erreicht, dass auch die Gesamtergebnisse im Index auf Basis vergleichbarer Komponenten vorliegen und besser interpretierbar sind.

Im vorliegenden Fall ist insbesondere das unterschiedliche Skalenniveau beim Ergebnis der ratenbasierten und der O / E-Indikatoren zu beachten. Die ratenbasierten Indikatoren sind dabei als Anteilswerte auf einer Prozentskala (Wertebereich [0 % bis 100 %]) definiert, während O / E-Indikatoren als Verhältniszahlen mit einem Wertebereich $[0 - \infty)$ vorliegen.

Aufgrund der unterschiedlichen Konzepte für Zu- und Abschläge im Indexmodell ist eine getrennte Berechnung für den Abschlagsindex und den Zuschlagsindex vorgesehen. Wenn die durchschnittliche Versorgungsqualität einerseits von der *außerordentlich guten* Qualität und andererseits von der *unzureichenden* Versorgungsqualität abgegrenzt werden soll, dann bedarf es hierzu konkreter Trennwerte. Diese sind für die Abgrenzung zur schlechten Qualität in Form der Referenzbereiche der Qualitätsindikatoren gegeben. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs gelten per Definition als Qualitätsproblem, wenn der Strukturierte Dialog / das Stellungnahmeverfahren die Auffälligkeit bestätigt. Einer Einrichtung wird umso mehr *unzureichende* Versorgungsqualität bescheinigt, je weiter ihre Ergebnisse außerhalb der Referenzbereiche der Qualitätsindikatoren liegen.

Für die Abgrenzung der *außerordentlich guten* von der durchschnittlichen Versorgungsqualität gibt es bislang keine entsprechende Trennlinie. Daher wird im vorliegenden Konzept einer Einrichtung umso mehr eine *außerordentlich gute* Versorgungsqualität bescheinigt, je weiter ihre Ergebnisse sich positiv vom Median aller anderen Abteilungen abheben. Der Median fungiert hier als Bezugspunkt. Darüber hinaus muss ein Ergebnis besser als der Median in mehr als der Hälfte der für die Zuschlagsberechnung vorgesehenen Indikatoren erreicht worden sein.

Der Median der Einrichtungsergebnisse wurde nicht für den Abschlagsindex genommen, da Ergebnisse unterhalb des Medians, aber noch innerhalb des Referenzbereichs noch nicht als schlechte Qualität gelten können („unterhalb“ ist hier im Sinne von „qualitativ schlechter“ gemeint).

Die entsprechenden Ergebnisse sind pro Leistungserbringer zu ermitteln und in den Indizes zusammenzuführen.

Die Berechnung der Zu- und Abschlagswerte auf Indikatorebene wird zur besseren Verständlichkeit der Vorgehensweise getrennt für ratenbasierte Indikatoren und O / E-Indikatoren dargestellt. Da für den Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* für alle zu berücksichtigenden Indikatoren niedrigere Ereignisraten mit einem besseren Ergebnis einhergehen, ist die Berechnungsmethode zunächst für diese Ausrichtung von Qualitätsindikatoren dargestellt. Für Qualitätsindikatoren, bei denen höhere Ereignisraten mit einem besseren Ergebnis assoziiert sind, können jedoch die Abschlagswerte mit den Formeln für Zuschlagswerte und umgekehrt die Zuschlagswerte mit den Formeln der Abschlagswerte bestimmt werden, wenn die entsprechenden Werte für Referenzbereichsgrenze und Median sinngemäß ausgetauscht werden. Eine kurze Darstellung erfolgt im Anschluss.

8.3.1 Berechnung der Abschlagswerte auf Indikatorebene für Anteilswerte

Der Indexparameter A_{qk} für Abschläge zum Qualitätsindikator q bei Leistungserbringer k für Anteilswerte berechnet sich zu

$$A_{qk} = \begin{cases} \frac{X_{qk} - N_{qk} \cdot RB_q}{N_{qk} - N_{qk} \cdot RB_q}, & X_{qk} > N_{qk} \cdot RB_q \text{ und } X_{qk} > 1 \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

mit X_{qk} – Anzahl der Patienten bei Leistungserbringer k mit unerwünschtem Ereignis zum Indikator q

N_{qk} – Anzahl behandelter Patienten bei Leistungserbringer k zum Indikator q

RB_q – Referenzbereichsgrenze bei Qualitätsindikator q

Dabei werden im Zähler mittels $X_{qk} - N_{qk} \cdot RB_q$ die Anzahl der Patienten ermittelt, die über die Grenze des Referenzbereiches RB_q hinaus ein unerwünschtes Ergebnis haben. Solange sich Leistungserbringer innerhalb des Referenzbereiches befinden, kommt der q-te Qualitätsindikator für die Berechnung von Abschlägen nicht in Frage und der Abschlagswert wird auf null gesetzt. Die Bedingung $X_{qk} > 1$ filtert Ergebnisse aus, die mit einem Fall rechnerisch auffällig wurden.

Indem für die einzelnen Qualitätsindikatoren im Zähler nur auf die Fälle „außerhalb des Referenzbereichs“ zurückgegriffen wird, erfolgt indirekt auch eine Berücksichtigung unterschiedlicher Häufigkeiten unerwünschter Ereignisse bei den verschiedenen Qualitätsindikatoren entsprechend ihrer Relevanz. Diese werden dann in dem Sinne zählerbasiert normalisiert, dass Abweichungen ausgehend von einer Relevanzgrenze gemessen werden. Dabei bleiben die Ergebnisse einfach zu interpretieren.

Der Nenner $N_{qk} - N_{qk} \cdot RB_q$ kann auch als Skalierungsfaktor verstanden werden und bewirkt, dass A_{qk} auf einen Wertebereich von 0 bis 1 normiert wird. Befindet sich ein Leistungserbringer im Referenzbereich oder wird wegen genau eines Falles rechnerisch auffällig ergibt sich für den q-ten Indikator ein Wert von $A_{qk} = 0$. Falls alle Patienten eines Leistungserbringers bei Indikator q von einem unerwünschten Ereignis betroffen sind, ergibt sich dagegen immer $A_{qk} = 1$. Dem Grunde nach kann A_{qk} als Anteil der Patienten, die außerhalb des Referenzbereichs zusätzlich von einem unerwünschten Ereignis betroffen sind interpretiert werden. Diese Interpretation ist dabei für alle eingehenden ratenbasierten Qualitätsindikatoren gleich.

Als Beispiel liegt für den k-ten Leistungserbringer beim q-ten Qualitätsindikator *Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus* folgendes Ergebnis vor:

- Anzahl Patienten mit präoperativer Verweildauer > 24h: $X_{qk} = 15$
- Anzahl Patienten: $N_{qk} = 60$
- Referenzbereich $\leq 15\%$: $RB_q = 0,15$
- Anzahl der Patienten, bei denen über die Referenzbereichsgrenze RB_q hinaus ein unerwünschtes Ereignis auftrat:

$$X_{qk} - N_{qk} \cdot RB_q = 15 - 60 \cdot 0,15 = 15 - 9 = 6$$

D. h. der Referenzbereich wird um 6 Patienten überschritten.

- Die Skalierung erfolgt durch Bezug auf alle Patienten der Grundgesamtheit des Indikators über die Referenzbereichsgrenze RB_q hinaus:

$$N_{qk} - N_{qk} \cdot RB_q = 60 - 60 \cdot 0,15 = 60 - 9 = 51$$

- Indexparameter A_{qk} des Qualitätsindikators q:

$$A_{qk} = \frac{X_{qk} - N_{qk} \cdot RB_q}{N_{qk} - N_{qk} \cdot RB_q} = \frac{15 - 9}{60 - 9} = 6 / 51 = 0,118$$

Dies entspricht dem Anteil an Patienten mit unerwünschtem Ereignis nachdem die Referenzbereichsgrenze erreicht wurde.

Bemerkung: Mit Anteilswerten $O_{qk} = \frac{X_{qk}}{N_{qk}}$ gilt auch: $A_{qk} = \frac{O_{qk} - RB_q}{1 - RB_q}$, falls $O_{qk} > RB_q$ und $X_{qk} > 1$; sonst 0.

Allerdings muss X_{qk} zum Prüfen der Bedingung $X_{qk} > 1$ weiter beachtet werden.

Im Beispiel ist dann $O_{qk} = \frac{X_{qk}}{N_{qk}} = \frac{15}{60} = 0,25$ und somit gilt $A_{qk} = \frac{0,25 - 0,15}{1 - 0,15} = 0,10 / 0,85 = 0,118$

8.3.2 Berechnung der Abschlagswerte auf Indikatorebene für O/E Indikatoren

Der Indexparameter A_{qk} für Abschläge zum Qualitätsindikator q bei Leistungserbringer k für risikoadjustierte O/E Indikatoren berechnet sich zu

$$A_{qk} = \begin{cases} \frac{X_{qk} - N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q}{N_{qk} - N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q}, & X_{qk} > N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q \text{ und } X_{qk} > 1 \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

mit X_{qk} – Anzahl der Patienten bei Leistungserbringer k mit unerwünschtem Ereignis zum Indikator q

N_{qk} – Anzahl behandelter Patienten bei Leistungserbringer k zum Indikator q

E_{qk} – erwartete Rate von Patienten mit unerwünschtem Ereignis bei Leistungserbringer k zum Indikator q

RB_q – Referenzbereichsgrenze bei Qualitätsindikator q

Mit $N_{qk} \cdot E_{qk}$ als erwartete Anzahl an Patienten mit unerwünschtem Ereignis, ergibt sich $N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q$ als Anzahl an Patienten bis zu der sich Leistungserbringer k noch innerhalb des Referenzbereichs befindet. Dabei wird mittels E_{qk} die entsprechende Risikostruktur der Patienten beim k-ten Leistungserbringer berücksichtigt. $X_{qk} - N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q$ entspricht damit für O / E-Indikatoren der Anzahl der Patienten, die über den Referenzbereich hinaus ein unerwünschtes Ergebnis haben. Mit dem Nenner $N_{qk} - N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q$ als Skalierungsfaktor wird dann auch hier A_{qk} auf einen Wertebereich

von 0 bis 1 normiert. Somit liegt für A_{qk} auch hier eine Interpretation vor, die als Anteil der Patienten, die außerhalb des Referenzbereichs zusätzlich von einem unerwünschten Ereignis betroffen sind, gesehen werden kann.

Seien zum Beispiel für den Qualitätsindikator *Gehunfähigkeit bei Entlassung (O/E)* für den k-ten Leistungserbringer folgende Ergebnisse beobachtet:

- Anzahl Patienten Gehunfähigkeit bei Entlassung: $X_{qk} = 15$
- Anzahl Patienten: $N_{qk} = 60$
- Referenzbereich (O/E): $\leq 3,18$: $RB_q = 3,18$
- Erwartete Rate für Krankenhaus k: $E_{qk} = 0,07$
- Beobachtete Rate für Krankenhaus k: $O_{qk} = X_{qk} / N_{qk} = 15 / 60 = 0,25$
- O/E für Krankenhaus k: $O_{qk} / E_{qk} = 0,25 / 0,07 = 3,57$

- Anzahl der Patienten, bei denen über den Referenzbereich RB_q hinaus ein unerwünschtes Ereignis auftrat:

$$X_{qk} - N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q = 15 - 60 \cdot 0,07 \cdot 3,18 = 15 - 13,356 = 1,644$$

D. h. der Referenzbereich wird um rechnerische 1,6 Patienten überschritten.

- Die Skalierung erfolgt durch Bezug auf alle Patienten der Grundgesamtheit des Indikators über den Referenzbereich RB_q hinaus:

$$N_{qk} - N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q = 60 - 60 \cdot 0,07 \cdot 3,18 = 60 - 13,356 = 46,644$$

- Indexparameter A_{qk} des Qualitätsindikators q:

$$A_{qk} = \frac{X_{qk} - N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q}{N_{qk} - N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q} = \frac{15 - 60 \cdot 0,07 \cdot 3,18}{60 - 60 \cdot 0,07 \cdot 3,18} = \frac{15 - 13,356}{46,644} = \frac{1,644}{46,644} = 0,035$$

Dies entspricht dem Anteil an Patienten mit unerwünschtem Ereignis nachdem die Referenzbereichsgrenze erreicht wurde.

Mit $N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q$ als Anzahl an Patienten mit unerwünschtem Ereignis bis zu der sich Leistungserbringer k noch innerhalb des Referenzbereichs befindet, kann $E_{qk} \cdot RB_q$ auch als ratenbasierter leistungserbringerspezifischer Referenzbereich betrachtet werden, bei dem die Risikostruktur der Patienten beim Leistungserbringer k und der Referenzbereich des Qualitätsindikators q berücksichtigt wird. Damit kann dann auch eine Berechnung an Hand der beobachteten Rate O und der erwarteten Rate E erfolgen. Folgende Berechnungen sind gleich:

$$A_{qk} = \frac{X_{qk} - N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q}{N_{qk} - N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q} = \frac{15 - 60 \cdot 0,07 \cdot 3,18}{60 - 60 \cdot 0,07 \cdot 3,18} = \frac{15 - 13,356}{46,644} = \frac{1,644}{46,644} = 0,035$$

$$A_{qk} = \frac{O_{qk} - E_{qk} \cdot RB_q}{1 - E_{qk} \cdot RB_q} = \frac{0,25 - 0,07 \cdot 3,18}{1 - 0,07 \cdot 3,18} = \frac{0,25 - 0,2226}{1 - 0,2226} = \frac{0,0274}{0,7774} = 0,035$$

Allerdings muss bei der unteren Formel, neben $O_{qk} > E_{qk} \cdot RB_q$, dennoch die Bedingung $X_{qk} > 1$ beachtet werden.

8.3.3 Berechnung der Zuschlagswerte auf Indikatorebene für Anteilswerte

Der Indexparameter Z_{qk} für Zuschläge zum Qualitätsindikator q bei Leistungserbringer k für Anteilswerte berechnet sich zu

$$Z_{qk} = \begin{cases} \frac{N_{qk} \cdot MD_q - X_{qk}}{N_{qk} \cdot MD_q}, & X_{qk} < N_{qk} \cdot MD_q \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

mit X_{qk} – Anzahl der Patienten bei Leistungserbringer k mit unerwünschtem Ereignis zum Indikator q

N_{qk} – Anzahl behandelter Patienten bei Leistungserbringer k zum Indikator q

MD_q – Median der Leistungserbringerergebnisse zum Indikator q

Hierbei beschreibt $N_{qk} \cdot MD_q$ die rechnerische Anzahl an Patienten mit unerwünschten Ereignis, bei der Leistungserbringer k den Wert des Medians der Leistungserbringerergebnisse zum Indikator q erreichen würde. Dieser ist Ausgangspunkt für die Berechnung des Indexparameter Z_{qk} für die Zuschlagswerte. Mit $N_{qk} \cdot MD_q - X_{qk}$ wird im Zähler die Anzahl an Patienten berechnet, die vor Erreichen des Medians, von einem Ergebnis besser als der Median zusätzlich profitieren. Überschreitet das Ergebnis des Leistungserbringers den Wert des Medians, wird der Zuschlagswert zum Indikator q auf null gesetzt.

Indem für die einzelnen Qualitätsindikatoren im Zähler nur auf die Fälle *besser als der Median* zurückgegriffen wird, erfolgt indirekt auch eine Berücksichtigung der unterschiedlichen Prävalenzen unerwünschter Ereignisse bei den verschiedenen Qualitätsindikatoren. So müssen zum Erreichen des Punktbereichs für Zuschläge in der Regel umso mehr Patienten ohne unerwünschtes Ereignis behandelt werden, je seltener dieses Ereignis bei einem Qualitätsindikator auftritt, mit dem Median der Leistungserbringerergebnisse als Bezugspunkt.

Mittels $N_{qk} \cdot MD_q$ im Nenner wird dann der Indexparameter Z_{qk} auf den Wertebereich von 0 bis 1 normiert. Dabei wird der maximale Zuschlagswert von $Z_{qk} = 1$ immer dann erreicht, wenn bei einem Indikator bei keinem Patienten ein unerwünschtes Ereignis eingetreten ist. Z_{qk} sinkt für den q -ten Indikator dann im Weiteren bis auf null, sobald der Median der Leistungserbringerergebnisse erreicht wird. Auch hierbei wird im Grunde ein Anteilswert berechnet, und zwar an Patienten ohne unerwünschtem Ereignis zu der Anzahl an Patienten, bei denen bis zum Erreichen des Medians ein unerwünschtes Ereignis hätte Eintreten können. Diese Interpretation ist dabei für alle eingehenden ratenbasierten Qualitätsindikatoren gleich.

Zum Beispiel liegt für den k -ten Leistungserbringer beim q -ten Qualitätsindikator folgendes Ergebnis vor:

- Anzahl Patienten mit Ereignis: $X_{qk} = 5$
- Anzahl Patienten: $N_{qk} = 60$
- Median der Leistungserbringerergebnisse = 15 %: $MD_q = 0,15$

- Anzahl Patienten, bei denen bis zum Erreichen des Medians kein unerwünschtes Ereignis eintrat:

$$N_{qk} \cdot MD_q - X_{qk} = 60 \cdot 0,15 - 5 = 9 - 5 = 4$$

Mit 9 / 60 Patienten wird der Median erreicht. Die Anzahl an Patienten die besser als das Ergebnis am Median behandelt werden beträgt somit $9 - 5 = 4$.

- Die Skalierung erfolgt auf Indikatorebene mittels der Anzahl an Patienten, die für Ergebnisse besser als der Median in Frage kommen:

$$N_{qk} \cdot MD_q = 60 \cdot 0,15 = 9$$

- Indexparameter Z_{qk} des Qualitätsindikators q:

$$Z_{qk} = \frac{N_{qk} \cdot MD_q - X_{qk}}{N_{qk} \cdot MD_q} = \frac{9 - 5}{9} = 4 / 9 = 0,44$$

Dies entspricht dem Anteil an Patienten, die über den Median hinaus, von einem guten Ergebnis profitiert haben.

Bemerkung:

(i) Mit Anteilswerten $O_{qk} = \frac{X_{qk}}{N_{qk}}$ gilt auch: $Z_{qk} = \frac{MD_q - O_{qk}}{MD_q}$, falls $O_{qk} < MD_q$; sonst 0.

Im Beispiel ist dann $O_{qk} = \frac{X_{qk}}{N_{qk}} = \frac{5}{60} = 0,0833$ und somit gilt $Z_{qk} = \frac{0,15 - 0,0833}{0,15} = 0,0667 / 0,15 = 0,44$

(ii) Liegt der Median der Krankenhausergebnisse selbst außerhalb des Referenzbereichs, wird anstelle des Medians auf den Referenzbereich zurückgegriffen.

8.3.4 Berechnung der Zuschlagswerte auf Indikatorebene für O/E-Indikatoren

Der Indexparameter Z_{qk} für Zuschläge zum Qualitätsindikator q bei Leistungserbringer k für risikoadjustierte O / E-Indikatoren berechnet sich zu

$$Z_{qk} = \begin{cases} \frac{N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q - X_{qk}}{N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q}, & X_{qk} < N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

mit X_{qk} – Anzahl der Patienten bei Leistungserbringer k mit unerwünschtem Ereignis zum Indikator q

N_{qk} – Anzahl behandelter Patienten bei Leistungserbringer k zum Indikator q

E_{qk} – erwartete Rate von Patienten mit unerwünschtem Ereignis bei Leistungserbringer k zum Indikator q

MD_q – Median der Leistungserbringerergebnisse zum Indikator q

Mit $N_{qk} \cdot E_{qk}$ als erwartete Anzahl an Patienten mit unerwünschtem Ereignis, ergibt sich $N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q$ als Anzahl an Patienten mit unerwünschtem Ereignis bei der Leistungserbringer k den Wert des Medians der Leistungserbringerergebnisse zum Indikator q erreichen würde. Dabei wird mittels E_{qk} die entsprechende Risikostruktur der Patienten des k-ten Leistungserbringers berücksichtigt. $N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q - X_{qk}$ entspricht damit für O / E-Indikatoren der Anzahl der Patienten, die bis zum Erreichen des Medians von einem Ergebnis besser als der Median zusätzlich profitieren. Mit dem Nenner $N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q$ als Skalierungsfaktor wird dann auch hier Z_{qk} auf einen Wertebereich von 0 bis 1 normiert. Somit liegt für Z_{qk} auch hier eine Interpretation vor, die als Anteil an Patienten ohne unerwünschtes Ereignis zur Anzahl an Patienten, bei denen bis zum Erreichen des Medians ein unerwünschtes Ereignis hätte Eintreten können, gesehen werden kann.

Seien zum Beispiel für den Qualitätsindikator *Gehunfähigkeit bei Entlassung* (O / E) für den k-ten Leistungserbringer folgende Ergebnisse beobachtet:

- Anzahl Patienten Gehunfähigkeit bei Entlassung: $X_{qk} = 4$
- Anzahl Patienten: $N_{qk} = 100$
- Median der Leistungserbringerergebnisse (O / E) = 0,74: $MD_q = 0,74$
- Erwartete Rate für Krankenhaus k: $E_{qk} = 0,12$
- Beobachtete Rate für Krankenhaus k: $O_{qk} = X_{qk} / N_{qk} = 4 / 100 = 0,04$
- O / E für Krankenhaus k: $O_{qk} / E_{qk} = 0,04 / 0,12 = 0,33$

- Anzahl Patienten, bei denen vor Erreichen des Medians kein unerwünschtes Ereignis eintrat:

$$N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q - X_{qk} = 100 \cdot 0,12 \cdot 0,74 - 4 = 8,88 - 4 = 4,88$$

Mit rechnerisch 8,88 Patienten erreicht Leistungserbringer k den Wert, der unter Berücksichtigung der Risikostruktur seiner Patienten, dem Median der Leistungserbringerergebnisse entspricht. Der Median wird um rechnerische 4,88 Patienten übertroffen.

- Die Skalierung erfolgt auf Indikatorebene mittels der Anzahl an Patienten, die für Ergebnisse besser als der Median in Frage kommen:

$$N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q = 100 \cdot 0,12 \cdot 0,74 = 8,88$$

- Indexparameter Z_{qk} für Zuschläge beim Qualitätsindikator q:

$$Z_{qk} = \frac{N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q - X_{qk}}{N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q} = \frac{100 \cdot 0,12 \cdot 0,74 - 4}{100 \cdot 0,12 \cdot 0,74} = \frac{8,88 - 4}{8,88} = \frac{4,88}{8,88} = 0,55$$

Dies entspricht dem Anteil an Patienten, die über den Median hinaus, von einem guten Ergebnis profitieren haben.

Bemerkung:

(i) Es kann auch eine Berechnung an Hand der beobachtete Rate O und der erwarteten Rate E erfolgen. Mit Anteilswerten $O_{qk} = \frac{X_{qk}}{N_{qk}}$ gilt auch: $Z_{qk} = \frac{E_{qk} \cdot MD_q - O_{qk}}{E_{qk} \cdot MD_q}$, falls $O_{qk} < E_{qk} \cdot MD_q$; sonst 0.

Im Beispiel ist dann $O_{qk} = \frac{X_{qk}}{N_{qk}} = \frac{4}{100} = 0,04$ und somit gilt $Z_{qk} = \frac{0,0888 - 0,04}{0,0888} = 0,0488 / 0,0888 = 0,55$

(ii) Liegt der Median der Krankenhausergebnisse selbst außerhalb des Referenzbereichs, wird anstelle des Medians auf den Referenzbereich zurückgegriffen.

8.3.5 Berechnung der Indexparameter, wenn höhere Ereignisraten mit einem besseren Ergebnis einhergehen

Die Berechnung der Zu- und Abschlagswerte auf Indikatorebene, wenn höhere Ereignisraten mit einem besseren Ergebnis einhergehen, erfolgt durch Austausch der Berechnungsmethoden für die Zu- und Abschlagswerte unter sinngemäßem Ersetzen der Referenzbereichsgrenzen bzw. des Wertes für den Median der Leistungserbringerergebnisse:

- (i) A_{qk} : Berechnung des Indexparameter A_{qk} für Abschläge zum Qualitätsindikator q bei Leistungserbringer k für Anteilswerte, wenn höhere Ereignisraten mit einem besseren Ergebnis einhergehen:

$$A_{qk} = \begin{cases} \frac{N_{qk} \cdot RB_q - X_{qk}}{N_{qk} \cdot RB_q}, & X_{qk} < N_{qk} \cdot RB_q \text{ und } X_{qk} < N_{qk} - 1 \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

- (ii) A_{qk} : Berechnung des Indexparameter A_{qk} für Abschläge zum Qualitätsindikator q bei Leistungserbringer k für risikoadjustierte O / E -Indikatoren, wenn höhere Ereignisraten mit einem besseren Ergebnis einhergehen:

$$A_{qk} = \begin{cases} \frac{N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q - X_{qk}}{N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q}, & X_{qk} < N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot RB_q \text{ und } X_{qk} < N_{qk} - 1 \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

- (iii) Z_{qk} : Berechnung des Indexparameter Z_{qk} für Zuschläge zum Qualitätsindikator q bei Leistungserbringer k für Anteilswerte, wenn höhere Ereignisraten mit einem besseren Ergebnis einhergehen:

$$Z_{qk} = \begin{cases} \frac{X_{qk} - N_{qk} \cdot MD_q}{N_{qk} - N_{qk} \cdot MD_q}, & X_{qk} > N_{qk} \cdot MD_q \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

- (iv) Z_{qk} : Der Indexparameter Z_{qk} für Zuschläge zum Qualitätsindikator q bei Leistungserbringer k für risikoadjustierte O / E -Indikatoren, wenn höhere Ereignisraten mit einem besseren Ergebnis einhergehen:

$$Z_{qk} = \begin{cases} \frac{X_{qk} - N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q}{N_{qk} - N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q}, & X_{qk} > N_{qk} \cdot E_{qk} \cdot MD_q \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

Im Folgenden wird noch jeweils ein Beispiel für Zu- und Abschlüsse bei Anteilswerten dargestellt. Bei gespiegelten Ergebnissen ergeben sich dabei mit Austausch der beiden Formeln auch dieselben Werte in den Indexparametern.

Beispiel zum Indexparameter A_{qk} für Abschlüsse bei Anteilswerten (i):

$$A_{qk} = \begin{cases} \frac{N_{qk} \cdot RB_q - X_{qk}}{N_{qk} \cdot RB_q}, & X_{qk} < N_{qk} \cdot RB_q \text{ und } X_{qk} < N_{qk} - 1 \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

- Anzahl Patienten mit erwünschtem Ereignis: $X_{qk} = 45$
- Anzahl Patienten: $N_{qk} = 60$
- Referenzbereich $\geq 85\%$: $RB_q = 0,85$
- Anzahl der Patienten, bei denen über den Referenzbereich RB_q hinaus ein unerwünschtes Ereignis auftrat:

$$N_{qk} \cdot RB_q - X_{qk} = 60 \cdot 0,85 - 45 = 51 - 45 = 6$$

D. h. der Referenzbereich wird um 6 Patienten überschritten.

- Die Skalierung erfolgt durch Bezug auf alle Patienten der Grundgesamtheit des Indikators über den Referenzbereich RB_q hinaus:

$$N_{qk} \cdot RB_q = 60 \cdot 0,85 = 51$$

- Indexparameter A_{qk} des Qualitätsindikators q :

$$A_{qk} = \frac{N_{qk} \cdot RB_q - X_{qk}}{N_{qk} \cdot RB_q} = \frac{51 - 45}{51} = 6 / 51 = 0,118$$

Beispiel zum Indexparameter Z_{qk} für Zuschläge bei Anteilswerten (iii):

$$Z_{qk} = \begin{cases} \frac{X_{qk} - N_{qk} \cdot MD_q}{N_{qk} - N_{qk} \cdot MD_q}, & X_{qk} > N_{qk} \cdot MD_q \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

- Anzahl Patienten mit erwünschtem Ereignis: $X_{qk} = 55$
- Anzahl Patienten: $N_{qk} = 60$

- Median der Leistungserbringerergebnisse = 85 %: $MD_q = 0,85$
- Anzahl Patienten, bei denen vor Erreichen des Medians kein unerwünschtes Ereignis eintrat:

$$X_{qk} - N_{qk} \cdot MD_q = 55 - 60 \cdot 0,85 = 55 - 51 = 4$$

Mit 51 / 60 Patienten wird der Median erreicht. Die Anzahl an Patienten die besser als das Ergebnis am Median behandelt werden beträgt somit $55 - 51 = 4$.

- Die Skalierung erfolgt auf Indikatorebene mittels der Anzahl an Patienten, die für Ergebnisse besser als der Median in Frage kommen:

$$N_{qk} - N_{qk} \cdot MD_q = 60 - 60 \cdot 0,85 = 60 - 51 = 9$$

- Indexparameter Z_{qk} des Qualitätsindikators q :

$$Z_{qk} = \frac{X_{qk} - N_{qk} \cdot MD_q}{N_{qk} - N_{qk} \cdot MD_q} = \frac{55 - 60 \cdot 0,85}{60 - 60 \cdot 0,85} = \frac{55 - 51}{60 - 51} = 4 / 9 = 0,44$$

Dies entspricht dem Anteil an Patienten, die über den Median hinaus von einem guten Ergebnis profitiert haben.

8.3.6 Indexbildung: Aggregation und Gewichtung der Komponenten zum Zu- und Abschlagsindex

Als Einzelkomponenten stehen nun für die Indexbildung für den Abschlagsindex die Werte von A_{qk} und für den Zuschlagsindex die Werte von Z_{qk} der Qualitätsindikatoren $q = 1, \dots, Q$ zur Verfügung. Die Indizes werden pro Leistungserbringer berechnet. Dabei sind die Einzelkomponenten so konstruiert, dass diese schon auf der Ebene der Indexparameter A_{qk} für Abschläge und Z_{qk} für Zuschläge jeweils auf gleicher Interpretationsbasis mit vergleichbarer Normalisierung und auf gleichem Skalenniveau dargestellt sind. Damit ist die Grundlage für eine Summen- oder Mittelwertbildung über die berechneten Indexparameter für die Q Qualitätsindikatoren auf relativ einfacher Interpretationsbasis gegeben. Diese kann dann aufgrund weiterer inhaltlicher Überlegungen auch gewichtet erfolgen. Denkbare Gründe für eine weitere bewusst durchgeführte Gewichtung wären z. B. eine unterschiedliche medizinische Relevanz, die Verwendung von unterschiedlichen Perzentilen bei der Bestimmung von Referenzbereichen oder auch inhaltlicher Überschneidungen bzgl. der gemessenen Qualität.

Das IQTIG schlägt eine Gewichtung nach klinisch-inhaltlich Aspekten vor. Ergebnisparameter haben dabei ein 20 % höheres Gewicht als Prozessindikatoren. Bei vitaler Bedeutung eines Ergebnisindikators soll eine doppelte Gewichtung erfolgen. Diese Gewichtungen konnten aufgrund zeitlicher Beschränkung nicht in einem Expertenpanel formal erarbeitet werden, fanden aber innerhalb des Instituts sowie in externen Einzelgesprächen Zustimmung, zumal jede Lösung stets eine subjektive Setzung darstellt. Andererseits wäre eine Gleichbehandlung aller Qualitätsindikatoren weniger verständlich als eine Gewichtung, die die risikoadjustierte Sterblichkeit deutlich schwerer gewichtet als einen Prozessindikator.

Am Beispiel des Leistungsbereichs *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit Osteosynthetischer Versorgung* sollen die Indikatoren für den Abschlagsindex folgende Gewichtungen erhalten: das 1,2-

fache Gewicht für den Indikator *Präoperative Verweildauer über 24h nach Aufnahme* und für die Indikatoren *Gehunfähigkeit bei Entlassung, Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur, Wundhämatome / Nachblutungen, Allgemeine postoperative Komplikationen* und das 2,0 fache Gewicht für den Indikator *Sterblichkeit im Krankenhaus*. Das doppelte Gewicht für die Sterblichkeit ist dabei zusätzlich zur Verwendung des niedrigeren 90. Perzentils bei der Bestimmung des Referenzbereichs gewählt.

Der Indikator *Präoperative Verweildauer über 24h nach Aufnahme* nimmt eine Sonderstellung ein, da er einerseits ein Prozessindikator ist, andererseits aber auch direkt eine vermeidbare, erhebliche Symptombelastung der Patientinnen und Patienten abbildet. Somit ist er auch ein patientennaher Ergebnisindikator und wurde daher mit dem 1,2-fachen Gewicht versehen.

Bei einer Indexbildung über mehrere Leistungsbereiche, wie dies z.B. für den Index zur *Herzchirurgie* gegeben ist, ist zudem zu beachten, dass zum einen nicht in allen Einrichtungen für jeden Leistungsbereich eine entsprechende Leistung durchgeführt wird. In diesem Fall ist eine unterschiedliche Anzahl zugrundeliegender Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen. Zum anderen kann es, auch innerhalb einer Einrichtung, deutliche Unterschiede bei der Anzahl der behandelten Patienten geben. Werden in einem Leistungsbereich mit einer großen Anzahl an Patienten sehr gute Leistungen erbracht, profitieren entsprechend mehr Patienten, als in einem Leistungsbereich mit geringer Fallzahl. Ebenso werden in einem Leistungsbereich mit qualitativ auffälligem Ergebnis bei hoher Fallzahl mehr Patienten von einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs betroffen sein, als in einem Leistungsbereich mit wenigen Patienten. Diese Umstände können mittels einer Gewichtung über die Fallzahl der Leistungsbereiche berücksichtigt werden.

Abschlagsindex

Der Abschlagsindex ist unter Berücksichtigung einer Durchführung unter Einbezug des Strukturierten Dialogs konstruiert worden. In einem ersten Schritt werden zunächst die gewichteten Summen der Indexparameter für die Abschlagswerte A_{qk} über die $q=1, \dots, Q$ zu berücksichtigenden Qualitätsindikatoren berechnet:

$$A_k = \frac{Q}{\sum_{q=1}^Q w_q} \sum_{q=1}^Q w_q \cdot A_{qk}$$

Ist zusätzlich eine Gewichtung nach einer unterschiedlichen Anzahl an behandelten Patienten notwendig, wie dies insbesondere bei einer Indexbildung über mehrere Leistungsbereiche der Fall ist, sind die Gewichte w_{lq} , für den q -ten Qualitätsindikator des l -ten Leistungsbereichs ($l=1, \dots, L$) mit der Fallzahl N_{lk} des Leistungsbereichs l in Krankenhaus k zu multiplizieren:

$$A_k = \frac{1}{\sum_{l=1}^L \sum_{q=1}^Q N_{lk} \cdot w_{lq}} \sum_{l=1}^L \sum_{q=1}^Q N_{lk} \cdot w_{lq} \cdot A_{lqk}$$

In einem weiteren Schritt erfolgt dann eine Berücksichtigung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs/Stellungnahmeverfahrens. Die Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren, für die keine Einstufung als qualitativ auffällig oder nicht beurteilbar wegen mangelhafter oder fehlender Dokumentation gilt, werden aus der Berechnung des Abschlagsindex herausgerechnet. Nach durchgeführtem Strukturiertem Dialog (Einstufungsschema Strukturiertes Dialog – siehe Anhang D) ergibt sich dann für den Abschlagsindex:

$$A_k = \frac{1}{\sum_{l=1}^L \sum_{q=1}^Q N_{lk} \cdot w_{lq}} \sum_{l=1}^L \sum_{q=1}^Q N_{lk} \cdot w_{lq} \cdot A_{lqk} \cdot I_{qk}^{SD}$$

$$\text{mit } I_{qk}^{SD} = \begin{cases} 1, & \text{falls Einstufung zum SD } \in \{A40, A41, A42, A99, D50\} \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

Zuschlagsindex

Eine Berechnung der Zuschlagswerte selbst erfolgt für die als geeignet ausgewählten Qualitätsindikatoren der einzelnen Leistungsbereiche. Zum Beispiel sind dies im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* die beiden Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer und der Gehfähigkeit bei Entlassung. Allerdings werden auch die weiteren Indikatoren, für die ein Strukturierter Dialog vorgesehen ist, in dem Sinne mitberücksichtigt, dass rechnerisch auffällige Ergebnisse, die nicht als qualitativ unauffällig eingestuft werden, zum Aussetzen der Berechnung des Zuschlagsindex führen. Als weitere Bedingung zur Berechnung der Zuschlagsindizes gilt, dass in mehr als der Hälfte der Indikatoren, die zur Berechnung der Zuschlagswerte vorgesehen sind, auch ein Wert besser als der Median erreicht wird.

Für Leistungserbringer mit weniger als 40 Fällen wird zwar zunächst keine Empfehlung für eine Berücksichtigung des Zuschlagsindex ausgesprochen, jedoch kann ein positives Ergebnis im Folgejahr berücksichtigt werden, sofern in der Summe der beiden Erfassungsjahre 40 Behandlungsfälle erreicht werden. Daher werden auch für Leistungserbringer mit weniger als 40 Fällen die Berechnungen zum Zuschlagsindex durchgeführt.

Die Berechnung des Zuschlagsindex erfolgt dann als gewichtetes Mittel über die Indexparameter für die Zuschlagswerte Z_{qk} für die $q=1, \dots, Q_Z$ Qualitätsindikatoren, die für eine Zuschlagsberechnung vorgesehen sind, sofern in jedem der $q=1, \dots, Q_Z, Q_{Z+1}, \dots, Q$ Qualitätsindikatoren ein rechnerisch oder qualitativ unauffälliges Ergebnis vorliegt. Nach Durchführung des Strukturierten Dialogs gelten dabei rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ unauffällig, wenn eine Einstufung in eine der Kategorien U („Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ unauffällig“), N („Bewertung nicht vorgesehen“), R („Ergebnis liegt im Referenzbereich“) oder D51 („Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht“) erfolgt.

Formal definiert man hierfür eine Indikatorfunktion I_{qk}^{QU} , für die gilt, dass $I_{qk}^{QU} = 1$, wenn sich für Leistungserbringer k das Ergebnis für Qualitätsindikator q innerhalb des Referenzbereichs befindet oder als qualitativ unauffällig eingestuft wurde. Ansonsten wird $I_{qk}^{QU} = 0$ gesetzt. Dann beschreibt die Bedingung $\prod_{q=1}^Q I_{qk}^{QU} = 1$, dass alle Qualitätsindikatoren $q=1, \dots, Q$ bei Leistungserbringer k rechnerisch oder qualitativ unauffällig sind.

Für die formale Beschreibung der Bedingung, dass für mehr als die Hälfte, der für die Berechnung der Zuschlagswerte relevanten Qualitätsindikatoren, ein Ergebnis besser als der Median vorliegen muss, können nun die berechneten Zuschlagswerte selbst verwendet werden, da diese nur dann zu > 0 berechnet werden, wenn das Ergebnis eines Qualitätsindikators besser als der Median ist. Mit $|\{Z_{qk}: Z_{qk} > 0, q=1, \dots, Q_Z\}|$ als Anzahl der zuschlagsrelevanten Qualitätsindikatoren

mit einem Ergebnis besser als der Median, wird diese Bedingung mittels $|\{Z_{qk}: Z_{qk} > 0, q=1, \dots, Q_z\}| > Q_z / 2$ beschrieben.

Somit ergibt sich der Zuschlagsindex zunächst zu

$$Z_k = \begin{cases} \frac{1}{\sum_{q=1}^{Q_z} w_q} \sum_{q=1}^{Q_z} w_q \cdot Z_{qk}, & \text{falls } \prod_{q=1}^{Q_z} I_{qk}^{QU} = 1 \text{ und } |\{Z_{qk}: Z_{qk} > 0, q=1, \dots, Q_z\}| > \frac{Q_z}{2} \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

$$\text{mit } I_{qk}^{QU} = \begin{cases} 1, & \text{falls QI-Ergebnis innerhalb des Referenzbereichs} \\ 1, & \text{falls Einstufung zum SD } \in \{U30, U31, U32, U33, U99, D51, N01, N02, N99, R10\} \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

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

Auch hier ist eine zusätzliche Gewichtung nach einer unterschiedlichen Anzahl an behandelten Patienten möglich, insbesondere bei einer Indexbildung über mehrere Leistungsbereiche $l=1, \dots, L$ können die Gewichte w_{lq} , für den q -ten Qualitätsindikator des l -ten Leistungsbereichs ($l=1, \dots, L$) mit der Fallzahl N_{lk} des Leistungsbereichs l in Krankenhaus k multipliziert werden und man erhält für den Zuschlagsindex:

$$Z_k = \begin{cases} \frac{1}{\sum_{l=1}^L \sum_{q=1}^{Q_z} N_{lk} \cdot w_{lq}} \sum_{l=1}^L \sum_{q=1}^{Q_z} N_{lk} \cdot w_{lq} \cdot Z_{lqk}, & \text{falls } \prod_l \prod_{q=1}^{Q_z} I_{lqk}^{QU} = 1 \text{ und } |\{Z_{lqk}: Z_{lqk} > 0\}| > \frac{|\{Q_{11}, \dots, Q_{Lz}\}|}{2} \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

$$\text{mit } I_{lqk}^{QU} = \begin{cases} 1, & \text{falls QI-Ergebnis innerhalb des Referenzbereichs} \\ 1, & \text{falls Einstufung zum SD } \in \{U30, U31, U32, U33, U99, D51, N01, N02, N99, R10\} \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

Die Werte des gemittelten Zuschlagsindex Z_k werden dann zusätzlich über die Anzahl der Patienten im jeweiligen Leistungsbereich gewichtet. Zudem bleiben Qualitätsindikatoren aus nicht erbrachten Leistungsbereichen durch eine Fallzahlgewichtung von null automatisch unberücksichtigt.

8.4 Modellrechnung für den Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

8.4.1 Auswahl der Variablen für den Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Für den Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* sind zur Beurteilung von außerordentlich guter Qualität und unzureichender Qualität ein ratenbasierter Prozessindikator (P) und fünf Ergebnisindikatoren (jeweils das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) mit definiertem Referenzbereich und durchzuführendem Stellungnahmeverfahren vorgesehen:

- Präoperative Verweildauer über 24h nach Aufnahme (P)
- Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (O / E)
- Implantatfehl-lage, -dislokation oder Fraktur (O / E)
- Wundhämatome / Nachblutungen (O / E)
- Allgemeine postoperative Komplikationen (O / E)
- Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)

Die übrigen Indikatoren des Leistungsbereichs (Perioperative Antibiotikaphylaxe, Spezifische Komplikationen, Wundinfektionen) finden nur insofern Berücksichtigung, als ein qualitativ unauffälliges Ergebnis auch in diesen Indikatoren Voraussetzung für die Berechnung des Zuschlagsindex ist. Ihr Ergebnis geht jedoch nicht in die Berechnung des Zu- oder Abschlagsindex ein, da sie das quantitative Maß der Versorgungsqualität nicht ausreichend differenzieren können.

Indikatorergebnisse des Erfassungsjahres 2015

Alle Modellrechnungen werden anhand der bundesweiten Daten des Erfassungsjahres 2015 gerechnet, da für dieses die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs bereits vorliegen. Diese Berechnungen können nur erste Annäherungen an die zu erwartenden Ergebnisse sein, da sich mit Einführung des Verfahrens sicherlich Veränderungen in den Qualitätsergebnissen ergeben werden. Dies wird bereits sichtbar an den Verbesserungen der Ergebnisse 2016 des Indikators Präoperative Verweildauer, auf den die öffentliche Diskussion vermehrt hingewiesen hat. Auch die Bewertung der Ergebnisse durch das Stellungnahmeverfahren kann künftig einen Einfluss auf die Situation bei Qualitätszu- und -abschlägen haben.

Die bundesweiten Ergebnisse des Erfassungsjahres 2015 dieser Qualitätsindikatoren für 59.853 Patientinnen und Patienten aus 1.212 Krankenhausstandorten sind in Tabelle 20 zusammenfassend dargestellt.

Neben den Angaben zu Zähler und Nenner (bei O / E-Indikatoren auch für die erwartete Rate) mit den entsprechenden Bundesergebnissen und den Referenzbereichen, finden sich dort auch die Angaben zum Median über die Leistungserbringerergebnisse und der Anzahl rechnerisch auffälliger Krankenhäuser. Die Perzentil-Referenzbereiche wurden dabei über die Ergebnisse der Leistungserbringer mit mindestens 20 Fällen ermittelt. Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten wird aber über alle Krankenhäuser, unabhängig von der Fallzahl, ermittelt.

Entsprechend wurden auch hier die Ergebnisse des Median über die Leistungserbringer mit einer Fallzahl ≥ 20 berechnet. Neben einer inhaltlich konsistenten Vorgehensweise ist hierbei ein weiterer Vorteil, dass für Qualitätsindikatoren die Werte des Median unterteilt für Fallzahlen mit < 20 und ≥ 20 Fällen in den Bundesauswertungen öffentlich zugänglich vorliegen.

Die ausgewählten Qualitätsindikatoren für den Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* liegen alle in einer Version vor, in der niedrige Anteile als besseres Ergebnis zu interpretieren sind. Die Ergebnisindikatoren sind risikoadjustiert und als Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) dargestellt. Die beobachteten Raten (O) zeigen die relativen Häufigkeiten der Ereignisse an. Im Vergleich zu den anderen zu berücksichtigenden Ergebnisindikatoren, deren beobachteten Raten sich im Bereich um die 4,5 % – 6,5 % befinden, treten bei den Indikatoren *Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur* (0,69 %) und *Wundhämatome / Nachblutungen* (1,15 %) deutlich niedrigere Ereignisraten auf. Bei mindestens 50 % der Krankenhäuser traten keine Implantatfehlagen und keine Wundhämatome auf (Median 0,00). Damit hängt auch die fehlende Nutzbarkeit zur quantitativen Differenzierung von Versorgungsqualität zusammen.

Beim Prozessindikator *Präoperative Verweildauer über 24h nach Aufnahme* hingegen befindet sich mit 22,63 % sowohl das bundesweite Ergebnis als auch das Ergebnis für den Median der Leistungserbringerergebnisse (20,59 %) außerhalb des Referenzbereichs (≤ 15 %). Es gibt eine hohe Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten bei diesem Qualitätsindikator: 835 von 1.212 (68,9 %) der Krankenhäuser operieren nicht innerhalb der geforderten Zeit. Anzumerken ist noch, dass seit 2017 bei Inhouse-Stürzen die präoperative Verweildauer ab dem Sturz und nicht ab dem Aufnahmetag berücksichtigt wird, so dass der Indikator noch valider wurde.

Je 65 von 1.212 (5,4 %) der Krankenhausstandorte sind bei den Qualitätsindikatoren *Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur* und *Wundhämatome / Nachblutungen* rechnerisch auffällig. Zudem haben bei den Qualitätsindikatoren *Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung* und *Allgemeine postoperative Komplikationen* je 77 von 1.212 (6,4 %) Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs, sowie 135 von 1.212 (11,1 %) beim Indikator *Sterblichkeit im Krankenhaus*. Die höhere Anzahl an rechnerisch auffälligen Krankenhäusern beim Indikator *Sterblichkeit im Krankenhaus* im Vergleich zu den anderen Ergebnisindikatoren, ist auch in der bewussten Wahl einer niedrigeren Schwelle (90. Perzentil) beim Perzentil-Referenzbereich begründet.

Tabelle 20: Bundesweite Ergebnisse der zu berücksichtigenden Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2015

QI-ID	Bezeichnung	Zähler / Nenner bzw. Ergebnis: be- obachtet (O)	Ergebnis: erwartet (E)	Ergebnis	Median (Md)	Referenz- bereich (RB)	Anzahl KH > RB
54030	Präoperative Verweildauer über 24 Stunden	13.547 / 59.853	-	22,63 %	20,59 %	≤ 15,00 %	835 (68,9 %)
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung (O / E)	O: 3.189 / 56.905 5,60 %	E: 2.957 / 56.905 5,20 %	1,08	0,74	≤ 3,18 (95. Perzentil)	77 (6,4 %)
54036	Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur (O / E)	O: 411 / 59.853 0,69 %	E: 565 / 59.853 0,94 %	0,73	0,00	≤ 3,65 (95. Perzentil)	65 (5,4 %)
54040	Wundhämatome / Nachblutungen (O / E)	O: 687 / 59.853 1,15 %	E: 769 / 59.853 1,28 %	0,89	0,00	≤ 4,02 (95. Perzentil)	65 (5,4 %)
54042	Allgemeine postoperative Komplikationen (O / E)	O: 3.829 / 59.853 6,40 %	E: 3.551 / 59.853 5,93 %	1,08	0,96	≤ 2,68 (95. Perzentil)	77 (6,4 %)
54046	Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)	O: 2.948 / 59.853 4,93 %	E: 2.806 / 59.853 4,69 %	1,05	0,95	≤ 2,01 (90. Perzentil)	135 (11,1 %)

Zuordnung der ausgewählten Variablen in den Zu- und Abschlagsindex

Für den Abschlagsindex sollen alle sechs aufgeführten Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden. *Unzureichende* Qualität wird hierbei über rechnerisch auffällige Ergebnisse bestimmt, die im Stellungnahmeverfahren bestätigt wurde. Als Maß gilt dabei die negative Abweichung von der Referenzbereichsgrenze über alle Indikatoren, bei denen eine qualitative Auffälligkeit oder eine unvollständige oder inkorrekte Dokumentation vorliegt.

Beim Zuschlagsindex werden ebenfalls alle sechs aufgeführten Qualitätsindikatoren berücksichtigt, allerdings nur in dem Sinne, als dass bei außerordentlich guter Qualität kein qualitativ auffälliges Indikatorergebnis vorliegen darf. Ist dies der Fall, werden für die Berechnung des Zuschlagsindex nur die beiden Qualitätsindikatoren *Präoperative Verweildauer über 24 h nach Aufnahme (P)* und *Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (O / E)* berücksichtigt. Die Indikatoren *Versterben im Krankenhaus*, *Allgemeine Komplikationen*, *Implantatfehl-
lage, -dislokation oder Fraktur (O / E)* und *Wundhämatome / Nachblutungen (O / E)* werden nicht für den Indexwert berücksichtigt, da mehr als die Hälfte der Krankenhäuser keine Komplikation der genannten Art haben. Die Ereignisse bei diesen Indikatoren treten so selten auf, dass sie zur quantitativen Differenzierung im Bereich *außerordentlich guter* Qualität nicht genutzt werden können.

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

In Abbildung 9 wird die unterschiedliche Verwendung der Qualitätsindikatoren für den Zuschlagsindex und für den Abschlagsindex verdeutlicht.

Die übrigen Indikatoren des Leistungsbereichs mit Referenzbereich, nämlich *Perioperative Antibiotikaphylaxe*, *Postoperative Wundinfektionen (O / E)* und *Reoperation aufgrund von Komplikationen (O / E)* finden nur insofern Berücksichtigung als ein qualitativ unauffälliges Ergebnis Voraussetzung für die Berechnung des Zuschlagsindex ist. Wie bereits beschrieben, geht ihr Ergebnis weder direkt in die Berechnung des Zuschlags- noch in die Berechnung des Abschlagsindex ein.

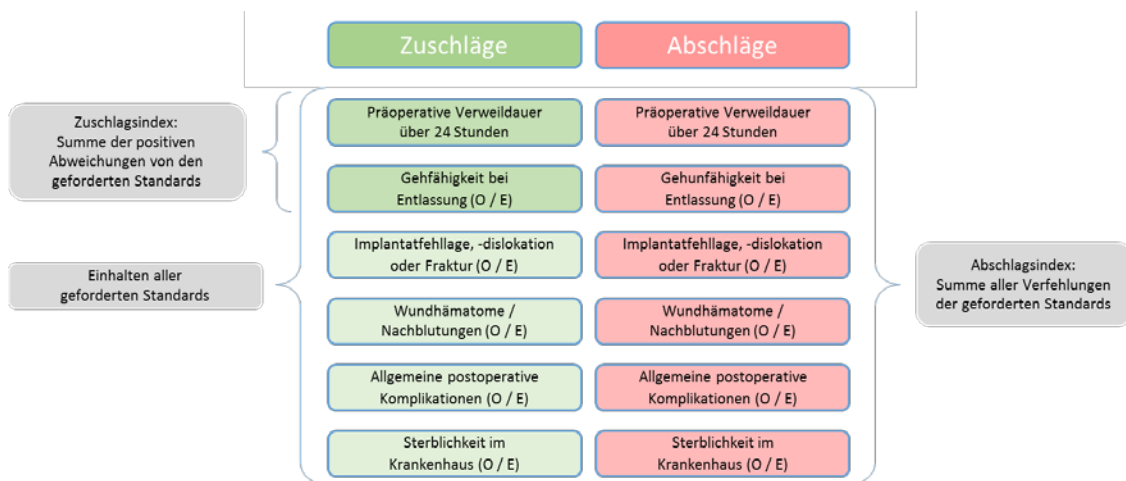


Abbildung 9: Verwendung der Qualitätsindikatoren für Zu- und Abschlagsindex

8.4.2 Berechnung der Indizes für den Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung nach Strukturierem Dialog

Eine Berechnung des Zu- und Abschlagsindex erfolgt auf Basis der Ergebnisse nach Strukturierem Dialog.

Eine Einstufung als qualitativ auffällig oder mit unvollzähliger oder falscher Dokumentation erfolgt bei rechnerischer Auffälligkeit mit einer Einstufung im Strukturierem Dialog als *Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ auffällig* (A41, A42, A99) oder als Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation (D50). Abbildung 10 zeigt die Anzahl an Qualitätsindikatoren mit qualitativ auffälligem Ergebnis oder Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation für alle 1.212 Krankenhausstandorte des Leistungsbereichs *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* für das Erfassungsjahr 2015.

Keine entsprechende Auffälligkeit bei einem der sechs Qualitätsindikatoren haben 1.070 Krankenhausstandorte (88,3 %). Mindestens ein qualitativ auffälliges Ergebnis oder eine Auffälligkeit

wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation bei irgendeinem der sechs Qualitätsindikatoren liegt bei 142 Krankenhausstandorten vor (11,7 %). Für diese wird der Abschlagsindex nach Strukturierten Dialog berechnet. In die Berechnung geht 1 Krankenhaus (0,1 %) mit vier Qualitätsindikatoren mit qualitativ auffälligem Ergebnis ein. Bei 8 Krankenhausstandorten (0,7 %) liegen zwei und bei 133 Leistungserbringern (11,0 %) einer von den sechs zu berücksichtigenden Qualitätsindikatoren mit qualitativ auffälligem Ergebnis oder eine Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation vor.

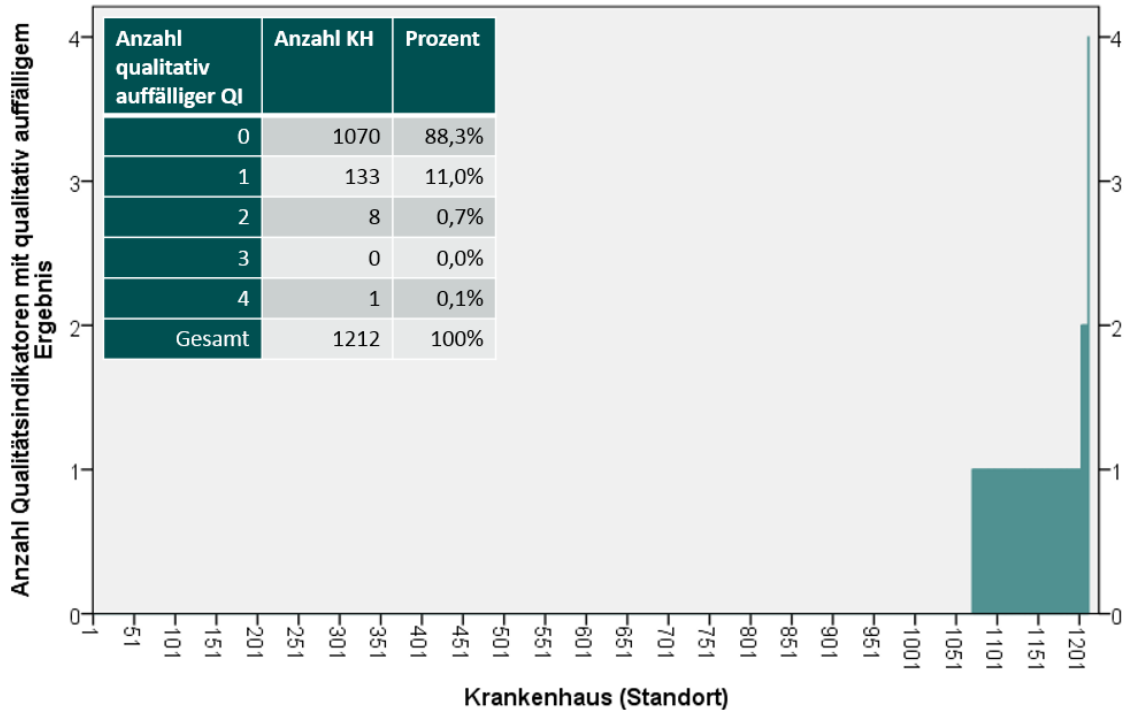


Abbildung 10: Anzahl Qualitätsindikatoren mit qualitativ auffälligem Ergebnis oder Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation nach Krankenhausstandort

Tabelle 21 zeigt für die rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren die Anzahl der Krankenhausstandorte mit qualitativen Auffälligkeiten bzw. Auffälligkeiten wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation pro Indikator. So wurden etwa 15 % der rechnerischen Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren Präoperative Verweildauer (122 / 835) und Gehunfähigkeit bei Entlassung (12 / 77) qualitativ oder wegen Dokumentationsmängeln als auffällig eingestuft. Bei den Komplikationsindikatoren und der Sterblichkeit beträgt die Anzahl qualitativer Auffälligkeiten 3 bis 7 Standorte, mit einem Anteil von 3,0 – 10,8 % an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen.

Tabelle 21: Anzahl qualitativ auffälliger Krankenhausstandorte bei rechnerisch auffälligem Ergebnis pro Indikator

Qualitätsindikator	Anzahl KH	%
Präoperative Verweildauer	122 / 835	14,6
Gehunfähigkeit	12 / 77	15,6
Implantatfehl-lage,-dislokation o. Fraktur	5 / 65	7,7

Qualitätsindikator	Anzahl KH	%
Wundhämatome / Nachblutungen	7 / 65	10,8
Allgemeine postoperative Komplikationen	3 / 77	6,4
Sterblichkeit	4 / 135	3,0

Berechnung der Abschlagswerte für den Indikator *Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus (QI-ID 54030)* auf Basis der Ergebnisse nach Strukturier-tem Dialog

Beim Qualitätsindikator *Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus* wurden 122 von 835 rechnerisch auffälligen Krankenhäusern als qualitativ auffällig oder mit unvollzähliger oder falscher Dokumentation eingestuft, für die nun nach Durchführung des Strukturierten Dialogs die Abschlagswerte A_{qk} je Standort berechnet werden. Die Ergebnisse für die 122 Krankenhausstandorte sind in Abbildung 11 dargestellt. Dort finden sich auch die Werte für Minimum, Maximum, Median und die Quartile für die Abschlagswerte über die dargestellten Standorte.

Die Abschlagswerte der 122 Krankenhäuser für den Qualitätsindikator *Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus* reichen über den Wertebereich von 0,011 bis 1, mit Werten von 0,214 für den Median und 0,131 bzw. 0,319 für das untere bzw. obere Quartil.

Ein Abschlagswert von 1 wird dann erreicht, wenn alle Patienten eine präoperative Verweildauer > 24h hatten und gleichzeitig eine Einstufung im Strukturierten Dialog als auffällig erfolgte. Dies wurde hier für zwei Krankenhausstandorte festgestellt.

Ein Wert von 0,214 beim Indexparameter A_{qk} entspricht hierbei dem Anteil an Patienten mit einer präoperativen Verweildauer > 24h, nachdem die Referenzbereichsgrenze ($\leq 15\%$) überschritten wurde. Bleiben diese ersten 15 % der Fälle sowohl im Zähler als auch im Nenner unberücksichtigt, sind darüber hinaus 21,4 pro 100 behandelter Patienten von einer präoperativen Verweildauer > 24h betroffen. Dabei treten für diesen Qualitätsindikator bei jeweils 50 % der qualitativ auffälligen Krankenhäuser Abschlagswerte oberhalb und unterhalb von 0,214 auf. Für 75 % der in diesem Indikator qualitativ auffälligen Krankenhäuser sind Abschlagswerte $\geq 0,131$ zu beobachten. Dieser Abschlagswert wird z.B. von einem Krankenhaus mit 23 / 88 Patienten mit einer präoperativen Verweildauer > 24h erreicht. Hierbei berechnet sich der Abschlagswert zu $(0,2614 - 0,15) / (1 - 0,15) = 0,131$. Somit sind 10 / 75 Patienten über den Referenzbereich hinaus betroffen (rechnerisch 9,8 / 74,8) (siehe Formeln unter 8.3.1).

Präoperative Verweildauer: 122 Krankenhäuser mit qualitativer Auffälligkeit oder Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation

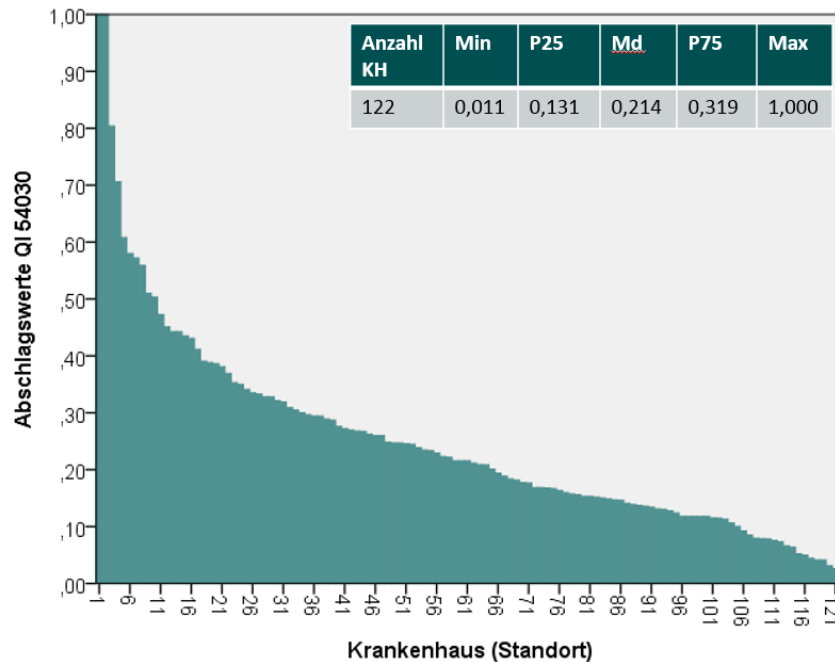


Abbildung 11: Ergebnisse des Indexparameter für Abschlüsse A_{qk} beim Indikator 54030 Präoperative Verweildauer > 24h nach Aufnahme im Krankenhaus für Krankenhäuser mit qualitativer Auffälligkeit oder Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation nach

Berechnung der Abschlagswerte der O/E Indikatoren auf Basis der Ergebnisse nach Strukturiertem Dialog

Im Folgenden sind die Abschlagswerte für die O / E-Indikatoren des Leistungsbereichs *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* nach Durchführung des Strukturiereten Dialogs dargestellt. Dies betrifft die Qualitätsindikatoren *Gehunfähigkeit bei Entlassung* (QI-ID 54033, Abbildung 12), *Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur* (QI-ID 54036, Abbildung 13), *Wundhämatome / Nachblutungen* (QI-ID 54040, Abbildung 14), *Allgemeine postoperative Komplikationen* (QI-ID 54042, Abbildung 15) und *Sterblichkeit im Krankenhaus* (QI-ID 54046, Abbildung 16).

Die Abschlagswerte für die Krankenhausstandorte werden dabei für die Qualitätsindikatoren mit qualitativer Auffälligkeit oder unvollzähliger oder falscher Dokumentation berechnet und dargestellt. Die Werte für Minimum, Maximum, Median und der Quartile der Abschlagswerte beziehen sich jeweils auf die Ergebnisse über die in den Abbildungen dargestellten Krankenhausstandorte. Für die Abbildungen mit 3 – 5 qualitativ auffälligen Krankenhäusern sind anstelle der Perzentile die Abschlagswerte der Krankenhausstandorte einzeln aufgeführt.

Alle berechneten Abschlagswerte entsprechen auch hier dem Anteil an Patienten mit unerwünschtem Ereignis nachdem die Referenzbereichsgrenze überschritten wird, mit gleicher In-

interpretation über alle Qualitätsindikatoren und Krankenhausstandorte. Unterschiedliche Risikostrukturen der Patienten über die Krankenhausstandorte werden über die erwartete Rate an Ereignissen berücksichtigt.

In den Abbildungen werden dabei auch bei relativ geringer Anzahl qualitativ auffälliger Krankenhäuser Unterschiede bzgl. Größenordnung und Verteilung der Abschlagswerte über die verschiedenen Qualitätsindikatoren sichtbar. So sind bei der *Gehunfähigkeit bei Entlassung* für die 12 auffälligen Krankenhäuser insgesamt höhere Werte für die Abschlagswerte zu beobachten (Min: 0,032; P25: 0,049; Md: 0,120; P75: 0,213; Max 0,360) als für die 5 auffälligen Krankenhäuser beim Indikator *Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur* (Min: 0,011; Md: 0,035; Max 0,077). Damit ist bei den qualitativ auffälligen Krankenhäusern die Anzahl bzw. der Anteil betroffener Patienten beim Indikator *Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur* niedriger als bei der *Gehunfähigkeit bei Entlassung*.

Die Vorgehensweise lässt sich z. B. an Hand der Abschlagswerte der Krankenhäuser am Median dieser beiden Qualitätsindikatoren *Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur* und *Wundhämatome / Nachblutung* erläutern. Beim Krankenhaus am Median des Qualitätsindikators *Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur* resultiert der Abschlagswert 0,035 von einem Krankenhaus mit beobachteter Rate von $O_{qk} = 6,9\%$ bei einer erwarteten Rate von $E_{qk} = 0,95\%$ ($O_{qk} / E_{qk} = 7,26$). Bei einem Referenzbereich von $RB_q = 3,65$ ergibt sich der Abschlagswert zu

$$\begin{aligned} (O_{qk} - E_{qk} \cdot RB_q) / (1 - E_{qk} \cdot RB_q) &= (0,069 - 0,0095 \cdot 3,65) / (1 - 0,0095 \cdot 3,65) \\ &= (0,069 - 0,035) / (1 - 0,035) = (0,034) / (0,965) = 0,035 \end{aligned}$$

Somit sind für dieses Krankenhaus 3,5 pro 100 Patienten beim Qualitätsindikator *Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur* zusätzlich betroffen, nachdem die Referenzbereichsgrenze (O / E) von 3,65 überschritten wurde (Es gehen beobachtete Raten ab einer Relevanzgrenze von $0,0095 \cdot 3,65 = 3,47\%$ mit ein).

Beim Krankenhaus am Median beim Qualitätsindikator *Wundhämatome / Nachblutungen* resultiert der Abschlagswert 0,013 von folgenden Werten:

$$\begin{aligned} (O_{qk} - E_{qk} \cdot RB_q) / (1 - E_{qk} \cdot RB_q) &= (0,0606 - 0,012 \cdot 4,02) / (1 - 0,012 \cdot 4,02) \\ &= (0,0606 - 0,0482) / (1 - 0,0482) = (0,0124) / (0,9518) = 0,013 \end{aligned}$$

Somit sind für dieses Krankenhaus 1,3 pro 100 Patienten beim Qualitätsindikator *Wundhämatome / Nachblutungen* zusätzlich betroffen, nachdem die Referenzbereichsgrenze (O / E) von 4,02 überschritten wurde (Es gehen beobachtete Raten ab einer Relevanzgrenze von $0,012 \cdot 4,02 = 4,82\%$ mit ein).

Dabei sind die jeweiligen Abschlagswerte, in gleicher Weise, als Anteil an Patienten nach Überschreiten der Referenzbereichsgrenze zu interpretieren. Ein Abschlagswert von 0,08 bedeutet hierbei, dass 8 von 100 Patienten nach Erreichen der jeweiligen krankenhausspezifischen Referenzbereichsgrenze von einem unerwünschten Ereignis betroffen sind.

Beim qualitativ auffälligen Krankenhaus beim Qualitätsindikators *Gehunfähigkeit bei Entlassung* ergibt sich der Abschlagswert von 0,077 bei einer beobachteten Rate von $O_{qk} = 22,83\%$ mit einer

krankenhausspezifischen erwarteten Rate von $E_{qk} = 5,15\%$. Bei einem Referenzbereich von $RB_q = 3,18$ ergibt sich der Abschlagswert zu

$$(O_{qk} - E_{qk} \cdot RB_q) / (1 - E_{qk} \cdot RB_q) = (0,2283 - 0,0515 \cdot 3,18) / (1 - 0,0515 \cdot 3,18)$$

$$= (0,2283 - 0,1638) / (1 - 0,1638) = (0,0645) / (0,8362) = 0,077$$

Beim qualitativ auffälligen Krankenhaus beim Qualitätsindikator *Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur* ergibt sich der Abschlagswert von 0,077 dagegen bei einer beobachteten Rate von $O_{qk} = 10,64\%$ mit einer krankenhausspezifischen erwarteten Rate von $E_{qk} = 0,88\%$. Bei einem Referenzbereich von $RB_q = 3,65$ ergibt sich der Abschlagswert zu

$$(O_{qk} - E_{qk} \cdot RB_q) / (1 - E_{qk} \cdot RB_q) = (0,1064 - 0,0088 \cdot 3,65) / (1 - 0,0088 \cdot 3,65)$$

$$= (0,1064 - 0,0321) / (1 - 0,0321) = (0,0743) / (0,9679) = 0,077$$

Insgesamt lässt sich für die Qualitätsindikatoren bzgl. der Komplikationen und zum Versterben im Krankenhaus feststellen, dass nicht nur relativ wenig rechnerisch auffällige Krankenhäuser als qualitativ auffällig oder mit unvollzähliger oder falscher Dokumentation eingestuft werden, sondern dass diese Standorte sich dabei auch oft nur knapp außerhalb des Referenzbereichs befinden.

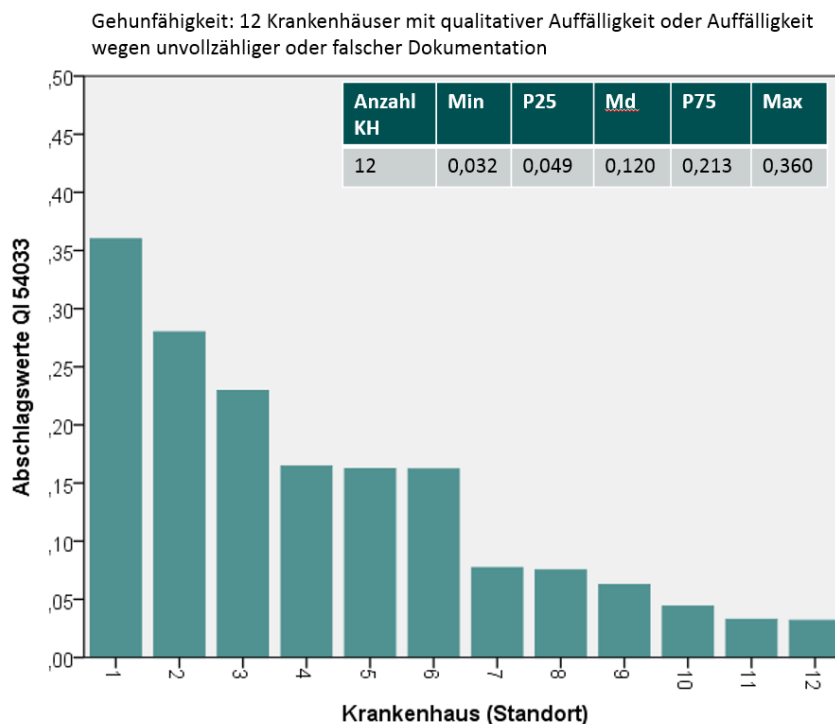


Abbildung 12: Ergebnisse des Indexparameters für Abschläge A_{qk} beim Indikator 54033 Gehunfähigkeit bei Entlassung

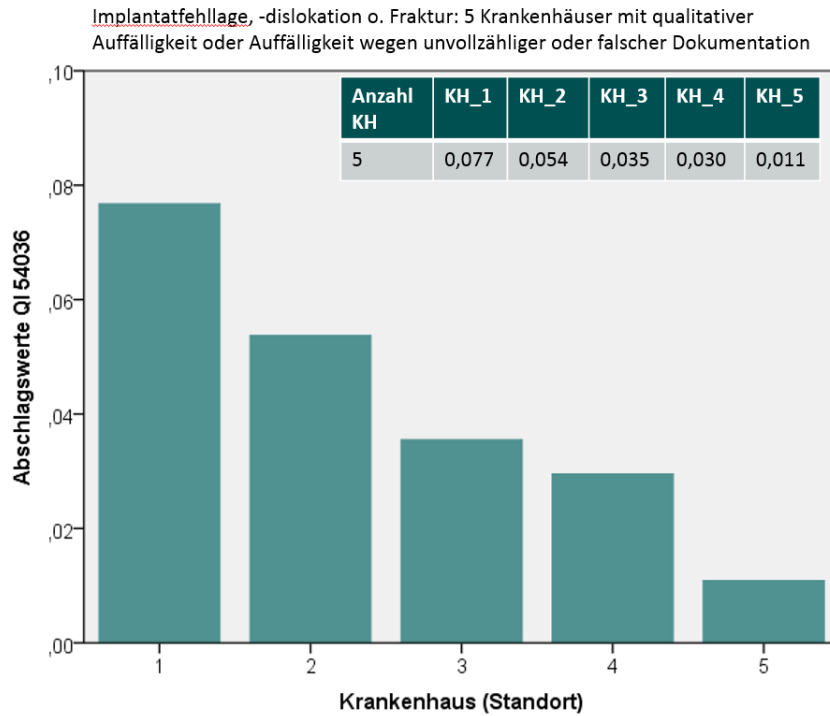


Abbildung 13: Ergebnisse des Indexparameters für Abschlüsse A_{qk} beim Indikator 54036 Implantatfehl-
lage, -dislokation oder Fraktur

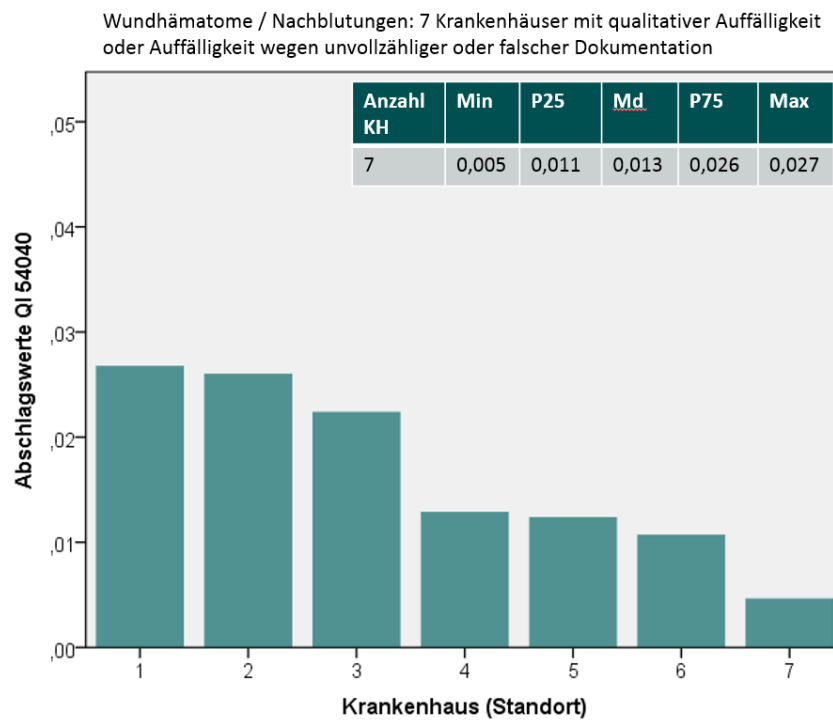


Abbildung 14: Ergebnisse des Indexparameters für Abschlüsse A_{qk} beim Indikator 54040 Wundhämatome
/ Nachblutung

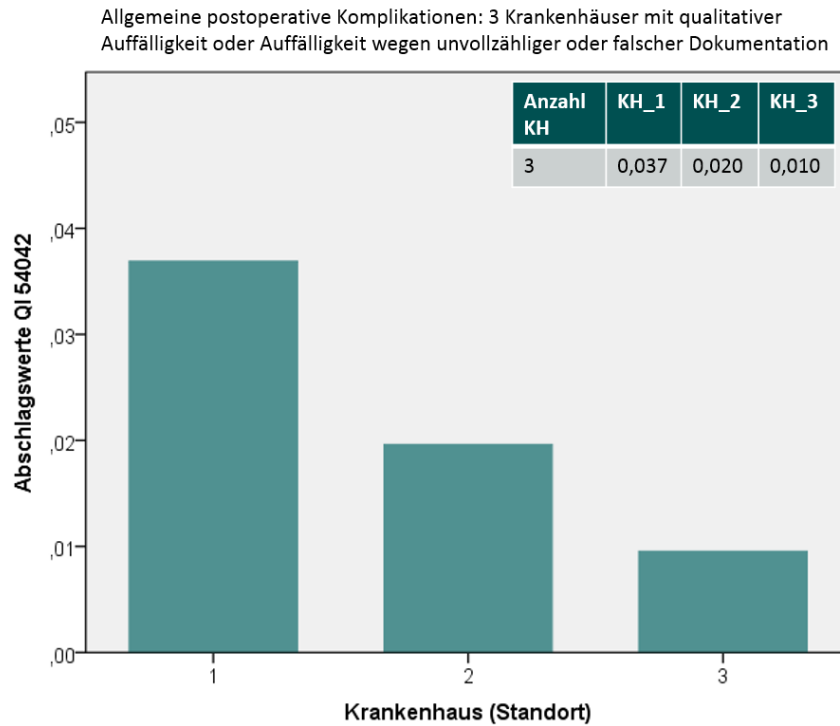


Abbildung 15: Ergebnisse des Indexparameters für Abschläge A_{qk} beim Indikator 54042 Allgemeine postoperative Komplikationen

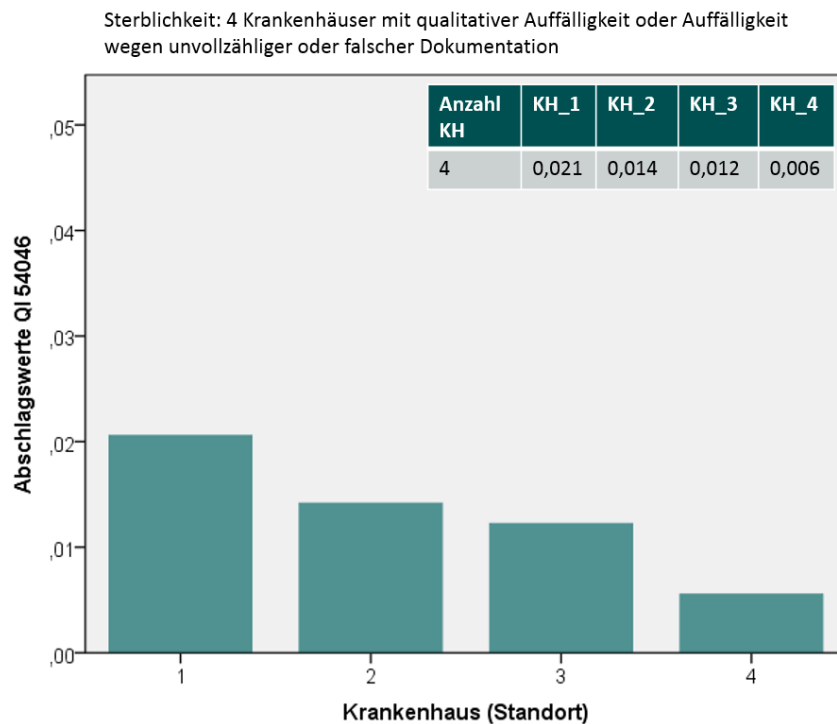


Abbildung 16: Ergebnisse des Indexparameters für Abschläge A_{qk} beim Indikator 54046 Sterblichkeit im Krankenhaus

Berechnung des Abschlagsindex auf Basis der Ergebnisse nach Strukturiertem Dialog

Die Berechnung des Abschlagsindex nach Durchführung des Strukturierten Dialogs erfolgt nun mittels der als auffällig eingestuften Indikatoren. Dies sind die rechnerisch auffälligen Indikatoren mit einer Einstufung als A41, A42, A99 oder D50 beim Strukturierten Dialog. Für diese wird dann das gewichtete Mittel der Abschlagswerte für die *Präoperative Verweildauer über 24h* (1,2-faches Gewicht), *Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung* (1,2-faches Gewicht), *Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur* (1,2-faches Gewicht), *Wundhämatome / Nachblutungen* (1,2-faches Gewicht), *Allgemeine postoperative Komplikationen* (1,2-faches Gewicht) und *Sterblichkeit im Krankenhaus* (2-faches Gewicht) über die Krankenhausstandorte berechnet. Eine Berechnung erfolgt für alle 142 Krankenhäuser mit einer auffälligen Einstufung in einem der aufgeführten Qualitätsindikatoren. Die Ergebnisse sind in Abbildung 17 dargestellt.

Da das gewichtete Mittel über die Abschlagswerte gebildet wird umspannt der Wertebereich des Abschlagsindex theoretisch Werte von 0 – 1. Ein Wert von 1 würde erreicht, wenn alle 6 Indikatoren eines Krankenhauses als qualitativ auffällig eingestuft würden und dabei alle Patienten mit unerwünschtem Ereignis behandelt würden.

Die Ergebnisse für den Abschlagsindex der Krankenhäuser erreichen dabei Werte zwischen 0,001 und 0,155. Die Werte des oberen bzw. unteren Quartils betragen 0,017 bzw. 0,047. Der Wert des Medians 0,027.

Rechnet man den jeweiligen Anteil an Patienten mit unerwünschtem Ereignis bis zum Erreichen der Referenzbereichsgrenze heraus, sind somit bei der Hälfte der 142 Krankenhäuser pro 100 weitere Patienten im Durchschnitt mehr als 2,7 zusätzliche unerwünschte Ereignisse pro Qualitätsindikator zu erwarten. Bei einem Viertel der Krankenhäuser mehr als 4,7. Dabei führen durch die vorgenommene Gewichtung je nach Art des Ereignisses weniger (*Versterben*) oder mehr (*präoperative Verweildauer, Gehunfähigkeit*) unerwünschte Ereignisse zum Erreichen der entsprechenden Punktwerte.

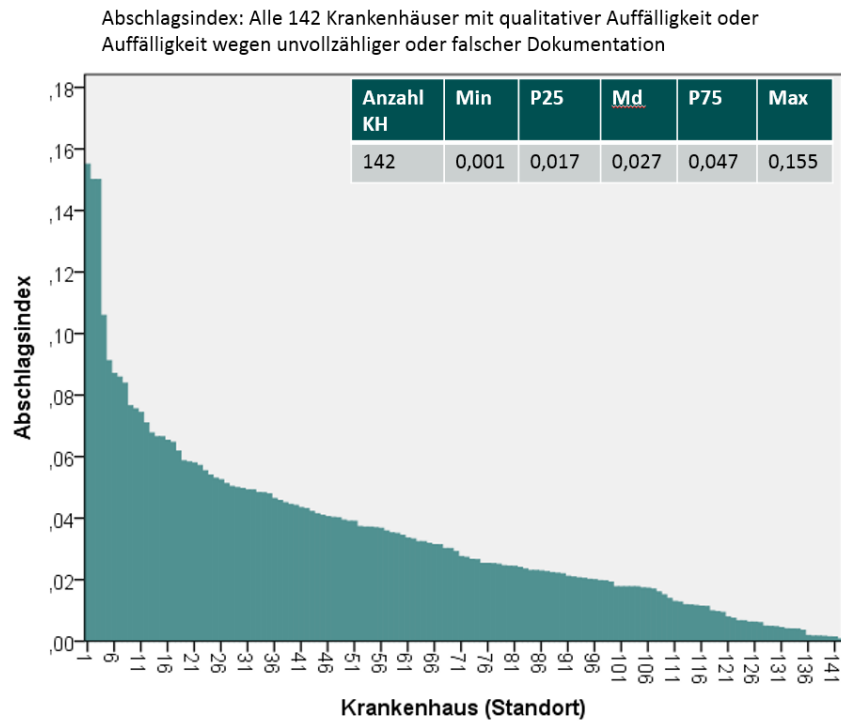


Abbildung 17: Ergebnisse des Abschlagsindex A_k für Krankenhäuser nach Durchführung des Strukturier-ten Dialogs. Es zählen nur die Indikatoren mit qualitativer Auffälligkeit oder Auffälligkeit wegen unvoll-zähliger oder falscher Dokumentation

Berechnung der Zuschlagswerte für den Indikator *Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus (QI-ID 54030)* auf Basis der Ergebnisse nach Strukturier-tem Dialog

Eine Berechnung der Zuschlagswerte erfolgt nun für 204 Krankenhausstandorte, für die

- keine rechnerische Auffälligkeit bei irgendeinem der Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich aus dem Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* aufgetreten ist oder alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ unauffällig eingestuft wurden. Hierzu zählen neben den Einstufungen U30, U31, U32, U33 und U99 auch die Kategorien N, R sowie D51.
- in beiden Qualitätsindikatoren zum Zuschlagsindex positive Zuschlagswerte berechnet wurden, und somit in mehr als der Hälfte der zuschlagsrelevanten Qualitätsindikatoren ein positives Ergebnis erzielt wurde.

Dabei tritt beim Indikator *Präoperative Verweildauer über 24h nach Aufnahme* die Besonderheit auf, dass ein positives Ergebnis nicht vom Median ausgehend gerechnet wird, sondern um wie viel ein Ergebnis besser ist als der Referenzbereich ($\leq 15\%$). Dies ist darin begründet, dass hier das Ergebnis für den Median der Leistungserbringerergebnisse (20,59 %) außerhalb des Referenzbereichs ($\leq 15\%$) liegt. Es werden hier also nur Ergebnisse berücksichtigt, die besser als der Referenzbereich sind.

Die Darstellung der Abbildung erfolgt für die 204 Krankenhäuser aufgeteilt nach 105 Krankenhäuser mit mindestens 40 Fällen und 99 Krankenhäuser mit 1 – 39 Fällen (Abbildung 18). Diese Unterteilung erfolgt hier vor dem Hintergrund, dass Zuschlagswerte erst ab einer Mindestfallzahl von 40 Fällen pro Jahr und Krankenhausstandort für ein Erfassungsjahr zu berücksichtigen sind. Krankenhäuser mit 1 – 39 Fällen sollen erst berücksichtigt werden, wenn in zwei aufeinanderfolgenden Jahren eine Mindestfallzahl von 40 erreicht wird.

Die Zuschlagswerte für den Qualitätsindikator *Präoperative Verweildauer > 24h* reichen für Krankenhäuser mit mindestens 40 Fällen über den Wertebereich von 0,005 bis 0,881, mit Werten von 0,295 für den Median und 0,138 bzw. 0,529 für das untere bzw. obere Quartil. Ein Zuschlagswert von 1 würde immer dann erreicht, wenn bei allen Patienten eines Krankenhausstandortes eine präoperative Verweildauer innerhalb von 24 Stunden vorgelegen hätte.

Die Zuschlagswerte des Indexparameter Z_{qk} entsprechen dem Anteil an Patienten mit einer präoperativen Verweildauer $\leq 24h$ zu der Anzahl an Patienten, bei denen eine präoperative Verweildauer $> 24h$ noch innerhalb des Referenzbereichs toleriert wird (15 %), wobei die Referenzbereichsgrenze hier in diesem Fall verwendet wird, da bei diesem Indikator, der Median außerhalb des Referenzbereiches liegt (ansonsten würde der Median verwendet werden).

Ein Wert von 0,502 beim Indexparameter Z_{qk} entspricht dabei einem 50,2 % Anteil an Patienten mit einer präoperativen Verweildauer $> 24h$ die (hier) über den Referenzbereich ($\leq 15\%$), von einem guten Ergebnis profitiert haben. Damit müssen für eine Berechnung positiver Zuschlagswerte zunächst 85 % der Patienten ohne unerwünschtes Ereignis behandelt worden sein, bevor auf Basis der weiteren 15 % der Zuschlagswert berechnet wird. Dieser Zuschlagswert wird hier von einem Standort mit 5 / 67 Patienten mit einer präoperativen Verweildauer $> 24h$ erreicht.

Mit rechnerisch $0,15 \cdot 67 = 10,05$ Patienten wäre der Referenzbereich erreicht worden. Dieser Wert wird um 5 Patienten übertroffen und der Zuschlagswert berechnet sich somit zu $(0,15 - 0,07463) / 0,15 = 0,07537 / 0,15 = 0,502$.

Es werden also 5 / 10 Patienten besser behandelt, als bis zum Erreichen des Referenzbereichs hätten betroffen sein dürfen (rechnerisch $5,05 / 10,05 = 0,07537 \cdot 67 / 0,15 \cdot 67$).

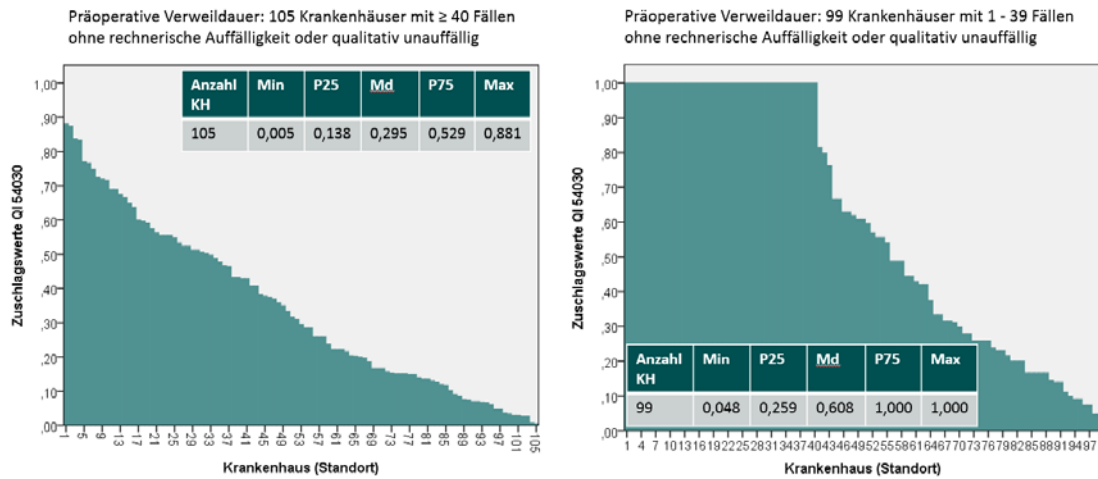


Abbildung 18: Ergebnisse des Indexparameters für Zuschläge Z_{qk} beim Indikator 54030 Präoperative Verweildauer $> 24h$ nach Aufnahme im Krankenhaus nach Strukturierten Dialog. Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40 .

Berechnung der Zuschlagswerte beim (O/E) Indikator *Gehunfähigkeit bei Entlassung* (QI-ID 54033) auf Basis der Ergebnisse nach Strukturiertem Dialog

Eine Berechnung der Zuschlagswerte erfolgt auch hier für die 204 Krankenhausstandorte mit einem Indikatorergebnis besser als der Median der Krankenhausergebnisse zu diesem Qualitätsindikator ($O / E = 0,74$), für die gleichfalls Zuschlagswerte für den Qualitätsindikator *Präoperative Verweildauer > 24h* vorliegen und für die alle anderen Qualitätsindikatoren, die zur Durchführung des Strukturierten Dialogs vorgesehen sind, rechnerisch oder qualitativ unauffällig sind.

Die Darstellung erfolgt somit auch hier unterteilt für 105 Krankenhäuser mit mindestens 40 Fällen und 99 Krankenhäuser mit 1 – 39 Fällen (Abbildung 19).

Ein Zuschlagswert von 1 wird dann berechnet, wenn alle Patienten eines Krankenhauses gehfähig entlassen werden. Dies erreichen 48 Krankenhäuser mit mindestens 40 Fällen und 85 Krankenhäuser mit 1 – 39 Fällen. Ausgehend von dieser 100 %-Marke reduziert sich dann der Zuschlagswert, abhängig von der Anzahl gehunfähig entlassener Patienten, bis der Wert des Medians beim Qualitätsindikator-Ergebnis erreicht wird, und sich der Zuschlagswert dann zu null ergeben würde. Ein geringeres Maß an Variation im Vergleich zum Qualitätsindikator *Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus* begründet sich auch durch eine im Durchschnitt niedrigere Rate, bei der der Wert des Medians erreicht wird.

Definiert man über das Produkt aus der krankenhausspezifischen erwarteten Rate E_{qk} und dem Median ($O / E = 0,74$) eine Relevanzgrenze zur Berechnung von Zuschlagswerten, so erhält man z. B. mittels der bundesweit erwarteten Rate (5,20 %) mit $5,20 \% \cdot 0,74 = 3,84 \%$ die Rate, die im Durchschnitt nicht überschritten werden soll, um bei diesem Indikator zu den Krankenhäusern zu gehören, die besser als der Median sind. Der Durchschnitt bezieht sich darauf, dass die erwartete Rate krankenhausspezifisch, entsprechend der unterschiedlichen Risikostruktur der Patienten, für die einzelnen Krankenhäuser unterschiedliche Werte annimmt. Mittels der Berechnung über die krankenhausspezifische erwartete Rate wird hierbei eine unterschiedliche Risikostruktur der Patienten für die einzelnen Krankenhäuser berücksichtigt.

Die Zuschlagswerte des Indexparameter Z_{qk} entsprechen dabei auch für (O / E)-Indikatoren dem Anteil an gehfähig entlassenen Patienten zu der Anzahl an Patienten, bei denen bis zum Erreichen des Medians der Leistungserbringerergebnisse *Gehunfähigkeit bei Entlassung* hätte auftreten dürfen.

Ein Wert von 0,433 entspricht einem 43,3 % Anteil an Patienten mit *Gehunfähigkeit bei Entlassung*, die über den Median ($O / E = 0,74$) hinaus, von einem guten Ergebnis profitiert haben. Bei diesem Krankenhaus wurden 2 / 96 (2,08 %) Patienten gehunfähig entlassen, bei einer krankenhausspezifischen erwarteten Rate von 4,96 %. Der Median wäre bei einem Wert von $4,96 \% \cdot 0,74 = 3,67 \%$ erreicht gewesen. Somit profitieren $(3,67 \% - 2,08 \%) / 3,67 \% = 1,59 \% / 3,67 \% = 43,3 \%$ der Patienten bis zum Erreichen des Medians zusätzlich.

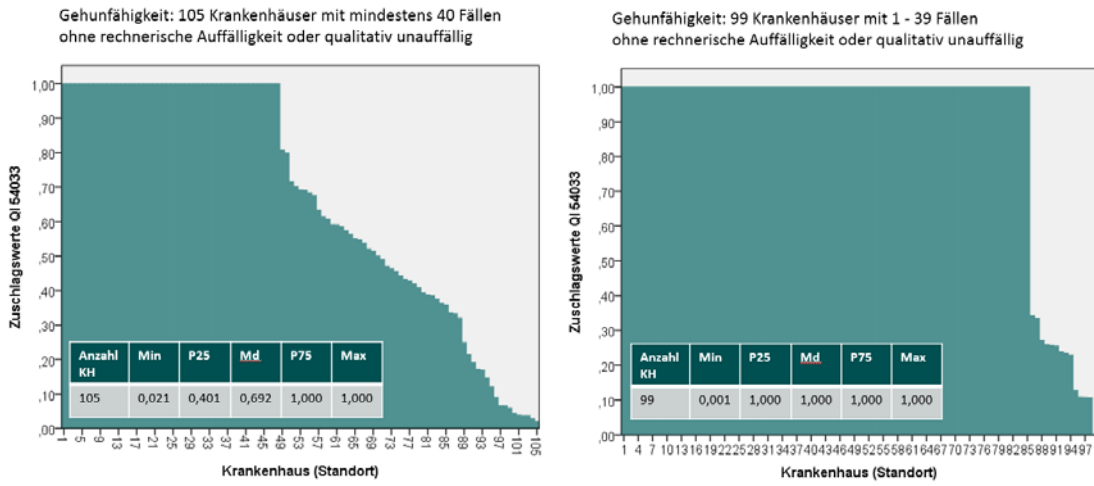


Abbildung 19: Ergebnisse des Indexparameters für Zuschläge Z_{qk} beim Indikator 54033 Gehunfähigkeit bei Entlassung nach Strukturierten Dialog. Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40 .

Berechnung des Zuschlagsindex auf Basis der Ergebnisse nach Strukturiertem Dialog

Eine Berechnung des Zuschlagsindex erfolgt nun für Krankenhäuser die in allen Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich als rechnerisch oder qualitativ unauffällig eingestuft wurden (Einstufung rechnerischer Auffälligkeiten beim Strukturierten Dialog in die Kategorien U, N, R oder D51). Da für diesen Leistungsbereich zwei Indikatoren für eine Zuschlagsberechnung vorgesehen sind, und für mehr als die Hälfte der Qualitätsindikatoren positive Zuschlagswerte vorliegen müssen, bedeutet dies in diesen Fall, dass dies für beide zu berücksichtigenden Qualitätsindikatoren gelten muss.

Der Zuschlagsindex wird dann als gewichtetes Mittel über die Zuschlagswerte bei der *präoperativen Verweildauer > 24h* und der *Gehunfähigkeit bei Entlassung* gebildet. Da beide Indikatoren mit dem gleichen Gewicht von 1,2 in die Berechnung eingehen ergibt sich dennoch eine gleichgewichtete Berechnung. Der mögliche Wertebereich des Zuschlagsindex erstreckt sich dabei über den Wertebereich von 0 bis 1 und beschreibt hier den durchschnittlichen Anteil an Patienten pro Qualitätsindikator, die von einem guten Ergebnis zusätzlich profitieren.

Die Ergebnisse zum Zuschlagsindex sind unterteilt für 105 Krankenhäuser mit mindestens 40 Fällen und 99 Krankenhäuser mit 1 – 39 Fällen in Abbildung 20 dargestellt.

Der Zuschlagsindex nimmt den Wert 1 an, wenn alle Patienten in beiden Komponenten ohne unerwünschtes Ereignis geblieben sind, somit in diesem Fall alle Patienten eine präoperative Verweildauer < 24h hatten und alle Patienten gehfähig entlassen wurden. Diesen Wert erreichen 39 Krankenhäuser, die allerdings alle mit einer Fallzahl von 1 – 39 Fällen vertreten sind. Der Maximalwert zum Zuschlagsindex bei Krankenhäusern mit mindestens 40 Fällen beträgt 0,940.

Ein Wert von 0,5 wird z.B. erreicht, wenn alle Patienten gehfähig entlassen wurden, während beim Indikator zur präoperativen Verweildauer zwar rechnerische Auffälligkeiten auftreten, die jedoch als qualitativ unauffällig eingestuft wurden oder umgekehrt alle Patienten eine präoperative Verweildauer < 24h hatten, während beim Indikator Gehunfähigkeit bei Entlassung der Median der Krankenhausergebnisse beim Qualitätsindikator nicht erreicht wurde. Allerdings würde ein Wert von 0,5 beim Zuschlagsindex aber z. B. auch erreicht, wenn in beiden Indikatoren jeweils die Hälfte der Patienten bis zum Erreichen des Medians bzw. der Referenzbereichsgrenze (bei der präoperativen Verweildauer > 24h) ohne unerwünschtem Ereignis geblieben sind.

Dabei erreichen 58 Krankenhäuser mit mindestens 40 Fällen einen Wert von $\geq 0,5$, für den also im Durchschnitt der Zuschlagswerte beider Indikatoren Anteilswerte von mindestens 50 % erreicht wurden. Über die für Zuschläge relevanten Krankenhäuser mit mindestens 40 Fällen verteilen sich die erzielten Zuschlagswerte über den Bereich von 0,104 bis 0,940. Der Wert für den Median beträgt 0,524. Der Wert des unteren bzw. oberen Quartils beträgt 0,357 bzw. 0,620.

Bei den 99 Krankenhäusern mit 1 – 39 Fällen sind in der Summe beider Zuschlagswerte höhere Werte zu beobachten als bei den Krankenhäusern mit mindestens 40 Fällen (Min: 0,038; P25: 0,583; Md:0,770; P75:1,000; Max: 1,000). Für diese Krankenhäuser kommen Zuschläge in Betracht, falls sie über 2 Jahre eine Fallzahl von 40 erreichen.

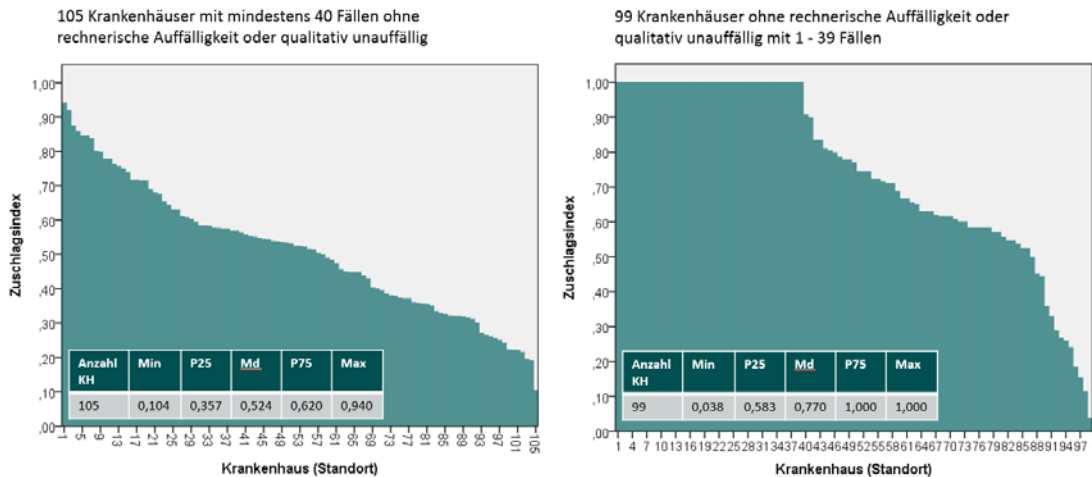


Abbildung 20: Ergebnisse des Zuschlagsindex für Zuschläge Z_k nach Strukturierten Dialog. Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40

8.5 Modellrechnung für die Leistungsbereiche der Herzchirurgie nach Strukturiertem Dialog

8.5.1 Auswahl der Variablen für die Leistungsbereiche der Herzchirurgie

Für die herzchirurgischen Leistungsbereiche sind zur Beurteilung von *außerordentlich guter* Qualität und *unzureichender* Qualität die Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus mit dem *Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen* vorgesehen:

- Koronarchirurgie, isoliert: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
- Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch): Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
- Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
- Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt): Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen

Diese vier Qualitätsindikatoren werden sowohl für die Berechnung des Abschlagsindex als auch für die Berechnung der Zuschlagsindex verwendet.

Die übrigen Indikatoren des Leistungsbereichs (Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna, Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz, Intraprozedurale Komplikationen, Postoperative Mediastinitis, Neurologische Komplikationen, Gefäßkomplikationen, Status am 30. postoperativen Tag) finden nur insofern Berücksichtigung, als ein qualitativ unauffälliges Ergebnis Voraussetzung für die Berechnung des Zuschlagsindex ist. Ihr Ergebnis geht nicht direkt in die Berechnung des Zu- oder Abschlagsindex ein. Ein qualitativ auffälliges Ergebnis bei diesen Indikatoren wird wegen der mangelnden quantitativen Differenzierung oder anderer fachlicher Einschränkungen (siehe Abschnitt 6.2.4) bei der Berechnung eines Abschlagsindex nicht berücksichtigt.

Indikatorergebnisse für die Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) der herzchirurgischen Leistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2015

Die bundesweiten Ergebnisse des Erfassungsjahres 2015 der Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus sind für die 66.399 Patientinnen und Patienten aus 112 Krankenhausstandorten über die vier Leistungsbereiche in Tabelle 22 zusammenfassend dargestellt. Neben den Angaben zu Zähler und Nenner für die beobachtete und erwartete Rate mit den entsprechenden Bundesergebnissen und den Referenzbereichen, finden sich dort auch die Angaben zum Median über die Leistungserbringerergebnisse und zur Anzahl rechnerisch auffälliger Krankenhäuser. Dabei werden nicht in allen Krankenhausstandorten für alle herzchirurgischen Leistungsbereiche Patienten behandelt. So sind für das Erfassungsjahr 2015 für den Leistungsbereich *Koronarchirurgie, isoliert* (HCH-KCH) in 89 Krankenhausstandorten, für den Leistungsbereich *Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)* (HCH-AORT-CHIR) in 88 Krankenhausstandorten, für den Leistungsbereich *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* (HCH-KOMB) in 82 Krankenhausstandorten und für den Leistungsbereich *Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)* (HCH-AORT-KATH) in 104 Krankenhausstandorten Leistungen dokumentiert worden.

Die Ergebnisindikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) sind risikoadjustiert und als Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) dargestellt. Die beobachteten Raten (O) geben die relativen Häufigkeiten zur Sterblichkeit im Krankenhaus für die vier Leistungsbereiche an. Diese liegen im bundesweiten Ergebnis zwischen 2,87 % für den Leistungsbereich *Koronarchirurgie, isoliert* und 5,25 % für den Leistungsbereich *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*.

Für eine Berechnung der Indexwerte sind dabei die (O / E)-Werte für den Referenzbereich und den Median relevant. Diese sind Grenzwerte für die Krankenhausergebnisse, ab der ggf. die Werte für den Abschlagsindex (Referenzbereich) oder den Zuschlagsindex (Median) zu ermitteln sind. Dazu wird für ein Krankenhaus, die seinem Patientenmix entsprechende erwartete Rate an Patienten ermittelt, die im Krankenhaus versterben. Ist die beobachtete Rate des Krankenhauses multipliziert mit dem Wert des Medians niedriger als die krankenhausspezifische erwartete Rate, gehört das Krankenhaus bezüglich des Qualitätsindikatorergebnisses zur besseren Hälfte der Krankenhäuser im Leistungsbereich. Ist die beobachtete Rate des Krankenhauses multipliziert mit dem Wert des Referenzbereichs höher als die krankenhausspezifische erwartete Rate, liegt das Krankenhausergebnis im entsprechenden Leistungsbereich außerhalb des Referenzbereichs. Für die einzelnen Leistungsbereiche wurden dabei im Erfassungsjahr 2015 zwischen 7 und 10 Krankenhausstandorte bei der *Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)* rechnerisch auffällig.

Tabelle 22: Bundesweite Ergebnisse der zu berücksichtigenden Qualitätsindikatoren der herzchirurgischen Leistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2015

QI-ID	Bezeichnung	Zähler / Nenner bzw. Ergebnis: be- obachtet (O)	Ergebnis: erwartet (E)	Ergeb- nis	Median (Md)	Referenz- bereich (RB)	Anzahl KH > RB
HCH- KCH 11617	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	O: 1.041 / 36.303 2,87 %	E: 991 / 36.303 2,73 %	1,05	0,95	≤ 2,04 (90. Per- zentil)	10 / 89 (11,2%)
HCH- AORT- CHIR 12092	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	O: 266 / 9.079 2,93 %	E: 229 / 9.079 2,53 %	1,16	1,18	≤ 2,22 (90. Per- zentil)	9 / 88 10,2%
HCH- KOMB 12193	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	O: 319 / 6.073 5,25 %	E: 275 / 6.073 4,53 %	1,16	1,10	≤ 2,11 (90. Per- zentil)	10 / 82 12,2%
HCH- AORT- KATH 12168	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	O: 569 / 14.944 3,81 %	E: 664 / 14.944 4,45 %	0,86	0,81	≤ 2,51 (95. Per- zentil)	7 / 104 6,7%

8.5.2 Berechnung der Indizes für die Leistungsbereiche der Herzchirurgie nach Strukturiertem Dialog

Es erfolgt nun die Berechnung des Zu- und Abschlagsindex auf Basis der Ergebnisse nach Strukturiertem Dialog für die einzelnen Krankenhausstandorte.

Eine Einstufung als qualitativ auffällig oder mit unvollzähliger oder falscher Dokumentation erfolgt auch hier bei rechnerischer Auffälligkeit mit einer Einstufung im Strukturierten Dialog als *Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig* (A41, A42, A99) oder als Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation (D50). Abbildung 21 zeigt die Anzahl an Qualitätsindikatoren mit qualitativ auffälligem Ergebnis oder Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation in den vier Qualitätsindikatoren zur *Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)* aus den vier herzchirurgischen Leistungsbereichen für die 112 Krankenhausstandorte die Leistungen im Erfassungsjahr 2015 dokumentiert haben.

Keine entsprechende Auffälligkeit bei einem der vier Qualitätsindikatoren haben 105 Krankenhausstandorte (93,75 %). Mindestens ein qualitativ auffälliges Ergebnis oder eine Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation bei irgendeinem der vier Qualitätsindikatoren liegt bei 7 Krankenhausstandorten vor (6,25 %). Für diese wird der Abschlagsindex berechnet. Bei allen 7 Krankenhausstandorten liegt dabei jeweils bei genau einem der vier berücksichtigten Qualitätsindikatoren ein qualitativ auffälliges Ergebnis oder eine Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation vor.

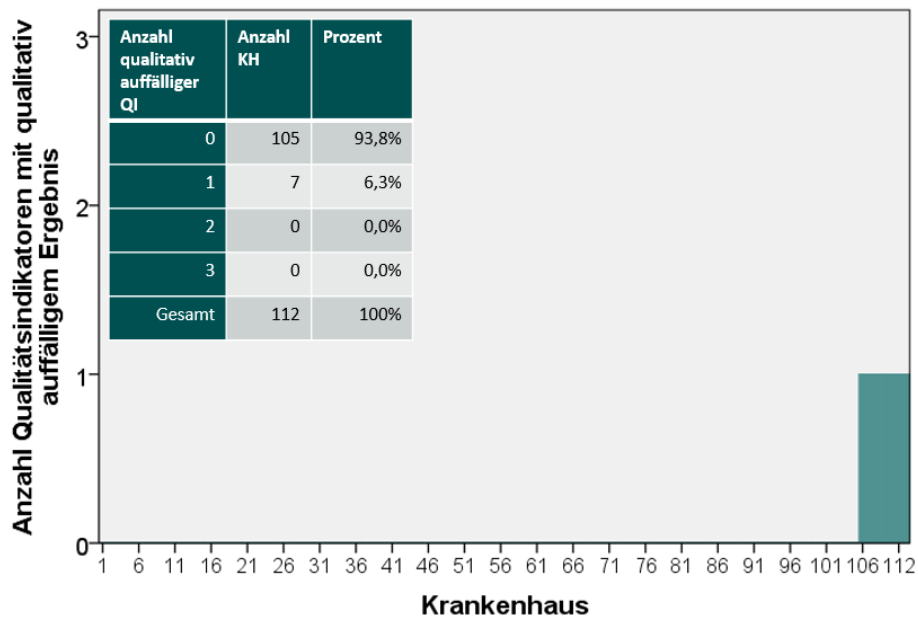


Abbildung 21: Anzahl Qualitätsindikatoren mit qualitativ auffälligem Ergebnis oder Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation bei den vier Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) über die herzchirurgischen Leistungsbereiche nach Krankenhausstandort

Tabelle 23 zeigt für die rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren die Anzahl der Krankenhausstandorte mit qualitativen Auffälligkeiten bzw. Auffälligkeiten wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation pro Indikator zur *Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)*. So wurden im Leistungsbereich zur isolierten Koronarchirurgie 4 / 10 der rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ auffällig oder wegen Dokumentationsmängeln auffällig eingestuft. Für den Leistungsbereich *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* war dies für 3 / 10 Krankenhausstandorten mit rechnerischer Auffälligkeit der Fall. Für beide Leistungsbereiche zur isolierten Aortenklappenchirurgie wurde kein Krankenhaus mit rechnerischer Auffälligkeit als qualitativ auffällig eingestuft.

Tabelle 23: Anzahl qualitativ auffälliger Standorte bei rechnerisch auffälligem Ergebnis pro Indikator

Qualitätsindikator	Anzahl KH	%
Koronarchirurgie, isoliert: Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)	4 / 10	40,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch): Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)	0 / 9	0,0
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)	3 / 10	30,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt): Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)	0 / 7	0,0

Berechnung der Abschlagswerte der O/E Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus auf Basis der Ergebnisse nach Strukturiertem Dialog

Die Abschlagswerte für die Krankenhausstandorte werden für die Qualitätsindikatoren zur *Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)* mit qualitativer Auffälligkeit oder unvollzähliger oder falscher Dokumentation berechnet. Für die Leistungsbereiche *Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)* und *Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)* sind hierbei im Erfassungsjahr 2015 keine Krankenhausstandorte als qualitativ auffällig eingestuft worden, so dass für diese Leistungsbereiche keine Abschlagswerte ermittelt werden.

Die berechneten Abschlagswerte für die Qualitätsindikatoren zur *Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)* sind für die 4 auffälligen Krankenhausstandorte des Leistungsbereichs *Koronarchirurgie, isoliert* in Abbildung 22 und für die 3 auffälligen Krankenhausstandorte des Leistungsbereichs *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* in Abbildung 23 dargestellt.

Diese Abschlagswerte entsprechen auch hier dem Anteil an Patientinnen und Patienten mit unerwünschtem Ereignis nachdem die Referenzbereichsgrenze überschritten wurde. Unterschiedliche Risikostrukturen der Patienten über die Krankenhausstandorte werden über die erwartete Rate an Ereignissen berücksichtigt.

Für die *Koronarchirurgie, isoliert* werden dabei Werte zwischen 0,001 und 0,022 erreicht. Für die *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* ergeben sich für die 3 auffälligen Krankenhäuser Abschlagswerte von 0,016, 0,020 und 0,041. Beim Qualitätsindikator *Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)* sind somit bei den qualitativ auffälligen Krankenhäusern mit den höchsten Werten für den Leistungsbereich *Koronarchirurgie, isoliert* nach Erreichen der Referenzbereichsgrenze 2,2 pro 100 Patienten zusätzlich betroffen und innerhalb des Leistungsbereichs *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* 4,1 pro 100 Patienten.

Beim qualitativ auffälligen Krankenhaus des Leistungsbereichs *Koronarchirurgie, isoliert* ergibt sich der Abschlagswert von 0,022 bei einer beobachteten Rate von $O_{qk} = 6,25\%$ mit einer krankenhausspezifischen erwarteten Rate von $E_{qk} = 2,01\%$. Bei einem Referenzbereich von $RB_q = 2,04$ ergibt sich der Abschlagswert zu

$$\begin{aligned} (O_{qk} - E_{qk} \cdot RB_q) / (1 - E_{qk} \cdot RB_q) &= (0,0625 - 0,0201 \cdot 2,04) / (1 - 0,0201 \cdot 2,04) \\ &= (0,0625 - 0,0410) / (1 - 0,0410) = (0,0215) / (0,9590) = 0,022 \end{aligned}$$

Beim qualitativ auffälligen Krankenhaus des Leistungsbereichs *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* ergibt sich der Abschlagswert von 0,041 bei einer beobachteten Rate von $O_{qk} = 12,22\%$ mit einer krankenhausspezifischen erwarteten Rate von $E_{qk} = 4,00\%$. Bei einem Referenzbereich von $RB_q = 2,11$ ergibt sich der Abschlagswert zu

$$\begin{aligned} (O_{qk} - E_{qk} \cdot RB_q) / (1 - E_{qk} \cdot RB_q) &= (0,1222 - 0,0400 \cdot 2,11) / (1 - 0,0400 \cdot 2,11) \\ &= (0,1222 - 0,0844) / (1 - 0,0844) = (0,0378) / (0,9156) = 0,041 \end{aligned}$$

Koronarchirurgie, isoliert – Sterblichkeit: 4 Krankenhäuser mit qualitativer Auffälligkeit oder Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation

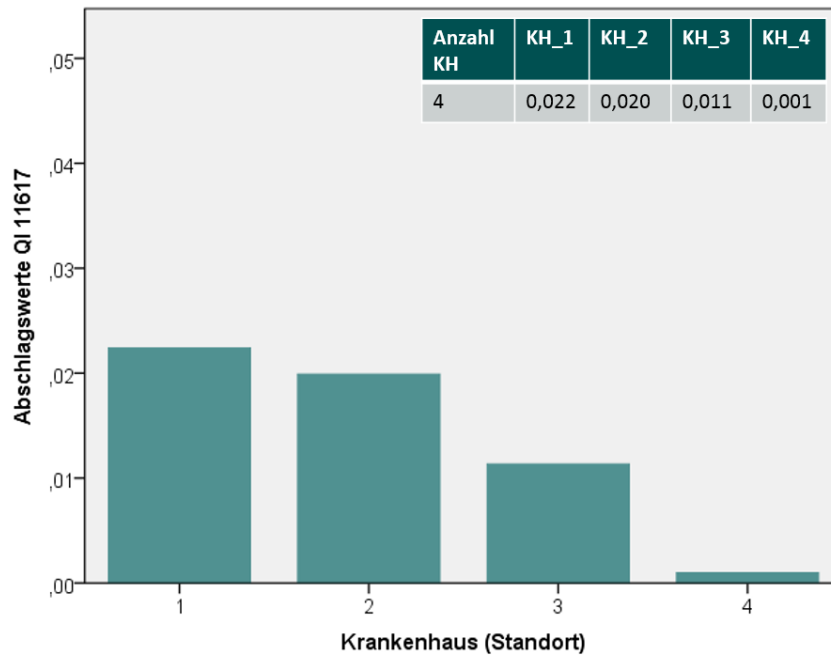


Abbildung 22: Ergebnisse des Indexparameters für Abschlüsse A_{qk} beim Indikator 11617 Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) für den Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert.

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie – Sterblichkeit: 3 Krankenhäuser mit qualitativer Auffälligkeit oder Auffälligkeit wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation

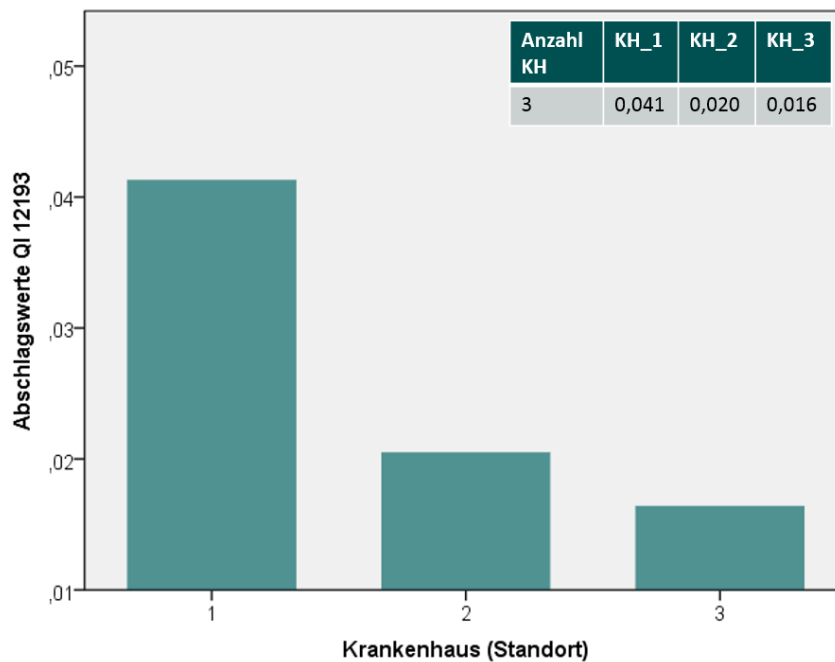


Abbildung 23: Ergebnisse des Indexparameters für Abschlüsse A_{qk} beim Indikator 12193 Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) für den Leistungsbereich Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.

Berechnung des Abschlagsindex auf Basis der Ergebnisse nach Strukturiertem Dialog

Die Berechnung des Abschlagsindex nach Durchführung des Strukturierten Dialogs erfolgt nun mittels der als qualitativ auffällig eingestuften Indikatoren. Dies sind die rechnerisch auffälligen Indikatoren mit einer Einstufung als A41, A42, A99 oder D50 beim Strukturierten Dialog. Für die Herzchirurgie erfolgt die Indexbildung für die Qualitätsindikatoren zur *Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)* übergreifend über die vier herzchirurgischen Leistungsbereiche.

Für diese ist dann für die einzelnen Krankenhausstandorte das gewichtete Mittel der Abschlagswerte für die vier Qualitätsindikatoren zur *Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)* zu berechnen. Aufgrund der vitalen Bedeutung aller vier zu berücksichtigenden Qualitätsindikatoren, sind alle Qualitätsindikatoren mit einer klinisch-inhaltlich begründeten doppelten Gewichtung zu versehen. In der Praxis entspricht dies einer gleichgewichteten Berechnung über die Indikatoren.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass innerhalb der Krankenhausstandorte die Fallzahl der erbrachten Leistungen über die Leistungsbereiche hinweg deutliche Unterschiede zeigt. Zudem werden in einigen Krankenhausstandorten auch nicht in allen Leistungsbereichen Patienten versorgt. Beide Aspekte werden hierbei mittels einer Fallzahlgewichtung über die Anzahl der Patientinnen und Patienten im Leistungsbereich berücksichtigt (siehe Abschnitt 8.3.6). Werden z.B. von einem Krankenhaus in einem Leistungsbereich keine Patienten versorgt, erhalten die Qualitätsindikatoren für diesen Leistungsbereich eine Gewichtung von null, und es werden ausschließlich Durchschnittswerte über die Abschlagswerte der anderen Leistungsbereiche gebildet. Würden in einem Krankenhaus in einem Leistungsbereich 90 Patienten versorgt und in einem anderen Leistungsbereich 10 Patienten, erfolgt eine Gewichtung der Abschlagswerte für die entsprechenden Qualitätsindikatoren im Verhältnis 9:1. Somit sind die Werte des Abschlagsindex dann als durchschnittlicher Anteil zusätzlicher unerwünschter Ereignisse über alle Patienten in allen Leistungsbereichen zu interpretieren. Ein Wert von 1 würde erreicht, wenn alle Indikatoren aus allen Leistungsbereichen, in denen Patienten versorgt wurden, als qualitativ auffällig eingestuft wären und bei allen Patienten ein unerwünschtes Ereignis aufgetreten wäre.

In Abbildung 24 sind nun die entsprechend berechneten Werte für den Abschlagsindex über die vier Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus bei den vier herzchirurgischen Leistungsbereichen dargestellt. Für sieben Krankenhausstandorte traten hierbei qualitative Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation auf. Da alle Indexwerte jeweils an Hand eines qualitativ auffälligen Qualitätsindikators ermittelt werden, vermindern sich die Indexwerte im Vergleich zu den ermittelten Abschlagswerten relativ zur Anzahl der behandelten Patienten im betroffenen Leistungsbereich zur Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten in allen herzchirurgischen Leistungsbereichen. Bei den auffälligen Krankenhäusern beträgt der Anteil behandelter Patienten dabei für den Leistungsbereich *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* 6 % – 10 % und für den Leistungsbereich *Koronarchirurgie, isoliert* 55 % – 70 %.

Die Ergebnisse für den Abschlagsindex der Krankenhäuser erreichen Werte zwischen 0,001 und 0,013. Der Wert des Medians beträgt 0,004. Ein Wert von 0,004 bedeutet dann, dass in diesem Krankenhaus im Durchschnitt aller Patienten aller herzchirurgischen Leistungsbereiche vier von

1000 Patienten von einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs bei einem qualitativ auffälligen Ergebnis betroffen sind.

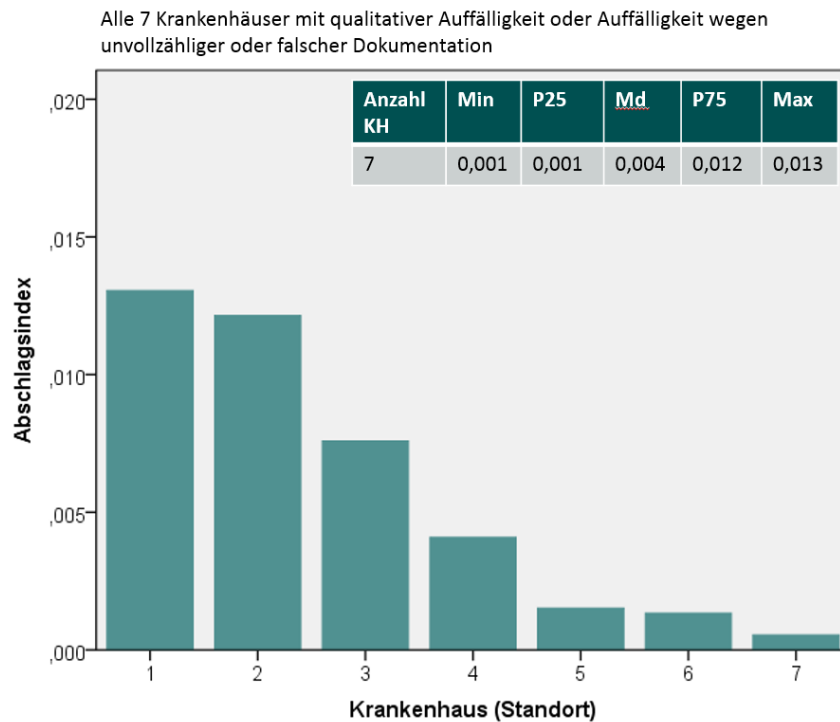


Abbildung 24: Ergebnisse des Abschlagsindex A_k für Krankenhäuser der herzchirurgischen Leistungsbereiche nach Durchführung des Strukturierten Dialogs.

Berechnung der Zuschlagswerte der O/E Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus auf Basis der Ergebnisse nach Strukturiertem Dialog

Eine Berechnung von Zuschlagswerten erfolgt nun für insgesamt 42 Krankenhausstandorte, für die

- keine rechnerische Auffälligkeit bei irgendeinem herzchirurgischen Qualitätsindikator mit Referenzbereich aufgetreten ist oder alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ unauffällig eingestuft wurden. Hierzu zählen neben den Einstufungen U30, U31, U32, U33 und U99 auch die Kategorien N, R sowie D51.
- über die herzchirurgischen Leistungsbereiche in mehr als der Hälfte der zuschlagsrelevanten Qualitätsindikatoren zur *Sterblichkeit im Krankenhaus (O/E)* ein Ergebnis besser als der Median der Krankenhäusergebnisse erzielt wird. Werden dabei in einem Krankenhausstandort für diese Leistungsbereiche sowohl 1 – 39 Fälle als auch mindestens 40 Fälle behandelt, erfolgt die hälftige Berechnung und eine Berechnung der Ergebnisse für beide Fallzahlklassen getrennt.

Die Darstellung in den folgenden Abbildungen erfolgt für die 42 Krankenhäuser ebenfalls getrennt nach Fallzahlklassen. Diese teilen sich auf in 22 Krankenhausstandorten mit Leistungsbereichen mit mindestens 40 Fällen und 20 Krankenhausstandorten mit Leistungsbereichen mit 1

– 39 Fällen. Leistungsbereiche mit 1 – 39 Fällen werden bei der Berechnung erst berücksichtigt, wenn zusammen mit dem Folgejahr insgesamt eine Mindestfallzahl von 40 erreicht wird.

Die Zuschlagswerte für die Qualitätsindikatoren *Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)* sind für die vier herzchirurgischen Leistungsbereiche in Abbildung 25, Abbildung 26, Abbildung 27 und Abbildung 28 dargestellt. Dort lassen sich die Zuschlagswerte ablesen, die einen Beitrag zum Zuschlagsindex leisten. Die Zahl der einzelnen Zuschlagswerte in den Abbildungen ist dabei kleiner als 22 (bei *mindestens 40 Fällen*) bzw. 20 (bei *1 – 39 Fällen*), da nicht für alle Qualitätsindikatoren Werte besser als der Median vorliegen müssen, sondern nur für mehr als die Hälfte der Qualitätsindikatoren. Die Anzahl der Krankenhausstandorte mit Zuschlagswerten bei mindestens 40 Fällen beträgt dabei für die einzelnen Qualitätsindikatoren zwischen 15 und 17. D.h. umgekehrt, dass für jeweils 5 – 7 Krankenhäuser im jeweiligen Leistungsbereich zwar kein Wert besser als der Median erreicht wurde, die Eingangsbedingung aber durch die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren in den anderen Leistungsbereichen erfüllt wird.

Ein Zuschlagswert von 1 wird dabei immer dann erreicht, wenn kein Patient im entsprechenden Leistungsbereich im Krankenhaus verstorben ist.

Die Zuschlagswerte in den einzelnen Leistungsbereichen entsprechen dem Anteil an lebend entlassenen Patienten zu der Anzahl an Patienten, die bis zum Erreichen des Medians hätten versterben können. Bei einem Zuschlagswert von 0,50 werden somit 50 % der Patienten, die zum Erreichen des Medians hätten versterben können, lebend entlassen.

Im Leistungsbereich *Koronarchirurgie, isoliert* liegt der Median der Krankenhausergebnisse bei einem (O / E)-Wert von 0,95 (siehe Tabelle 22). Haben die Patienten eines Krankenhauses dann z.B. eine erwartete Versterbensrate von 3,0 %, darf ein Krankenhaus ein Ergebnis von höchstens $0,95 \cdot 3,0 \% = 2,85 \%$ erreichen, um zur besseren Hälfte der Krankenhäuser zu gehören. Mit einem Ergebnis von 1,425% würde ein Zuschlagswert von 0,5 erreicht. Einen Zuschlagswert von 0,1 erhielte man dagegen bei einem beobachteten Ergebnis von 2,565 %, da dann gilt:

$$(0,0285 - 0,02565) / 0,0285 = 0,00285 / 0,0285 = 0,1$$

Für den Leistungsbereich *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* liegt der Median der Krankenhausergebnisse bei einem (O / E)-Wert von 1,10 (siehe Tabelle 22). Haben die Patienten eines Krankenhauses gleichfalls eine erwartete Versterbensrate von 3,0 %, darf ein Krankenhaus ein Ergebnis von höchstens $1,10 \cdot 3,0 \% = 3,3 \%$ erreichen, um zur besseren Hälfte der Krankenhäuser zu gehören. Hier würde dann mit einer Sterblichkeit im Krankenhaus von 1,65 % ein Zuschlagswert von 0,5 erreicht und mit einem Ergebnis von 2,97 % ein Zuschlagswert von 0,1.

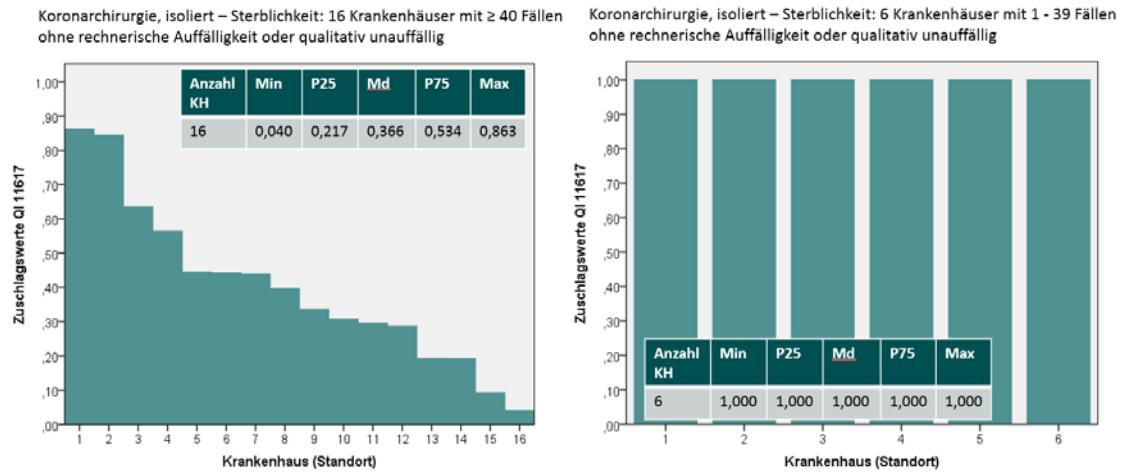


Abbildung 25: Ergebnisse des Indexparameters für Zuschläge Z_{qk} beim Indikator 11617 Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) für den Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert. Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40 .

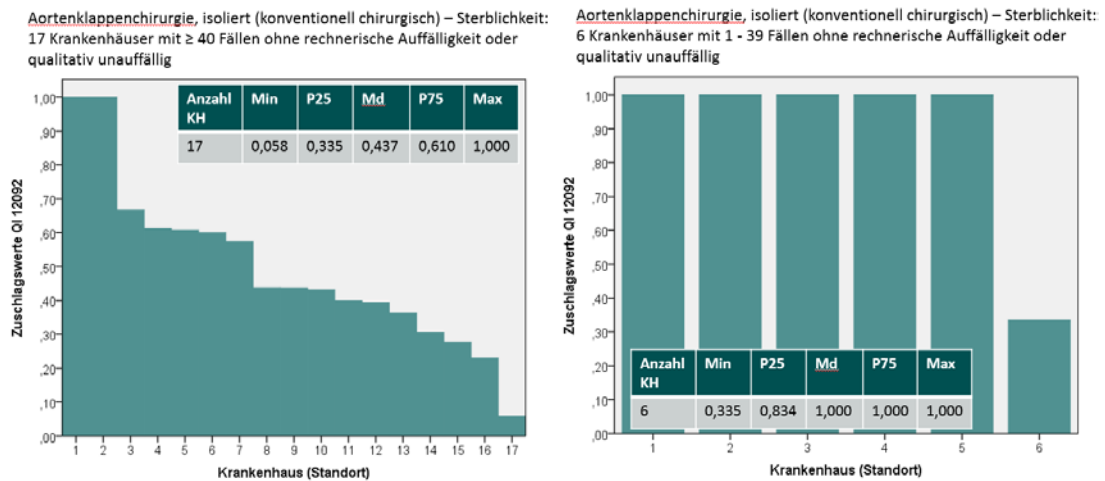


Abbildung 26: Ergebnisse des Indexparameters für Zuschläge Z_{qk} beim Indikator 12092 Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) für den Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch). Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40 .

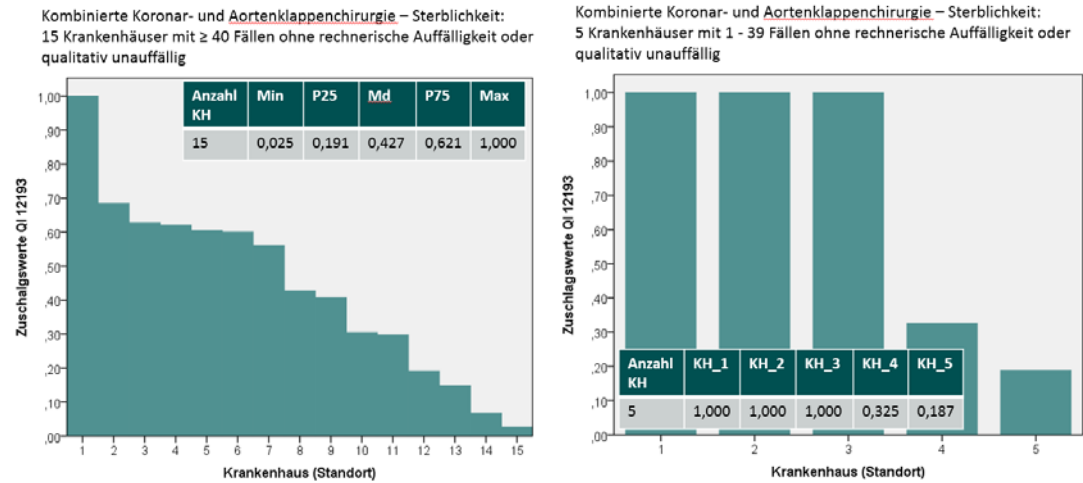


Abbildung 27: Ergebnisse des Indexparameters für Zuschläge Z_{qk} beim Indikator 12193 Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) für den Leistungsbereich Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie. Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40 .

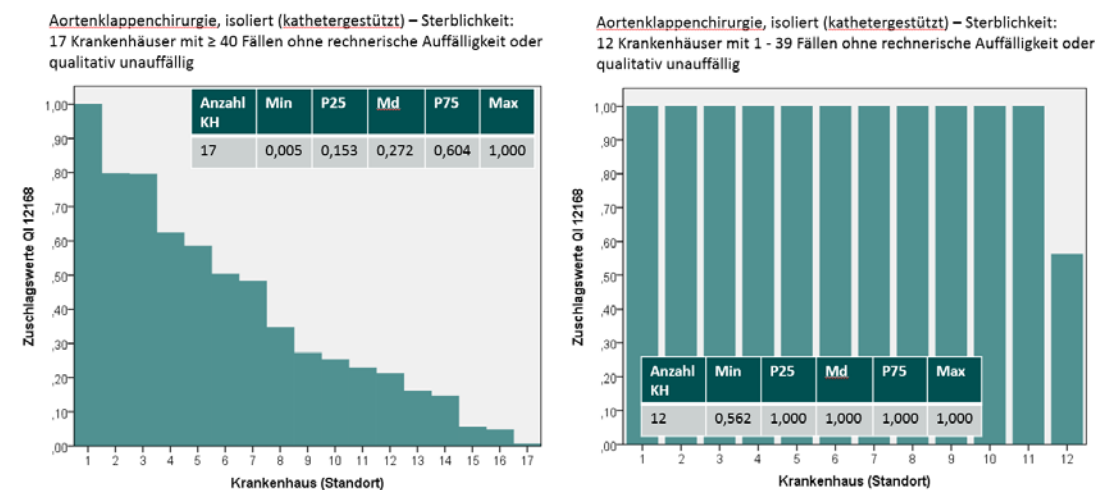


Abbildung 28: Ergebnisse des Indexparameters für Zuschläge Z_{qk} beim Indikator 12168 Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E) für den Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt). Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40 .

Berechnung des Zuschlagsindex auf Basis der Ergebnisse nach Strukturiertem Dialog

Eine Berechnung des Zuschlagsindex erfolgt nun für Krankenhäuser, die in mindestens der Hälfte der herzchirurgischen Leistungsbereiche bei den Qualitätsindikatoren zur *Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)* ein Ergebnis besser als der Median erzielen. Zudem müssen für diese Krankenhausstandorte bei allen herzchirurgischen Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich die Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs liegen oder es müssen nach Durchführung des Strukturierten Dialogs qualitativ unauffällige Ergebnisse vorliegen.

22 / 112 Krankenhausstandorte erreichen ein solches Ergebnis für Leistungsbereiche mit einer Mindestfallzahl von 40 Fällen. Für 20 / 112 Krankenhausstandorte werden zudem Indexwerte bei den Leistungsbereichen mit 1 - 39 Fällen berechnet. Die Ergebnisse für den Zuschlagsindex sind für beide Fallzahlklassen in Abbildung 29 getrennt dargestellt.

Der Zuschlagsindex wird dabei als gewichtetes Mittel über die Zuschlagswerte für die vier Qualitätsindikatoren zur *Sterblichkeit im Krankenhaus (O / E)* gebildet. Da für die Berechnung der Zuschlagswerte ausschließlich Indikatoren zur Sterblichkeit verwendet werden, erfolgt hier medizinisch-inhaltlich praktisch eine gleichgewichtete Berechnung. Somit kommt hier lediglich eine Gewichtung nach der Fallzahl über die vier herzchirurgischen Leistungsbereiche zum Tragen. Herzchirurgische Leistungsbereiche mit einer doppelten Anzahl an Patienten gehen dabei z.B. auch mit einem doppelten Gewicht in die Indexberechnung ein. Leistungsbereiche in denen keine Leistungen erbracht werden, bleiben dagegen bei der Berechnung der gewichteten Mittel und bei der Bestimmung der Voraussetzungen zum Zuschlagsindex unberücksichtigt.

Somit erhält man für den Zuschlagsindex den Anteil an Patienten, die bezüglich der Sterblichkeit im Krankenhaus, über alle Leistungsbereiche hinweg ein besseres Ergebnis als bis zum Erreichen des Medians erzielt haben.

Der Zuschlagsindex nimmt nur dann den Wert 1 an, wenn kein Patient über alle zugrundeliegenden herzchirurgischen Leistungsbereiche während des Krankenhausaufenthaltes verstorben ist. Für Krankenhausstandorte mit einer Mindestfallzahl von 40 Patienten wird dabei ein solcher Wert leistungsbereichsübergreifend nicht erreicht.

Ein Indexwert von 0,5 wird erreicht, wenn ausgehend von den Werten des Medians in den einzelnen Leistungsbereichen, für 50 % der herzchirurgischen Patienten über alle Leistungsbereiche hinweg, bezüglich des Versterbens im Krankenhaus ein Ergebnis besser als der Median erzielt wurde. Andere Werte für den Zuschlagsindex sind analog zu interpretieren.

Dabei wird für 22 Krankenhausstandorte mit Leistungsbereichen mit mehr als 40 Fällen ein Indexwert für Zuschläge ermittelt. Hier werden Werte zwischen 0,028 und 0,670 erreicht, wobei 11 Krankenhäuser ein Ergebnis besser als 0,306 erreichen. Die Ergebnisse für die einzelnen Krankenhausstandorte sind in Abbildung 29 dargestellt.

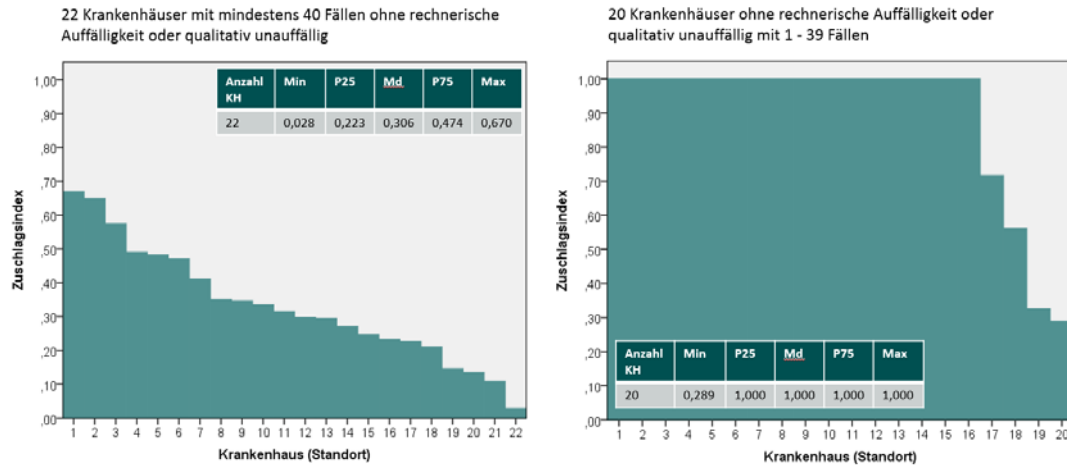


Abbildung 29: Ergebnisse des Zuschlagsindex für Zuschläge Z_k nach Strukturierten Dialog. Die Darstellung erfolgt getrennt für Krankenhäuser mit Fallzahlen ≥ 40 und < 40

9 Verfahrensumsetzung

Die Verfahrensumsetzung stellt eine Weiterentwicklung der etablierten Vorgehensweise der QSKH-Richtlinie dar und greift auch Elemente des Verfahrens Planungsrelevanter Qualitätsindikatoren auf. Dies entspricht den Anforderungen, die die neuen, regulativen Verfahren an die externen Qualitätsvergleiche stellen. Dieser erste Schritt der Qualitätszu- und -abschläge ist auf die Qualitätsindikatoren der EsQS beschränkt, so dass er auf einem fachlichen Terrain startet, in dem bereits langjährige Erfahrung vorliegt. Die vorgeschlagene Verfahrensumsetzung versucht entsprechend, Bewährtes und Neues zu kombinieren.

9.1 Übersicht über den Verfahrensablauf

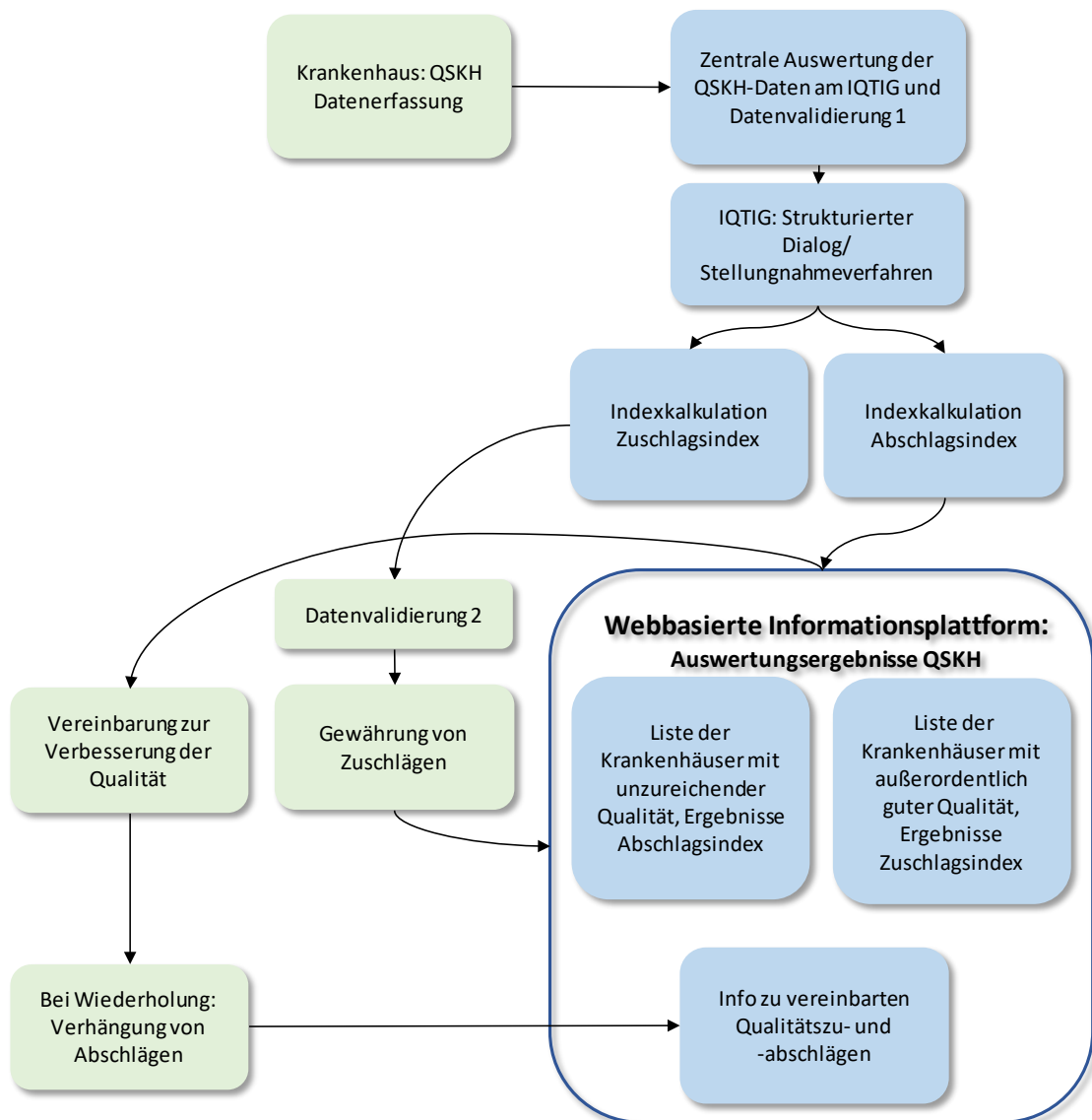


Abbildung 30: Übersicht zum Verfahrensablauf Qualitätszu- und -abschläge

Der Verfahrensablauf gliedert sich in die Schritte:

- Datenerfassung in den Krankenhäusern
- Bereitstellung der notwendigen Informationen für die Auswertungen und das Stellungnahmeverfahren durch die auf Landesebene beauftragten Stellen (Pseudonymzuordnung, Standortzuordnungen etc.)
- Einheitliche Auswertung durch das IQTIG und Rückmeldung der Auswertungen an die Leistungserbringer über die auf Landesebene beauftragten Stellen
- Bereitstellung relevanter Informationen der auf Landesebene beauftragten Stellen zu rechnerisch auffälligen Einrichtungen (z.B. Ergebnisse des bisherigen Strukturierten Dialogs)
- Qualitative Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse und der Ergebnisse der Datenvalidierung in einem zentral am IQTIG durchgeführten Stellungnahmeverfahren (*direktes* und *indirektes* Verfahren), das den Leistungserbringern die Möglichkeit zur Stellungnahme gibt. In das Bewertungsverfahren ist eine Fachkommission nach dem Vorbild der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf Bundesebene involviert.
- Im Falle des *indirekten* Verfahrens: Rückmeldung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens an die auf Landesebene beauftragten Stellen zu Einleitung weiterer qualitätsfördernder Maßnahmen auf Landesebene (kollegialer Dialog etc.).
- Berechnung der einrichtungsbezogenen Zuschlagsindizes und Abschlagsindizes und Rückmeldung an die Leistungserbringer.
- Bereitstellung der Indexergebnisse für die Vertragspartner nach § 11 KHEntgG in Form einer webbasierten Informationsplattform
- Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse inkl. der Index-Ergebnisse
- Vereinbarung zur Mängelbehebung mit auffälligen Krankenhäusern innerhalb des Bewährungsjahres
- Verhängung von Abschlägen und Gewährung von Zuschlägen
- Veröffentlichung der Informationen zu den erteilten Qualitätszu- und -abschlägen
- Regelmäßige Rückmeldung des IQTIG an die Vertragspartner auf Landesebene, ob von Seiten des IQTIG bei Einrichtungen, die ein Bewährungsjahr, Abschläge oder Zuschläge erhalten haben, die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen noch vorliegen, d.h. ob ein zuvor festgestellter Qualitätsmangel offensichtlich behoben wurde, ob er noch weiterbesteht oder ob die Einstufung als zuschlagswürdige Einrichtung wegen schlechterer Ergebnisse wieder zurückgenommen werden muss.

9.2 Anlehnung an die QSKH-Richtlinie

Im Rahmen dieses ersten G-BA-Auftrags zum Verfahren Qualitätszu- und -abschläge werden ausschließlich Qualitätsindikatoren der esQS einbezogen. Die verfahrenstechnischen Aspekte nutzen daher die Datenflüsse und Gegebenheiten der QSKH-Richtlinie, um den Aufwand für alle Beteiligten so gering wie möglich zu halten. Aus Sicht des IQTIG kann das bisherige Verfahren, wenn es an einigen Stellen angepasst wird, die Bedarfe, die durch die Einführung von Qualitätszu- und -abschläge entstehen, gut bedienen. Allerdings muss dabei beachtet werden, dass an einigen Stellen Weiterentwicklungen, Vereinheitlichungen und mehr Transparenz erforder-

lich sind. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, dass zukünftig die neue Rahmenrichtlinie *Datengestützte Qualitätssicherung* einige Vorgehensweisen, insbesondere die Datenvalidierung, den Strukturierten Dialog und die Arbeit der Bundesfachgruppen, neu festlegen wird. Diese sollen übernommen werden, sofern die Regelungen des Verfahrens *Qualitätszu- und -abschläge* nichts Spezifischeres vorsehen.

9.3 Datenvalidierungskonzept

Die im Zusammenhang von Qualitätszu- und -abschlägen verwendete QS-Dokumentation muss wegen der ggf. eintretenden finanziellen Folgen auf jeden Fall einer intensiveren Datenvalidierung unterliegen. Es werden hierfür zwei Datenvalidierungsanlässe vorgeschlagen, bei denen jeweils ein Abgleich mit der Patientenakte vorgenommen werden soll.

Das IQTIG verweist hinsichtlich der Datenvalidierung im Sinne einer einheitlichen Vorgehensweise darauf, dass sich die Datenvalidierung im Verfahren Qualitätszu- und -abschläge nach den zukünftig im Rahmen der QSKH-Richtlinie und der Qesü-Richtlinie vorgesehenen Regelungen richtet, die aktuell (bis zum 31. Januar 2018) vom IQTIG erarbeitet werden. Auch die geplante MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie des G-BA kann ggf. Einfluss auf die konkrete Durchführung der Datenvalidierung haben. Desweiteren wird ein Auftrag des G-BA zu § 9 (Datenvalidierung) der QSKH-Richtlinie erwartet, der bis zum 31. Mai 2018 zu bearbeiten wäre.

9.3.1 Stichprobenverfahren (Datenvalidierung 1)

Der für Qualitätszu- und -abschläge ausgewählte Leistungsbereich fällt automatisch immer unter das Stichprobenverfahren zur Datenvalidierung, bei dem jeweils 20 zufällig ausgewählte Fälle in 5 % zufällig ausgewählter Krankenhäuser geprüft werden (genaues Procedere vergl. Verfahrenshandbuch (IQTIG 2017f)). Dieses Stichprobenverfahren soll im Leistungsbereich für Qualitätszu- und -abschläge jährlich durchgeführt werden. Im Rahmen einer Beauftragung durch den G-BA (G-BA 2017b) entwickelt das IQTIG aktuell ein einheitliches Datenvalidierungsverfahren für die QSKH-Richtlinie und die Qesü-Richtlinie (Fertigstellung des Konzepts ist zum 31. Januar 2018 geplant). Das Stichprobenverfahren wird entsprechend dem zu entwickelnden Konzept und ggf. unter Berücksichtigung der neuen MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie ausgestaltet sein und umgesetzt werden.

Die Datenvalidierung 1 dient der Beschreibung der Datenqualität im ausgewählten Verfahren. Die Berichterstattung ist derzeit nicht einrichtungsbezogen. Es wird aber im Rahmen des Auftrags zur Erstellung eines Datenvalidierungskonzepts vom IQTIG geprüft, für welche Konstellationen eine leistungserbringerbezogene Bewertung der Datenqualität zukünftig durchgeführt werden soll. Eine solche einrichtungsbezogene Bewertung der Datenqualität ist für das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge erforderlich, um die Datenqualität selbst als Qualitätskriterium in das Verfahren einbeziehen zu können. Hier wäre z.B. ein *Sonderabschlag* bei wiederholter schlechter Datenqualität zu erwägen.

9.3.2 Zusätzliche Datenvalidierung (Datenvalidierung 2)

Die zusätzliche Datenvalidierung betrifft eine große Stichprobe aller Krankenhäuser, für die ein Zuschlagsindex berechnet wurde. Die beauftragte Stelle auf Landesebene kann diese Datenvalidierung selbst durchführen, sofern sie das Recht auf Einsicht in Patientenakten hat, oder eine Institution, die dieses Recht durch entsprechende Regelungen hat, mit der Vor-Ort-Datenvalidierung beauftragen.

Es wird die Korrektheit der Dokumentation anhand einer Stichprobe von Fällen geprüft, wobei es um alle Datenfelder geht, die für die Indikatoren für Qualitätszuschläge relevant sind. Vorgeschlagen wird - vorbehaltlich einer Prüfung der Machbarkeit im Realbetrieb - eine Datenvalidierung bei 50 % der „zuschlagswürdigen“ Einrichtungen, mindestens aber bei 20 KH durchzuführen. Die Ergebnisse der Datenvalidierung 2 werden einrichtungsbezogen an das IQTIG übermittelt. Eine als *unzureichend* eingestufte Datenqualität wird bei der Indexberechnung genauso behandelt wie ein qualitativ auffälliges Indikatorendergebnis und führt zur Neuberechnung der Indizes. Die genaue Spezifikation einer *unzureichenden* Dokumentation wird im bereits erwähnten Datenvalidierungskonzept mit Abgabetermin 31. Januar 2018 erfolgen. Es ist geboten, die Bedeutung von Dokumentationsfehlern dahingehend zu kategorisieren, wie sehr sie das gemessene Ergebnis beeinflussen und wie schwerwiegend sie sind, da der Schweregrad der Auswirkungen einer Fehldokumentation (z. B. keine Erfassung eines Todesfalls vs. fehlerhafte Erfassung der Größe) sehr unterschiedlich sein kann. Da darüber hinaus die Bedeutung der einzelnen Datenfelder für die verschiedenen Indikatoren unterschiedlich sein kann, ist voraussichtlich eine Indikator-bezogene Kategorisierung für jeden Indikator zu entwickeln und festzulegen.

Die Neuberechnung der Indizes findet wiederum auf der Basis der qualitativen Auffälligkeit statt. Für eine Neuberechnung der Indikatorendergebnisse auf der Basis korrigierter Datenfelder besteht also keine Notwendigkeit. Eine solche Neuberechnung wäre auch nicht möglich, da zwar alle betroffenen Einrichtungen und alle relevanten Datenfelder, aber nicht alle Fälle geprüft werden können (Stichprobe) und somit keine ausreichende Datengrundlage für eine Neuberechnung des Indikatorendergebnisses vorliegt. Über die Ergebnisse der neu berechneten Indizes werden sowohl die Einrichtungen als auch die auf Landesebene beauftragten Stellen informiert.

9.4 Stellungnahmeverfahren/Strukturierter Dialog

Der bisherige Strukturierte Dialog der EsQS beinhaltet zwei Teile: einen bewertenden Teil und einen Teil, in dem es mehr um die Qualitätsförderung von Abteilungen geht, z.B. durch kollegialen Dialog. Ein Vergleich der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs der einzelnen Bundesländer lässt erkennen, dass die Bewertungen der Krankenhausergebnisse in den einzelnen Landeseinrichtungen sehr unterschiedlich durchgeführt werden. Aber gerade die Qualitätsbewertung ist ein Kernelement der Qualitätszu- und -abschläge, das höchster Nachvollziehbarkeit, Zuverlässigkeit, Einheitlichkeit und Transparenz bedarf. Nur so kann das Verfahren sowohl im Hinblick auf die Belange der Patientinnen und Patienten als auch hinsichtlich eines gerechten Ablaufs gegenüber den Einrichtungen kritisch und fair durchgeführt werden.

Für die Qualitätszu- und -abschläge ist daher eine Neustrukturierung der Qualitätsbewertung im Sinne eines *Stellungnahmeverfahrens* erforderlich, wie es bereits bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren angewandt wird. Dies gilt umso mehr, wenn es sich um ein indirektes QS-Verfahren handelt, bei dem der Strukturierte Dialog derzeit noch von den auf Landesebene beauftragten Stellen sehr unterschiedlich durchgeführt wird. Die Bewertung der Versorgungsqualität für Qualitätszu- und -abschläge soll daher zumindest vorübergehend in der neuen Form durch das IQTIG eingeführt werden. Dabei soll es durch die Landesebene in Form von Fachkommissionen unterstützt werden. Sobald die auf Landesebene beauftragten Stellen die Kapazität haben, die Qualitätsbewertung im neuen Format durchzuführen, sollen sie stückweise diese Aufgabe wieder übertragen bekommen (siehe Abschnitt 9.5.2).

Die Bezeichnung *Stellungnahmeverfahren* wird in Anlehnung an die Vorgehensweise bei plan.QI in diesem Bericht für die vorübergehende Durchführung der qualitativen Bewertung im *indirekten* Leistungsbereich verwendet.

9.4.1 Ziel des Stellungnahmeverfahrens

Die statistischen Ergebnisse der Indikatorenauswertung führen regelmäßig zu rechnerischen Auffälligkeiten, d.h. die Ergebnisse liegen außerhalb des definierten Referenzbereichs. Nicht in allen Fällen belegen solche auffälligen Ergebnisse bereits qualitative Mängel in der Patientenversorgung. Betroffenen Einrichtungen wird Gelegenheit gegeben, darzulegen, dass trotz des rechnerischen Ergebnisses kein Qualitätsproblem in der Versorgung der Patienten vorgelegen hat. Es geht um die fachliche Bewertung der Patientenversorgung im zurückliegenden Erfassungsjahr, nicht um die generelle oder künftig zu erwartende Kompetenz einer Einrichtung. Weiterhin geht es auch nicht um die letztliche Klärung von Verschulden oder Nicht-Verschulden. Dafür gibt es genügend Möglichkeiten und ausreichend Zeit der Bewährung, falls unglückliche Umstände ohne Verschulden des Krankenhauses zu auffälligen Ergebnissen führten.

Die Kriterien der Bewertung und die Gründe, die zur Bewertung führen, dass trotz rechnerischer Auffälligkeit bei einer Einrichtung kein Qualitätsproblem vorliegt, sollen nachvollziehbar und transparent dokumentiert werden.

9.4.2 Bewertungsverlauf

- 1) Bei Vorliegen einer rechnerischen Auffälligkeit wird zunächst geprüft, ob die Einrichtung in den letzten drei Jahren erstmals in diesem Indikator auffällig ist (siehe Abbildung 31). Falls nein → 3.
- 2) Falls ja wird geprüft, ob es sich um einen schwerwiegenden Qualitätsaspekt handelt, z.B. einen Ergebnisindikator mit vitaler Bedeutung für die Patienten oder ein wiederholter Sentinel Event ($n > 1$). Hierfür wird für alle Indikatoren des ausgewählten Leistungsbereichs im Vorfeld die geprüft und festgelegt, ob der jeweilige Indikator einen solchen schwerwiegenden Qualitätsaspekt abbildet. Liegt eine *erstmalige Auffälligkeit* in einem solchen Indikator vor, dann erfolgt eine eingehende Analyse. Falls es sich um einen weniger schwerwiegenden Qualitätsaspekt handelt, so gilt die Einrichtung ohne weitere Analyse als erstmals auffällig und es erfolgt eine Kontrolle im Folgejahr. Da es häufig vorkommt, dass Einrichtungen bei

einzelnen Indikatoren erstmals und meist dann auch nur einmalig rechnerisch auffällig werden, wird eine einmalige Auffälligkeit als unproblematisch angesehen, sofern sie innerhalb der zu vereinbarenden Bewährungsfrist behoben wird. Die Einrichtung muss hierzu keine Stellungnahme abzugeben, kann dies ggf. aber tun. Durch diese einfache Handhabung der *unkomplizierten erstmaligen Auffälligkeit* kann sehr viel unnötiger Aufwand bei allen Beteiligten vermieden werden. Die Ressourcen stehen zur Fokussierung von wiederholten Auffälligkeiten oder von schwerwiegenden ersten Auffälligkeiten zur Verfügung.

Für die Indexberechnung wird die *erstmalige Auffälligkeit* genauso behandelt wie eine *qualitative* Auffälligkeit, da keine Zuschläge vergeben werden können, wenn keine weitere Problemanalyse erfolgte. Da aber ohnehin ein Bewährungsjahr (erstes Jahr nach der Auffälligkeit) vorgesehen ist, führt die *erstmalige Auffälligkeit* vorerst nicht zu Sanktionen, jedoch zu einer deutlichen Verkürzung des Strukturierten Dialogs im ersten Jahr.

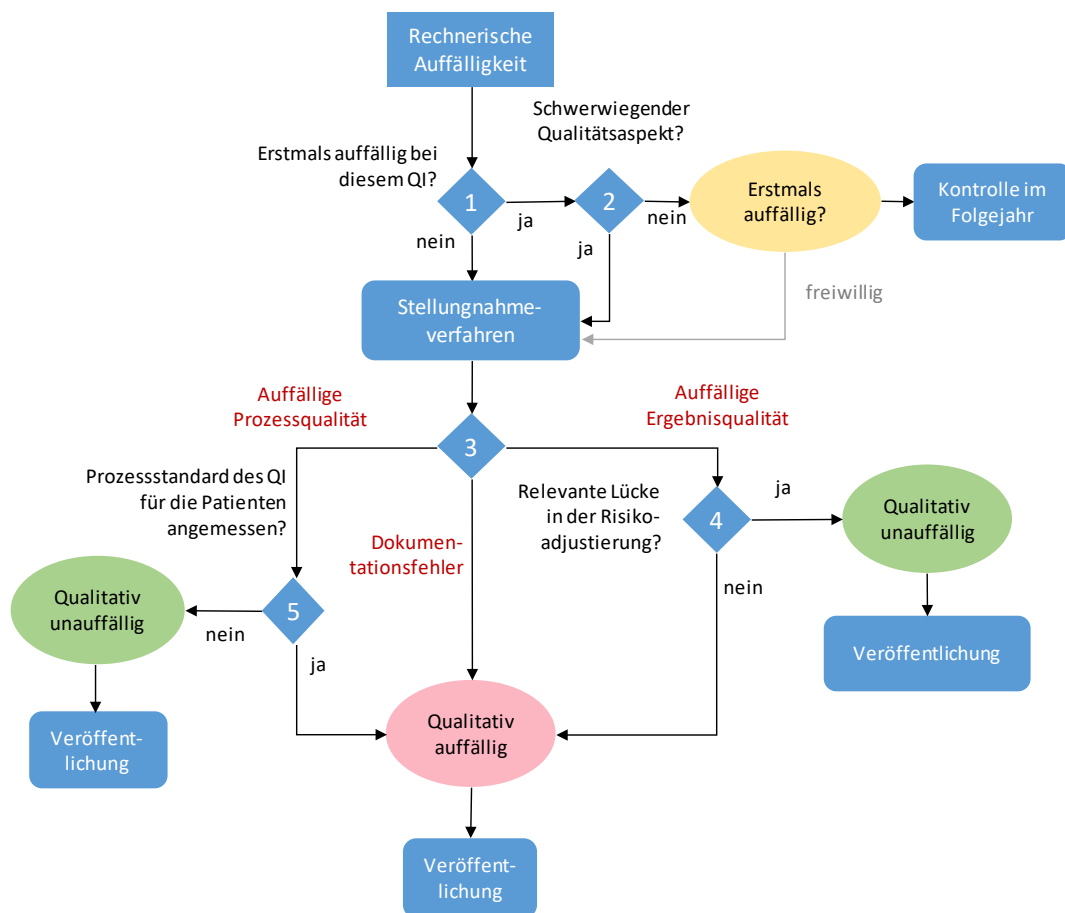


Abbildung 31: Ablauf der Bewertung einer rechnerischen Auffälligkeit

- 3) In der weiteren Analyse wiederholter Auffälligkeiten wird unterschieden, ob es sich um ein Dokumentationsproblem, um einen Prozessindikator oder um einen Ergebnisindikator handelt. Bei *unzureichender Dokumentation* gilt die Einrichtung als *qualitativ auffällig*. Hierbei ist zu beachten, dass - anders als beim bisherigen Strukturierten Dialog - eine Einrichtung

nach *erstmaliger Auffälligkeit* durch die dann zu schließende Vereinbarung prospektiv ein ganzes Jahr Zeit zur Verbesserung hat. Dadurch sollten vorübergehende Probleme wie Unterbrechungen im Personalbestand, Systemumstellungen o.ä. lösbar sein. Ist dies nicht der Fall, so ist ein auffälliger Mangel festzustellen, unabhängig davon, ob der Mangel nun extern oder intern verursacht ist. Besonders bei Prozess- oder Ergebnismängeln gilt es festzustellen, ob ein patientenrelevanter Mangel während der gesetzlich festgelegten Bewährungszeit von einem Jahr behoben werden konnte oder nicht. Wenn die Kompetenzen einer Einrichtung hierzu nicht ausreichen, so muss in jedem Fall ein Mangel angenommen werden, es sei denn, dass bei Prozess- oder Ergebnisindikatoren aufgrund besonderer Umstände schon primär kein Qualitätsmangel vorliegt.

Die Einrichtung hat anhand der im Folgenden dargestellten Fragen innerhalb einer Frist von drei Wochen Gelegenheit nachzuweisen, dass die rechnerische Auffälligkeit keinem Qualitätsmangel entspricht. Gibt sie innerhalb der gesetzten Frist keine Stellungnahme ab oder wird ihre Stellungnahme von der beratenden Fachkommission (siehe Abschnitt 9.4.3) und dem IQTIG als ungenügend eingestuft, so wird sie als *qualitativ auffällig* eingestuft. Eine Stellungnahme wird als ungenügend angesehen, wenn sie keine fachlich nachvollziehbare, valide Argumentation zur Anfrage vorbringt. Insbesondere gelten episodische Darstellungen sowie Einzelepikrisen als ungenügend, sofern nicht explizit solche angefordert worden waren. Solche Einzelereignisse werden bereits durch die Risikoadjustierung abgefangen. Stellungnahmen, die identifizierende Merkmale von Patienten (z.B. Name und Geburtsdatum) enthalten, werden wegen datenschutzrechtlicher Unzulässigkeit sofort gelöscht und gelten als nicht abgegeben. Der Einrichtung wird hierzu berichtet. Die Frist zur Stellungnahme verlängert sich durch nicht.

- 4) Bei rechnerischer Auffälligkeit im Bereich der Ergebnisqualität ist von der Einrichtung darzulegen, dass die vom IQTIG angewandte und publizierte Methode der Risikoadjustierung für die spezifische Konstellation ihrer Patienten nicht ausreicht und dass bei Korrektur des Modells im Sinne einer Erweiterung der abgebildeten Risikofaktoren ein Ergebnis innerhalb des Referenzbereichs zu erwarten wäre. Die Auflistung einzelner Falldarstellungen reicht nicht aus, um diesen Nachweis zu erbringen, da mit der Risikoadjustierung und mit der Möglichkeit des Bewährungsjahres zufällig ungünstige Konstellationen bereits abgefangen werden.
- 5) Bei rechnerischer Auffälligkeit im Bereich der Prozessqualität ist von der Einrichtung darzulegen, dass die Anwendung des durch den Indikator geforderten Prozessesstands bei den Patienten der Einrichtung nicht angemessen oder sogar schädlich gewesen wäre. Die Schilderung akzidentellen Auslassens erforderlicher Prozessschritte mit der Zusicherung, diese künftig zuverlässig anzuwenden, kann kein Grund sein, die Versorgung der Patienten im zu bewertenden Zeitraum als mängelfrei darzustellen. Aber auch hier gibt es ja die Möglichkeit, im Rahmen des Bewährungsjahrs die unkomplizierte erste Auffälligkeit wieder zu korrigieren.

Die von den Einrichtungen vorgebrachten Argumente und Belege, dass trotz rechnerischer Auffälligkeit kein Qualitätsmangel vorliegt, werden der zuständigen Fachkommission zur Beratung vorgelegt. Wird eine rechnerisch auffällige Einrichtung als qualitativ unauffällig eingestuft, so wird die Begründung hierzu nachvollziehbar veröffentlicht.

Im Ausnahmefall kann die für das Stellungnahmeverfahren verantwortliche Stelle (hier das IQTIG) eine Vorort-Begehung zur Klärung wesentlicher Sachverhalte durchführen oder ggf. von der auf Landesebene beauftragten Stelle durchführen lassen. Ein Anrecht der Einrichtung auf Begehung oder kollegialen Dialog besteht nicht.

Bei Einrichtungen, die aufgrund ihres besonderen Versorgungsspektrums in den Indikatoren auffällig werden, ohne dass ein Qualitätsmangel vorliegt, ist dies in den Folgejahren angemessen zu berücksichtigen. Ggf. kann eine Anfrage bei wiederholter, aber gut erklärbarer Auffälligkeit z.B. wegen bekannter Spezialisierung einer Einrichtung gänzlich entfallen.

Stellt sich im Stellungnahmeverfahren heraus, dass sich eine Einrichtung durch Mängel der Dokumentation der Bewertung der Versorgungsqualität entzieht, so ist sie als qualitativ auffällig einzustufen, da die Einrichtungen zur Qualitätstransparenz verpflichtet sind.

Nach Feststellung qualitativer Mängel liegt es in der Verantwortung der auf Landesebene beauftragten Stelle, entsprechende Fördermaßnahmen wie kollegialer Dialog oder ähnliches durchzuführen.

Ob ein Qualitätsindikator einen *schwerwiegenden Qualitätsaspekt* abbildet, muss aus Sicht des IQTIG für die meisten der Indikatoren jeweils einzeln geprüft werden. Das IQTIG sieht diese Einstufung als Teil des Weiterentwicklungsauftrags für den Strukturierten Dialog an. Es wird davon ausgegangen, dass eine *unkomplizierte erstmalige Auffälligkeit* vorliegt, wenn (a) eine Einrichtung erstmals in einem Indikator rechnerisch auffällig ist, der keinen schwerwiegenden Qualitätsaspekt abbildet, und (b) wenn die Einrichtung nicht von der Möglichkeit der freiwilligen Stellungnahme Gebrauch macht, weil sie davon ausgeht, dass sie im Folgejahr (wieder) unauffällig ist. Tritt eine wiederholte rechnerische Auffälligkeit auf, wird diese im Stellungnahmeverfahren geklärt.

9.4.3 Fachkommission

Zur fachlichen Beratung zieht das IQTIG eine Fachkommission hinzu, die entsprechend den Regeln der Fachkommissionen bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gebildet wird und arbeitet. Die Fachkommission berät das IQTIG insbesondere in der Bewertung der Stellungnahmen für die Einstufung der rechnerisch auffälligen Einrichtungen als qualitativ auffällig oder unauffällig. Der Einbezug der Länder soll analog zu plan.QI über einen Expertenpool erfolgen. Eine Übernahme der Regelungen aus der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist möglich und würde für eine gewisse Einheitlichkeit sorgen.

9.4.4 Weiteres Vorgehen

Grundlage der Qualitätsbewertung für Qualitätszu- und -abschläge sind die qualitativen Auffälligkeiten (siehe Kapitel 7). Durch den Strukturierten Dialog kann eine Einrichtung bei Vorliegen

entsprechender Gründe sein Ergebnis im Zuschlagsindex oder im Abschlagsindex verbessern. Eine Verbesserung im Zuschlagsindex ist durch eine Ergebniskorrektur dann nicht möglich, wenn die Korrekturbedürftigkeit als Folge eines Dokumentationsfehlers zustande kam.

Die Einstufungskategorien sind ggf. anzupassen, da die bisher im Strukturierten Dialog eingesetzten Einstufungen nicht in allen Punkten für das geplante Stellungnahmeverfahren im Verfahren Qualitätszu- und -abschläge verwendbar sind. Die Überarbeitungsnotwendigkeit wurde insbesondere im Rahmen der für diesen Abschlussbericht zusätzlich durchgeführten Modellrechnung zum Abschlags- und zum Zuschlagsindex nach strukturiertem Dialog (siehe Abschnitt 8.5) deutlich.

Die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens ist zeitlich zu straffen. Damit die Erstberechnungen der Indizes für die Qualitätszu- und -abschläge bis zum 31. August abgeschlossen werden können, müssen die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens für die Qualitätszu- und -abschläge bis zum 1. August des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres erfolgen. Durch eine Umstellung der jeweiligen Verfahren auf das Entlassdatum als zeitlichem Zuordnungskriterium sowie weitere Zeiteinsparmöglichkeiten im Datenfluss wird dies als machbar angesehen (zu den zeitlichen Abläufen des Verfahrens siehe Abschnitt 9.6).

Die zeitliche Straffung betrifft nur Leistungsbereiche, die ohne Sozialdaten auskommen. Wenn ohnehin auf die Sozialdaten gewartet werden muss, kann der bisherige Verfahrensablauf beibehalten werden, d.h. eine vorgezogene Auswertung mit frühzeitigem Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (wie im Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur*) wäre nicht zielführend, weil die Daten für die Berechnung der 30-Tage-Mortalität erst mit Verzögerung vollständig zur Verfügung stehen. Wann genau die Daten zur 30-Tage-Mortalität zu Verfügung stehen, kann derzeit nur abgeschätzt werden. Voraussetzung ist aber, dass den Krankenkassen der Indexeingriff bekannt ist, da ansonsten die Zuordnung eines Krankenhausfalls zu den herzchirurgischen Leistungsbereichen nicht möglich ist. Der Indexeingriff ist allerdings erst mit Abschluss der Abrechnung (ggf. nach MDK-Prüfung) den Krankenkassen mit ausreichender Sicherheit bekannt. Die Prüfungsvorgänge bei den Kassen nehmen häufig mehrere Monate in Anspruch. Es ist also davon auszugehen, dass die Daten zur 30-Tage-Mortalität am 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres nicht für das gesamte Erfassungsjahr, sondern höchstens für die ersten beiden Quartale vollständig zur Verfügung stehen.

9.5 Aufgaben, Akteure und zeitlicher Ablauf

In diesem Abschnitt werden den Akteuren die Prozesse innerhalb des Verfahrens zu Qualitätszu- und -abschlägen zugeordnet. Zudem sind in diesem Abschnitt Angaben zu den zeitlichen Abläufen des Verfahrens eingefügt.

Details des Verfahrens nach QSKH-Richtlinie, die hier nicht beschrieben sind, können in der Richtlinie zum Verfahren und im Verfahrenshandbuch des IQTIG (IQTIG 2017f) nachgelesen werden.

9.5.1 Aufgaben der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser erfassen die Daten zu den für Qualitätszu- und -abschläge relevanten Indikatoren im Rahmen der esQS. Dies erfolgt gemäß QSKH-Richtlinie im Rahmen von § 299 SGB V, sodass auf Seiten der Krankenhäuser kein zusätzlicher Aufwand zur Datenerfassung bzw. Dokumentation anfällt. Die Datenlieferung erfolgt kontinuierlich, jedoch abschließend bis spätestens zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres.

9.5.2 Aufgaben der auf Landesebene beauftragten Stellen

Da sich im Zusammenhang mit der Rahmenrichtlinie *datengestützte Qualitätssicherung* (siehe auch Abschnitt 3.3.2) auch Änderungen in der Zuständigkeit verschiedener Gremien ergeben können (z.B. LQS/LAG) wird hier die Bezeichnung *auf Landesebene beauftragte Stelle* verwendet.

Datenannahme

Die Datenannahme sowie die Übersendung der Rückmeldeberichte an die Einrichtungen erfolgt durch die jeweils für das Verfahren zuständige/beauftragte Datenannahmestelle (DAS) gemäß QSKH-Richtlinie. Es ist keine gesonderte Erhebung von QS-Daten geplant, sondern es werden die durch die Krankenhäuser nach der QSKH-Richtlinie auf Basis von § 299 Abs. 1 SGB V erhobenen Daten verwendet.

Das IQTIG schlägt vor, dass die Leistungsbereiche mit Indikatoren für Qualitätszu- und -abschläge hinsichtlich der dokumentationspflichtigen Fälle ab 1. Januar 2019 auf das Entlassdatum umgestellt werden.

Stellungnahmeverfahren und Strukturierter Dialog

Das IQTIG schlägt vor, dass in der ersten Umsetzungsphase der Qualitätszu- und -abschläge das Stellungnahmeverfahren zentral beim IQTIG durchgeführt wird, während für die qualitätsfördernden Anteile ggf. weiterhin die beauftragten Stellen auf Landesebene zuständig sind. Die Qualitätsförderung z.B. durch kollegialen Dialog, Lernen von den Besten, Fehleranalysen etc. kann praktisch nur vor Ort im jeweiligen Bundesland durchgeführt werden.

Wenn sich dann einzelne Landesstellen ggf. sektorenübergreifend neu formiert haben und über entsprechende Kapazitäten verfügen, kann und soll das Bewertungsverfahren in einem strukturierten Prozess an diese zurückgegeben werden. Schließlich wird auf Dauer kein bundeszentrales Bewertungsverfahren für eine größere Anzahl an QS-Verfahren sinnvoll realisierbar sein. Jetzt soll erst einmal zentral die neue Vorgehensweise eingeführt und erprobt werden (siehe Abschnitt 9.4), dann soll ein neues Zusammenwirken von Bundes- und Landesebene bei Stellungnahmeverfahren und Strukturiertem Dialog etabliert werden.

Bei Versorgungsbereichen, die den direkten Leistungsbereichen zuzuordnen sind, erfüllt das IQTIG gleichzeitig die Funktion der bewertenden Einrichtung und der qualitätsfördernden Institution.

Die auf Landesebene beauftragten Stellen erhalten die Ergebnisse der Auswertungen und deren Bewertung im Stellungnahmeverfahren durch das IQTIG zeitnah (bis zum 15.8.) zur Verfügung gestellt und sind für die indirekten Verfahren weiterhin für die Qualitätsförderung der Einrichtungen im Sinne des klassischen Strukturierten Dialogs (ausgenommen die Bewertung) verantwortlich.

Datenvalidierung

Die Datenvalidierung gliedert sich in zwei Stufen.

Datenvalidierung 1: Diese entspricht dem Datenvalidierungsverfahren der QSKH (Statistische Auffälligkeitskriterien bei allen Einrichtungen und Abgleich mit der Patientenakte vor Ort bei Zufallsstichproben) mit der Besonderheit, dass diese jährlich durchzuführen ist. Da die Datenvalidierung derzeit konzeptionell überarbeitet wird, sollen die je aktuellen Standards für die Datenvalidierung auch für die Qualitätszu- und -abschläge in entsprechender Weise gelten.

Datenvalidierung 2: Diese betrifft die Einrichtungen, für die ein Zuschlagsindex berechnet wurde. In dieser Datenvalidierung werden alle Datenfelder derjenigen Qualitätsindikatoren, die in den Zuschlagsindex unmittelbar eingehen, geprüft. Die auf Landesebene beauftragten Stellen führen die Datenvalidierung entweder selbst durch, wenn sie auf der Basis von Landesgesetzen das Recht auf direkte Akteneinsicht haben, oder beauftragen eine Institution, die dieses Recht auf entsprechender Rechtsgrundlage bereits besitzt, mit der Vor-Ort-Datenvalidierung. Die Ergebnisse der Datenvalidierung 2 werden von der auf Landesebene beauftragten Stelle an das IQTIG bis zum 30. September des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres übermittelt.

Übermittlung der Identifikationen

Sofern es sich beim betrachteten Versorgungsbereich um einen indirekten Leistungsbereich handelt und sofern die Daten mit Pseudonym an das IQTIG übermittelt wurden, senden die auf Landesebene beauftragten Stellen dem IQTIG bis spätestens 1. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres die IK-Nummern und Kontaktadressen der Einrichtungen, die den Pseudonym-Nummern zugrunde liegen.

9.5.3 Aufgaben des IQTIG

Bereitstellung von Rechenregeln

Das IQTIG schlägt jährlich prospektive Rechenregeln (inkl. Referenzbereiche der Indikatoren) als Grundlage für einen entsprechenden G-BA Beschluss für das Folgejahr bis spätestens Dezember des Vorjahres vor. Die Rechenregeln und Referenzbereiche werden zusammen mit dem Bericht des IQTIG zur Systempflege bis zum 30. September bereitgestellt.

Rückmeldung der Routineergebnisse

Die klassischen Einrichtungsauswertungen werden analog QSKH erstellt und an die Einrichtungen verschickt. Da das IQTIG kurz nach dem Einsendeschluss bereits selbst über den vollständigen Datenpool aller Krankenhäuser verfügt, kann es bereits im April den Krankenhäusern (bei

direkten Verfahren) oder den Einrichtungen auf Landesebene (bei *indirekten* Verfahren) die entsprechenden Auswertungen (Rückmeldeberichte) zur Verfügung stellen. Das IQTIG kann somit kurzfristig mit dem Stellungnahmeverfahren beginnen. Erst nachdem die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren vorliegen, werden die spezifischen Auswertungen für die Abschlags- und Zuschlagscores durchgeführt.

Stellungnahmeverfahren

Das Stellungnahmeverfahren zur Bewertung rechnerisch auffälliger Einrichtungsergebnisse im indirekten Verfahren und der gesamte Strukturierte Dialog im direkten Verfahren werden zentral durch das IQTIG durchgeführt. Dabei erhalten die rechnerisch auffälligen Krankenhäuser die Gelegenheit nachzuweisen, dass trotz rechnerisch auffälligem Indikatorergebnis kein Qualitätsmangel vorliegt. Die Kriterien und Ergebnisse der Bewertungen werden nachvollziehbar darlegt und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht (zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens siehe Abschnitt 9.4).

Berechnung der Indexergebnisse und Bundesauswertung der Indizes

Das IQTIG berechnet auf der Basis der Standardauswertungen, der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der Datenvalidierung 1 (siehe Abschnitt 9.3.1) für die einzelnen Einrichtungen die Indizes für Zu- und –abschläge bis zum 31. August. Nach Durchführung der Datenvalidierung 2 (siehe Abschnitt 9.3.2) berechnet das IQTIG die Indizes bis zum 30. September neu. Diese gestraffte Zeitschiene gilt nur für Verfahren ohne Sozialdaten. Wenn auf die Verfügbarkeit der Sozialdaten gewartet werden muss, ist eine Beschleunigung der Auswertungen nicht möglich.

Bereitstellung der Ergebnisse in einer webbasierten Informationsplattform

Das IQTIG macht die Auswertungsergebnisse zu den Indizes (Erst- und Nachberechnung) mittels webbasierter Informationsplattform (im Auftrag des G-BA) den Einrichtungen und den Krankenkassen/ Vertragspartnern zeitnah verfügbar.

Das IQTIG nimmt zweimal jährlich die einrichtungsbezogenen Informationen zu den Zuschlags- und Abschlagszuweisungen von den Vertragspartnern entgegen und pflegt diese in die internetzugängliche Datenplattform ein. Diese Information wird von den Krankenkassen auf Landesebene bereitgestellt. Das IQTIG schlägt vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen sich darüber einigen, wer die Statusmeldungen über die Qualitätszu- und -abschläge sammelt und quartalsweise elektronisch an das IQTIG übermittelt. Das IQTIG pflegt den jeweiligen aktuellen Stand der Qualitätszu- und -abschläge quartalsweise zu einem Stichtag ein. Neben den Vertragspartnern auf Landesebene erhalten auch die Landesplanungsbehörden Zugriff auf die Ergebnisse.

Datenvalidierung

In Leistungsbereichen, in denen Qualitätszu- und -abschläge vergeben werden, wird jährlich ein Datenvalidierungsverfahren mit statistischen Auffälligkeitskriterien für alle Einrichtungen sowie ein Datenabgleich anhand der Patientenakten in einem Stichprobenverfahren durchgeführt. Hierfür selektiert das IQTIG bis zum 15. April eine Zufallsstichprobe von mindestens 5 % der

Krankenhäuser und fordert die auf Landesebene beauftragten Stellen (z.B. LQS) auf, die Datenvalidierung für diese Stichprobe vorzunehmen oder zu veranlassen (Datenvalidierung 1, siehe auch 9.3.1). Dabei gelten die jeweils aktuell gültigen Regelungen für die Datenvalidierung und die Bewertung der Datenqualität. Das Konzept hierfür wird derzeit in einem gesonderten Verfahren überarbeitet.

Nach der Indexberechnung wird eine zusätzliche Datenvalidierung mit Datenabgleich vor Ort anhand der Patientenakten bei den Einrichtungen durchgeführt, für die ein Zuschlagsindex berechnet wurde. Die Fallnummern werden hierzu vom IQTIG an die mit der Datenvalidierung beauftragten Stellen übermittelt, die zur direkten Akteneinsicht berechtigt sein müssen (Datenvalidierung 2, siehe Abschnitt 0). Sofern es sich um ein direktes Verfahren handelt, initiiert das IQTIG selbst eine entsprechende Datenvalidierung.

Sollstatistik

Das IQTIG greift auf die Sollstatistik der Häuser im Rahmen des QSKH-Verfahrens zurück. Es wird ein Abgleich zwischen den gelieferten Datensätzen (Ist) und den erwarteten Datensätzen (Soll) vorgenommen. Die Zahl der erwarteten Datensätze ergibt sich aus den dokumentationspflichtigen abgerechneten Krankenhausfällen eines Verfahrensjahres, die im aktuellen Verfahrensjahr aufgenommen und bis 31. Januar des Folgejahres entlassen wurden. Das KHSG legt in § 137 Abs. 2 SGB V für die Dokumentationen im stationären Bereich gemäß den Richtlinien des G-BA eine Dokumentationsrate von 100 % für alle Leistungsbereiche fest. Im Rahmen der Konzepterstellung für die Datenvalidierung ist festzulegen, ab welchem Maß an Unvollständigkeit der Daten eine relevante Dokumentationsauffälligkeit vorliegt.

Systempflege für Qualitätszu- und -abschläge

Das IQTIG richtet analog zum Verfahren PlanQI ein beratendes Gremium zur Systempflege ein, das für alle Qualitätsindikatoren, die in das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge eingehen, methodische Fragen und Weiterentwicklungen diskutiert und klärt. In das Gremium werden medizinisch-fachliche Experten aus der Fachgruppe des ausgewählten Leistungsbereichs auf Bundesebene (2 durch GKV-SV, 2 durch DKG, 2 durch wissenschaftliche Fachgesellschaften, 1 durch BÄK und 1 durch DPfR bzw Pflegekammern benannt), Patientenvertreter aus den maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V (2) sowie Vertreter der QS-Strukturen auf Landesebene (1) benannt. Das IQTIG kann zusätzlich weitere Experten benennen. Dieses Gremium tagt jährlich, es berät das IQTIG in folgenden Themenbereichen:

- Interpretation der Ergebnisse aus den Stellungnahmeverfahren
- Weiterentwicklung des Stellungnahmeverfahrens
- Weiterentwicklung der Zusammenarbeit mit der Fachkommission / den Fachkommissionen
- Interpretation der Ergebnisse der Datenvalidierung und deren Weiterentwicklung
- Interpretation der Index-Ergebnisse
- Rückmeldung zum praktischen Umgang mit den Indexergebnissen
- Konsequenzen aus den vereinbarten Abschlägen und Zuschlägen
- Nützlichkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit des Verfahrens vor Ort

- Diskussion der Änderungsvorschläge des IQTIG
- Entwicklung und Weiterentwicklung der Indizes und Indikatoren (Spezifikationen, Rechenregeln, Referenzbereiche)
- Unterstützung des IQTIG bei der Verfassung fachlicher Berichte.

Das IQTIG erstellt jährlich für den G-BA einen Bericht zur Systempflege (inkl. prospektive Rechenregeln und Referenzbereiche der Indikatoren) bis zum 30. September. Dieser dient dem G-BA als Beratungs- und Entscheidungsgrundlage für die Beschlussfassung spätestens im Dezember zum Folgejahr.

Fachkommission

Die Fachkommission berät das IQTIG insbesondere in der Bewertung der Stellungnahmen für die Einstufung der rechnerisch auffälligen Einrichtungen als qualitativ auffällig oder unauffällig. Sie wird entsprechend den Regeln für die Fachkommissionen bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gebildet.

9.5.4 Aufgaben des G-BA

Der G-BA beschließt die prospektiven Rechenregeln und die Referenzwerte der Qualitätsindikatoren vor Beginn des Erfassungsjahres. Hierfür werden die notwendigen Unterlagen gemeinsam mit einem Bericht zu Vorschlägen zur Systempflege des Verfahrens *Qualitätszu- und -abschläge* am 30. September des Vorjahres dem G-BA vom IQTIG übermittelt.

Der G-BA regelt insbesondere auch das Zusammenspiel der interagierenden Richtlinien (Richtlinie datengestützte Qualitätssicherung, MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, QSKH-Richtlinie, Richtlinie zu Qualitätszu- und -abschlägen).

9.6 Zeitliche Abläufe

9.6.1 Zeitlicher Verfahrensablauf

Im Folgenden wird der zeitliche Ablauf des Verfahrens nochmals dargestellt. Die Darstellung erfolgt über mehrere Erfassungsjahre, um den u.a. die gesetzlich verankerten zeitlichen Vorgaben zu verdeutlichen.

Tabelle 24 listet diese zeitlichen Abläufen anhand von fünf exemplarischen Beispielen (Krankenhäuser KH A bis KH E) auf für einen Leistungsbereich ohne Sozialdaten. Detailschritte werden nur im ersten Jahr angegeben und bei den Folgejahren immer ohne erneute Nennung mitgeplant. Der Übersicht wegen werden allgemeine Maßnahmen wie z.B. Berichterstattung, Schulungen, Systempflege u.ä. nicht in der Tabelle erwähnt.

Tabelle 24: Mehrjährige Darstellung des Verfahrensablaufs

01.01.2019 bis 31.12.2019	Erstes Jahr der Datenerhebung für Qualitätszu- und -abschläge
01.02.2020	Mappingtabellen der Pseudonyme werden von den LQS an das IQTIG gesandt.
01.04.2020 – 15.05.2020 Auswertung und Stellungnahmeverfahren	<p>Das IQTIG stellt den Einrichtungen und den LQS/LAG die Jahresauswertungen zur Verfügung. Die Einrichtungen mit rechnerischen Auffälligkeiten haben drei Wochen Zeit zur Stellungnahme und erhalten hierzu allgemeine Hinweise vom IQTIG.</p> <p>KH A hat eine unkomplizierte erstmalige rechnerische Auffälligkeit, d.h. es betrifft einen Indikator, der ein Thema adressiert, dessen Auffälligkeit nicht zu den schwerwiegenden wie Tod oder Dauerschaden gehört. Es kann hierzu Stellung nehmen, verzichtet aber darauf, weil es davon ausgeht, dass im Folgejahr der Mangel behoben sein wird.</p> <p>KH B hat eine unkomplizierte erstmalige rechnerische Auffälligkeit, es gibt hierzu gegenüber dem IQTIG eine Stellungnahme ab.</p> <p>KH C hat eine relevante erstmalige rechnerische Auffälligkeit, d.h. es betrifft einen Indikator, der ein Thema adressiert, dessen Auffälligkeit auf einen schwerwiegenden Mangel hinweisen kann. KH C gibt hierzu gegenüber dem IQTIG eine Stellungnahme ab.</p> <p>KH D hat eine unkomplizierte erstmalige rechnerische Auffälligkeit, es gibt hierzu gegenüber dem IQTIG eine Stellungnahme ab.</p> <p>KH E hat keine rechnerische Auffälligkeit.</p>
15.04.2010 – 01.08.2020 Sichtung und Bewertung der Stellungnahmen	<p>Das IQTIG sichtet und bewertet die Stellungnahmen. Es lässt sich hierbei von der Fachkommission beraten, zunächst im schriftlichen Umlauf, dann mit einer Sitzung zur anonymisierten Beratung der schwer entscheidbaren Fälle.</p> <p>KH A wird ohne weitere Beratung eingestuft als unkomplizierte erste rechnerische Auffälligkeit.</p> <p>KH B: Die Stellungnahme des Krankenhauses weist auf ein Problem in der Krankenhausorganisation hin, das zum Versorgungsmangel geführt hat. Das Krankenhaus wird bezogen auf</p>

	<p>die Ergebnisse des Jahres 2019 als qualitativ auffällig eingestuft.</p> <p>KH C: Die Stellungnahme des Krankenhauses weist auf das Nicht-Einhalten eines Versorgungsstandards hin, das zum Versorgungsmangel geführt hat. Das Krankenhaus wird bezogen auf die Ergebnisse des Jahres 2019 als qualitativ auffällig eingestuft.</p> <p>KH D: Die Stellungnahme des Krankenhauses weist darauf hin, dass es sich um eine Abteilung mit Patienten handelt, bei denen besondere Risiken das auffallende Indikatorergebnis erklären. Das Krankenhaus wird als qualitativ unauffällig eingestuft und es wird vermerkt, dass in den Folgejahren bei ähnlicher Konstellation auf eine Stellungnahme der Einrichtung verzichtet werden kann, da deren besondere Situation bekannt und anerkannt ist.</p> <p>KH E: kein Handlungsbedarf</p>
<p>15.04.2020 – 15.07.2020 Datenvalidierung 1</p>	<p>Das IQTIG verschickt den LQS/LAG die Stichprobe an Einrichtungen und Fällen, für die die Datenvalidierung 1 durchgeführt werden soll.</p> <p><i>KH A ist in der Stichprobe für die Datenvalidierung 1.</i></p> <p><i>Bis 15.07.2020: Rückmeldung der LQS/LAG: Krankenhaus A hat keine relevante Dokumentationsabweichung.</i></p>
<p>15.07.2020 bis 15.08.2020 Mitteilung an die Landesebene 15.08.2020 bis 30.09.2020 Datenvalidierung 2</p>	<p>Fertigstellung der Mitteilung an die Landesebene einschließlich der Stichprobe für die Datenvalidierung 2:</p> <p>KH D: Das Krankenhaus hat keine qualitative Auffälligkeit und liegt mit mehr als der Hälfte der Indikatorergebnisse über dem Median. Es ist erfüllt somit die Vorbedingung für einen Zuschlag. Es wurde nicht mit der Stichprobe für die Datenvalidierung 2 ausgewählt.</p> <p>KH E: Das Krankenhaus hat keine qualitative Auffälligkeit, liegt aber mit keinem der Indikatorergebnisse über dem Median. Es erfüllt somit nicht alle Vorbedingungen für einen Zuschlag.</p> <p><i>Die Krankenhäuser A bis C haben entweder eine unkomplizierte erste Auffälligkeit oder eine qualitative Auffälligkeit und erfüllten daher nicht die Vorbedingung für einen Zuschlag.</i></p>
<p>15.08.2020 bis 30.09.2020</p>	<p>Berechnung des Abschlagsindex und des Zuschlagsindex für die entsprechenden Einrichtungen.</p>

	<p>KH A, KH B, KH C: Für diese Krankenhäuser wird ein Abschlagsindex berechnet.</p> <p>KH D: Für dieses Krankenhaus wird ein Zuschlagsindex berechnet.</p> <p>KH E: Für dieses Krankenhaus wird kein Index berechnet.</p>
30.9.2020 bis 31.12.2020	<p>Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG vereinbaren auf Landesebene mit den Krankenhäusern Zu- und Abschläge:</p> <p>KH A: Es wird festgestellt, dass unzureichende Qualität bei unkomplizierter erstmaliger Auffälligkeit vorliegt. Das Krankenhaus hat die Pflicht, innerhalb eines Jahres den Mangel zu beheben. In dieser Zeit wird kein Abschlag erhoben. Das Bewährungsjahr startet mit dem Tag der Vereinbarung, also beispielsweise von November 2020 bis November 2021.</p> <p>KH B und KH C: Es wird festgestellt, dass unzureichende Qualität bei qualitativer Auffälligkeit vorliegt. Beide Krankenhäuser haben die Pflicht, innerhalb eines Jahres den Mangel zu beheben. In dieser Zeit wird kein Abschlag erhoben. Das Bewährungsjahr startet mit dem Tag der Vereinbarung, also beispielsweise von Dezember 2020 bis Dezember 2021.</p> <p>KH D: Es wird ein Zuschlag für das Krankenhaus vereinbart.</p> <p>KH E: keine Vereinbarung erforderlich <Ende des Beispiels></p>
01.04.2021 – 15.08.2021 Auswertung, Datenvalidierung und Stellungnahmeverfahren zu den Daten des Jahres 2020	<p>Mitteilung der Ergebnisse an die Einrichtungen und Verantwortlichen auf Landesebene</p> <p>KH A: Die erstmalige rechnerische Auffälligkeit des Jahres 2019 liegt in der Auswertung des Jahres 2020 nicht mehr vor. Mitteilung an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG, dass die Voraussetzungen zur Erhebung eines Abschlags nicht mehr vorliegen. <Ende des Beispiels></p> <p>KH B und KH C: Die Auswertungen der beiden Krankenhäuser zeigen weiterhin die qualitativen Auffälligkeiten. Mitteilung an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG, dass die Voraussetzungen zur Erhebung eines Abschlags weiterhin vorliegen. Da beide Krankenhäuser noch bis Ende 2021 im Bewährungsjahr sind, erfolgt noch keine Erhebung eines Abschlags.</p> <p>KH D: Das Krankenhaus hat weiterhin keine qualitative Auffälligkeit und ist mit mehr als der Hälfte der Indikatorenergebnisse oberhalb des Medians. Mitteilung an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG, dass die Voraussetzungen für die</p>

	<i>Berechnung des Zuschlagsindex und zur Gewährung eines Zuschlags weiterhin vorliegen.</i>
01.04.2022 – 15.08.2022 Auswertung, Datenvalidierung und Stellungnahmeverfahren zu den Daten des Jahres 2021	<p>KH B und KH C: Die Auswertungen der beiden Krankenhäuser zeigen weiterhin die qualitativen Auffälligkeiten. Mitteilung an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG, dass die Voraussetzungen zur Erhebung eines Abschlags weiterhin vorliegen. Da beide Krankenhäuser im Bewährungsjahr 2021 die Qualitätsmängel nicht beheben konnten, wird bei beiden ein Abschlag in doppelter Höhe erhoben.</p> <p>KH D: Das Krankenhaus hat weiterhin keine qualitative Auffälligkeit, ist aber nicht mehr mit mehr als der Hälfte der Indikatorenergebnisse oberhalb des Medians. Mitteilung an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG, dass die Voraussetzungen zur Gewährung eines Zuschlags nicht mehr vorliegen. <Ende des Beispiels></p>
01.04.2023 – 15.08.2023 Auswertung, Datenvalidierung und Stellungnahmeverfahren zu den Daten des Jahres 2022	<p>KH B: Die Auswertungen zeigen, dass die qualitative Auffälligkeit behoben wurde. Mitteilung an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG, dass die Voraussetzungen zur Erhebung eines Abschlags nicht mehr vorliegen. <Ende des Beispiels></p> <p>KH C: Die Auswertungen zeigen, dass die qualitative Auffälligkeit noch nicht behoben wurde. Mitteilung an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG, dass die Voraussetzungen zur Berechnung des Abschlagsindex und zur Erhebung eines Abschlags weiter vorliegen. Prospektive Erhebung eines einfachen Abschlags für ein weiteres, zweites Jahr.</p>
01.04.2024 – 15.08.2024 Auswertung, Datenvalidierung und Stellungnahmeverfahren zu den Daten des Jahres 2023	<p>KH C: Die Auswertungen zeigen, dass die qualitative Auffälligkeit noch nicht behoben wurde. Mitteilung an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG, dass die Voraussetzungen zur Berechnung des Abschlagsindex und zur Erhebung eines Abschlags weiter vorliegen. Prospektive Erhebung eines einfachen Abschlags für ein weiteres, drittes Jahr.</p>
01.04.2025 – 15.08.2025 Auswertung, Datenvalidierung und Stellungnahmeverfahren zu den Daten des Jahres 2024	<p>KH C: Die Auswertungen zeigen, dass die qualitative Auffälligkeit noch nicht behoben wurde. Mitteilung an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG, dass der Qualitätsmangel fortbesteht, aber die gesetzliche Maximalzeit von drei Jahren für Abschläge ohne Mängelbehebung überschritten wurde und dass die gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen zur Unterbindung der weiteren Versorgung in diesem Leistungsbereich zu ergreifen sind. <Ende des Beispiels></p>

9.6.2 Auswertungsrhythmus

Die Auswertungen erfolgen jährlich. Da die Indexberechnungen nur auf der Basis der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens erfolgen können und das Stellungnahmeverfahren nur einmal jährlich stattfindet, sind Zwischenauswertungen nicht vorgesehen. Wenig hilfreich sind Zwischenauswertungen auch für Einrichtungen mit kleinen Fallzahlen, da diese bereits bei jährlicher Auswertung keine für eine valide Messung ausreichende Fallzahl erreichen.

9.7 Abgrenzung QZAb und plan.QI

In beiden Verfahren wird *unzureichende Qualität* definiert. Aufgrund der unterschiedlichen regulatorischen Konsequenzen variieren jedoch das Maß und das Messverfahren, nach dem *unzureichende Qualität* in den beiden Verfahren festgestellt wird. Beide Verfahren werden primär als voneinander unabhängig betrachtet. Andererseits entsprechen das stringente, zentrale Stellungnahmeverfahren, die Etablierung eines Systemgremiums sowie einer Fachkommission den Strukturen bei plan.QI. Während plan.QI in der ersten Phase eher der fokussierten Intervention bei aufsichtsrelevanten Qualitätsmängeln entspricht, ist es bei Qualitätszu- und -abschlägen ein Steuerungsinstrument, das bei einer größeren Anzahl von Krankenhäusern über einen längeren Zeitraum zu Qualitätsverbesserungen führen soll. Daher wird nicht die statistische Signifikanz als Selektionskriterium gewählt, da hierdurch sehr viele Einrichtungen ständig durch das Raster fallen würden, sowohl bei Zu- als auch bei Abschlägen. Die mildere Form der Negativfolgen, nämlich finanzieller Abschlag nach Bewährungsjahr, erlaubt auch Indexlösungen mit Indikatoren, die bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht schwerwiegend genug wären. Nach höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren mit Qualitätsabschlägen sind Krankenhäuser jedoch aus dem Krankenhausplan des Landes herauszunehmen (§8 Abs. 1b KHG). In der weiteren Entwicklung beider Verfahren ist jedoch vorstellbar, dass in den nächsten Entwicklungsschritten methodische Elemente aus dem jeweils anderen Verfahren übernommen werden, z.B. die Verwendung von Indizes im einem umfassenderen Konzept von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.

9.8 Berichtswesen

Das Berichtswesen im Rahmen von Qualitätszu- und -abschlägen umfasst die folgenden Elemente:

9.8.1 Nicht-öffentliche Berichterstattung:

- Informationen an die Krankenhäuser durch LQS/LAG oder IQTIG:
Die rechnerischen Auffälligkeiten zu den für Qualitätszu- und -abschläge relevanten Indikatoren sind den Jahresberichten für die Krankenhäuser zu entnehmen. Zusätzlich enthalten die Jahresberichte für die Krankenhäuser die Ergebnisse der Zuschlagsindex-Berechnungen für Qualitätszu- und -abschläge. Die Ergebnisse der Berechnungen des Abschlagsindex werden den qualitativ auffälligen Einrichtungen mit dem Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens mitgeteilt.

- LQS/LAG an das IQTIG:
Die LQS/LAG berichten an das IQTIG die Ergebnisse der Datenvalidierung (Rückmeldung zur Berechnung der Indizes durch das IQTIG).
- IQTIG an den G-BA:
Das IQTIG erstellt einen Bericht zur Systempflege inkl. Bundesauswertung, Datenvalidierung und Sollstatistik an den G-BA.
- Die Ergebnisse der Bundesauswertung der Indizes werden in einem eigenen Bericht dargestellt.
- Die Index-Ergebnisse sowie dann später die erteilten Qualitätszu- und -abschläge werden durch das IQTIG mittels webbasierter Informationsplattform für die jeweils zugangsberechtigten Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zur Verfügung gestellt bzw. von der Landesebene an das IQTIG zurückgemeldet.

9.8.2 Öffentliche Berichterstattung

- Das IQTIG empfiehlt, dass zusätzlich zu den Auswertungsergebnissen der Qualitätsindikatoren und des Stellungnahmeverfahrens auch die Index-Ergebnisse und die Informationen zu vereinbarten Qualitätszu- und -abschlägen in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser aufgenommen werden.

9.9 DRG-Zuordnung

9.9.1 Vorgehensweise

Für die Entwicklung einer qualitätsorientierten Vergütung sieht der Auftrag des G-BA vor, einen Anschluss der Qualitätsmessung an das DRG-System darzustellen. Hierzu sollten die DRGs oder DRG-Gruppen identifiziert werden, die in den eingeschlossenen Fällen des Leistungsbereichs *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* abgerechnet werden. In der grundsätzlichen Prüfung erfolgte eine Auswertung der QS-auslösenden Prozeduren und Diagnosen unter der Vorstellung, dadurch eine näherungsweise Abbildung der *DRG-Landschaft* in diesem LB zu erhalten. QS-auslösenden Prozeduren und Diagnosen konnten dabei nur getrennt voneinander analysiert werden. Für die Auswertung wurden zum einen die DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes 2015 (DESTATIS [kein Datum], DESTATIS 2016), zum anderen der G-DRG-Browser des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2015_2016 mit den Daten des Jahres 2015⁵ genutzt. Die Analyse erfolgte jeweils nach Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)⁶ bzw. nach ICD-10-Kodes⁷ der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, International Classification of Diseases) in Bezug auf korrespondierende DRGs.

⁵ http://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser (abgerufen am: 20.04.2017)

⁶ <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/vorgaenger/version2015/> (abgerufen am: 04.11.2015)

⁷ <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2015/> (abgerufen am: 04.11.2015)

Es ist außerdem darauf hinzuweisen, dass in der DRG-Statistik jeweils die absolute Anzahl von Prozeduren bzw. Diagnosen ausgewiesen wird. Fälle mit mehreren Prozeduren / Diagnosen aus der Filterliste des Leistungsbereichs können in der Statistik nicht identifiziert werden. Daher wird der Begriff *Fälle* in diesem Kapitel der besseren Lesbarkeit halber, synonym für *Fälle mit einer durchgeführten Prozedur* bzw. *Fälle mit einer QS-auslösenden Diagnose als Hauptdiagnose* verwendet. Die Anzahl der Behandlungsfälle ist also in der Realität (z. B. aus der Sollstatistik der QS) geringer, da dort durchaus Fälle mit mehreren Filterprozeduren bzw. Filterdiagnosen auftreten. Die Gesamtfallzahl in der hier dargestellten Form kann damit notwendigerweise nicht mit der Zahl der Echtfälle aus der Sollstatistik der Qualitätssicherung verglichen werden.

Um den Bezug zu DRGs darzustellen, wurden zunächst die am häufigsten durchgeführten QS-auslösenden Prozeduren des Leistungsbereichs und zu diesen die drei am häufigsten gegrouppten DRGs identifiziert. Aus pragmatischen Gründen wurde die Auswertung auf diejenigen Prozeduren (OPS) beschränkt, die in der DRG-Statistik mit mindestens 3.000 Eingriffsfällen verzeichnet waren. So führten sieben verschiedene Prozeduren zu insgesamt 71.620 verzeichneten Eingriffsfällen. In einem zweiten Schritt wurden dann jeder dieser sieben Prozeduren die drei am häufigsten auftretenden DRGs zugeordnet.

Eine weitere Auswertung erfolgte hinsichtlich der Häufigkeit der QS-auslösenden Diagnosen als Hauptdiagnose. Hierbei zeigte sich, dass sich 85,3 % der Fälle mit einer QS-auslösenden Diagnose als Hauptdiagnose aus der DRG-Statistik auf drei von acht möglichen Diagnosen verteilen. Es erschien daher plausibel, eine Auswertung mit DRG-Bezug hinsichtlich dieser drei Diagnosen vorzunehmen. Im nächsten Filterschritt wurden dann die DRGs ermittelt, in die Fälle mit einer dieser drei Diagnosen als Hauptdiagnose führten. Für die weitere Auswertung erfolgte eine Beschränkung auf DRGs mit mindestens 1.000 Fällen.

9.9.2 Ergebnisse für den Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*

Wie oben beschrieben, wurde aus pragmatischen Gründen entschieden, sich bei der Auswertung nach Prozeduren auf die am häufigsten verwendeten OPS zu beschränken. Von insgesamt 64 in der Spezifikation für den Leistungsbereich ausgewiesenen Einschlussprozeduren waren 57 in der DRG-Statistik mit Fallzahlen >0 ausgewiesen, d. h. sieben der möglichen Einschlussprozeduren waren im Jahr 2015 von den Krankenhäusern nicht dokumentiert worden. Es ergaben sich nach der oben aufgeführten Vorgehensweise insgesamt 91.310 Fälle mit einer QS-auslösenden Prozedur. Die Verteilung der Fälle bewegte sich zwischen einem und 39.329 je Prozedur, wobei die Prozedur 5-790.5f (Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese durch Marknagel mit Gelenkkomponente Femur proximal) mit insgesamt 39.329 Eingriffen mit Abstand die am häufigsten dokumentierte Prozedur war. Insgesamt wurden sieben Prozeduren mit jeweils >3.000 Eingriffen und einer Gesamtzahl von 71.620 Eingriffen berücksichtigt. Dies entspricht einem Anteil von 78,4 % an allen QS-auslösenden Prozeduren (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: QS-auslösende Prozeduren des Leistungsbereichs Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung; nach Einschluss- und verwendeter OPS sowie Anzahl der Eingriffe

Spezifikation 2015	DRG-Statistik	
	Einschluss-OPS	Verwendeter OPS
5-790.0e	5-790.0e	4.688
5-790.0f	5-790.0f	698
5-790.1e	5-790.1e	136
5-790.1f	5-790.1f	573
5-790.2e	5-790.2e	27
5-790.2f	5-790.2f	92
5-790.3e	5-790.3e	136
5-790.3f	5-790.3f	1.458
5-790.4e	5-790.4e	563
5-790.4f	5-790.4f	7.269
5-790.5e	5-790.5e	2.252
5-790.5f	5-790.5f	39.329
5-790.7e	5-790.7e	31
5-790.7f	5-790.7f	43
5-790.8e	5-790.8e	3.255
5-790.8f	5-790.8f	1.908
5-790.9e	5-790.9e	5
5-790.9f	-	-
5-790.ke	5-790.ke	346
5-790.kf	5-790.kf	146
5-793.1e	5-793.1e	574
5-793.1f	5-793.1f	241
5-793.2e	5-793.2e	216
5-793.2f	5-793.2f	3.242
5-793.3e	5-793.3e	34
5-793.3f	5-793.3f	534
5-793.4e	5-793.4e	16

Spezifikation 2015	DRG-Statistik	
	Verwendeter OPS	Anzahl
5-793.4f	5-793.4f	77
5-793.5e	5-793.5e	1.486
5-793.5f	5-793.5f	1.077
5-793.8e	-	-
5-793.8f	5-793.8f	1
5-793.9e	-	-
5-793.9f	5-793.9f	2
5-793.ae	5-793.ae	264
5-793.af	5-793.af	1.889
5-793.be	5-793.be	18
5-793.bf	5-793.bf	262
5-793.ge	5-793.ge	2
5-793.gf	5-793.gf	12
5-793.ke	5-793.ke	42
5-793.kf	5-793.kf	159
5-794.0e	5-794.0e	172
5-794.0f	5-794.0f	245
5-794.1e	5-794.1e	167
5-794.1f	5-794.1f	6.352
5-794.2e	5-794.2e	32
5-794.2f	5-794.2f	800
5-794.3e	5-794.3e	8
5-794.3f	5-794.3f	76
5-794.4e	5-794.4e	379
5-794.4f	5-794.4f	1.177
5-794.7e	-	-
5-794.7f	5-794.7f	15
5-794.8e	-	-
5-794.8f	-	-

Spezifikation 2015	DRG-Statistik	
	Verwendeter OPS	Anzahl
5-794.ae	5-794.ae	427
5-794.af	5-794.af	7.485
5-794.be	5-794.be	19
5-794.bf	5-794.bf	458
5-794.ge	-	-
5-794.gf	5-794.gf	8
5-794.ke	5-794.ke	20
5-794.kf	5-794.kf	367

Hinweis: Die in dieser Tabelle farbig hinterlegten Felder beziehen sich auf die insgesamt sieben Prozeduren mit jeweils > 3.000 Eingriffen

Anschließend wurde die Verteilung dieser am häufigsten durchgeführten Prozeduren („selektierte Prozeduren“) auf verschiedene DRGs untersucht unter Beschränkung auf die drei am häufigsten resultierenden DRGs je Prozedur (siehe Tabelle 26). Hinsichtlich der sieben selektierten Prozeduren, konnten sieben verschiedene DRGs identifiziert werden. Diese sieben DRGs umfassen insgesamt 55.042 diesen DRGs zugeordneten Fällen mit einer der selektierten Prozeduren. Dies entspricht einem Anteil von 76,9 % der Fälle mit einer der selektierten Prozeduren, bzw. 60,3 % aller Fälle mit einer QS-auslösenden Prozedur.

Tabelle 26: OPS-selektierte Prozeduren (n=7) mit Beschränkung auf die drei am häufigsten resultierenden DRGs je Prozedur

OPS-selektierte Prozeduren	5-790.0e (n=4.688)	5-790.4f (n=7.269)	5-790.5f (n=39.329)	5-790.8e (n=3.255)	5-793.2f (n=3.242)	5-794.1f (n=6.352)	5-794.af (n=7.485)
DRG (n)	n	n	n	n	n	n	n
I08F	856	4.048	22.720	2.356	587	-	2.099
I34Z	279	1.150	5.870	236	-	-	-
I08D	-	881	4.731	279	-	603	966
I08E	-	-	-	-	386	1.811	1.480
I08G	2.845	-	-	-	-	-	-
I08C	-	-	-	-	-	511	-
I47B	-	-	-	-	348	-	-
Gesamt n (%)	3.980 (5,6)	6.079 (8,5)	33.321 (46,5)	2.871 (4,0)	1.321 (1,8)	2.925 (4,1)	4.545 (6,3)

Hierbei entfielen auf die DRG I08F 32.666 Fälle, dies waren 59,3 % aus der Gruppe mit den am häufigsten verwendeten Prozeduren; mit deutlich geringeren Fallzahlen folgten die DRGs I34Z, I08D, I08E, I08G, I08C und I47B (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27: Anzahl und Anteil der Fälle mit einer der selektierten Prozeduren sowie Anteil der QS-auslösenden Prozeduren

DRG	Fälle mit einer der selektierten Prozeduren (n)	Anteil der Fälle mit einer der selektierten Prozeduren (%)	Anteil der QS-auslösenden Prozeduren (%)
I08F	32.666	59,3	35,8
I34Z	7.535	13,7	8,3
I08D	7.460	13,6	8,2
I08E	3.677	6,7	4,0
I08G	2.845	5,2	3,1
I08C	511	0,9	0,6
I47B	348	0,6	0,4
Gesamt	55.042	76,9	60,3

Zum Vergleich wurden nun die Fälle mit einer QS-auslösenden Diagnose als Hauptdiagnose überprüft (siehe Tabelle 28). Hier zeigte sich deutlich, dass mit 124.790 Fällen der überwiegende Anteil, nämlich 85,3 % aller Fälle mit einer QS-auslösenden Diagnose als Hauptdiagnose, sich auf drei der möglichen acht QS-auslösenden Diagnosen verteilte, und zwar S72.01 Schenkelhalsfraktur, intrakapsulär (54.792 Fälle), S72.10 Pertrochantäre Fraktur, trochantär, nicht näher bez.; transtrochantär; Trochanter major; Trochanter minor (45.894 Fälle) und S72.11 Pertrochantäre Fraktur, intertrochantär (24.104 Fälle). Die Summe aller Fälle mit QS-auslösender Diagnose als Hauptdiagnose betrug 146.216 Fälle; die Summe der drei am häufigsten verwendeten Hauptdiagnosen (selektierte Diagnosen) betrug 124.790 Fälle. Hierdurch ergibt sich ein Anteil der selektierten Diagnosen an der Summe aller Fälle mit QS-auslösender Diagnose als Hauptdiagnose von 85,3 %.

Tabelle 28: Fälle mit einer QS-auslösenden Diagnose nach den jeweiligen Hauptdiagnosen (ICD-10; Spezifikation 2015) – DRG-Statistik 2015

Hauptdiagnose	Anzahl
S72.00: Schenkelhalsfraktur, Teil nicht näher bezeichnet	5.197
S72.01: Schenkelhalsfraktur, intrakapsulär	54.792
S72.03: Schenkelhalsfraktur, subkapital	4.269
S72.04: Schenkelhalsfraktur, mediozervikal	7.208
S72.05: Schenkelhalsfraktur, Basis, zervikotrochantärer Abschnitt	1.745
S72.08: Schenkelhalsfraktur, sonstige Teile, Femurkopf o. n. A.; Fraktur der Hüfte o. n. A.	3.007
S72.10: Pertrochantäre Fraktur, trochantär, nicht näher bez.; transtrochantär; Trochanter major; Trochanter minor	45.894
S72.11: Pertrochantäre Fraktur, intertrochantär	24.104

Hinweis: Die in dieser Tabelle farbig hinterlegten Felder beziehen sich auf drei der möglichen acht QS-auslösenden Diagnosen, in der sich der überwiegende Anteil aller Fälle mit einer QS-auslösenden Diagnose als Hauptdiagnose verteilte.

Angesichts dieses Ergebnisses erschien es sinnvoll, die weitere Auswertung auf die drei am häufigsten verwendeten Diagnosen (selektierte Diagnosen) zu beschränken. Im weiteren Verlauf wurden daher pro selektierter Diagnose diejenigen DRGs ermittelt, die mindestens 1.000 Fälle mit dieser Hauptdiagnose aufwiesen. Hieraus ergaben sich acht verschiedene DRGs. Im Einzelnen waren dies die DRG I08F mit 34.210 Fällen (34,7 %), I47B mit 21.805 Fällen (22,1 %), I34Z mit 14.339 Fällen (14,6 %), I41Z mit 10 769 Fällen (10,9 %), I08D mit 6.858 Fällen (7,0 %), I66B mit 4.294 (4,4 %), I05A mit 4 064 (4,1 %) und I08G mit 2.137 Fällen (2,2 %). Mit insgesamt 98.476 Fällen war dies ein Anteil von 78,9 % aus der Gruppe aller Fälle mit einer der selektierten Diagnosen als Hauptdiagnose (siehe Tabelle 29).

Es zeigte sich hierbei, dass über die Hälfte der Fälle mit selektierter Diagnose als Hauptdiagnose (56,9 %) sich auf die DRGs I08F und I47B verteilen.

Tabelle 29: Anzahl und Anteil der Fälle mit einer der drei selektierten Hauptdiagnosen nach den acht selektierten DRGs (> 1.000 Fälle je Hauptdiagnose)

DRG	S72.01 (n)	S72.10 (n)	S72.11 (n)	Gesamt (n)	Anteil (%)
I08F	3.001	19.364	11.845	34.210	34,7
I47B	21.805	-	-	21.805	22,1
I34Z	5.804	5.361	3.174	14.339	14,6
I41Z	4.314	5.070	1.385	10.769	10,9
I08D	-	4.354	2.504	6.858	7,0
I66B	2.032	2.262	-	4.294	4,4
I05A	4.064	-	-	4.064	4,1
I08G	2.137	-	-	2.137	2,2
Gesamt	43.157	36.411	18.908	98.476	100,0

Bei Betrachtung der DRG-Bezeichnungen muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die in die DRG I47B Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter >15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff (Bewertungsrelation 2,240) resultierenden Fälle überwiegend endoprothetische Versorgung erhalten und diese daher nicht die Qualitätssicherung im Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung betreffen. Es verbleibt somit die DRG I08F (Bewertungsrelation 1,774) Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, ohne bestimmte Osteotomie, ohne Muskel- und Gelenkplastik mit einem Anteil von 34,7 % aller Fälle mit selektierter Diagnose als Hauptdiagnose als diejenige, in die mit Abstand die die höchste Anzahl der betrachteten Fälle gelangt (siehe Tabelle 30).

Tabelle 30: Anzahl und Anteil selektierter Diagnosen nach DRG Zuordnung

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation ⁸	Selektierte Diagnosen (n)	Anteil (%)
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, ohne bestimmte Osteotomie, ohne Muskel- und Gelenkplastik	1,774	34.210	34,7
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff	2,240	21.805	22,1
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	3,516	14.339	14,6
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	1,887	10.769	10,9
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC	2,358	6.858	7,0
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals	0,845	4.294	4,4
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC	3,135	4.064	4,1
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmte Knochentransplantation, außer bei Pseudarthrose, ohne Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel	1,313	2.137	2,2

⁸ Fallpauschalenkatalog 2015: http://www.g-drg.de/Archiv/DRG_Systemjahr_2015_Datenjahr_2013#sm2 (abgerufen am: 27.11.2015)

Als Ergebnis dieser Auswertung zeigt sich, dass bezüglich der Häufigkeit der QS-auslösenden Prozeduren mit Abstand die höchste Anzahl an Fällen in die DRG I08F *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, ohne bestimmte Osteotomie, ohne Muskel- und Gelenkplastik* gruppiert wird.

Die Anbindung der Zu- und Abschlüsse sollte auf diejenigen Fälle beschränkt werden, die durch den QS-Filter ausgelöst werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass für etwa die Hälfte der QS-Fälle die DRG I08F abgerechnet wird (mehr als eine grobe Schätzung ist an dieser Stelle aber nicht möglich).

9.9.3 Ergebnisse für die herzchirurgischen Leistungsbereiche

Wie oben beschrieben, wurde auch im Leistungsbereich *Herzchirurgie* aus pragmatischen Gründen entschieden, sich bei der Auswertung nach Prozeduren auf die am häufigsten verwendeten OPS zu beschränken. Allerdings entfällt hier die Auswertung nach Diagnosen, da die Qualitätssicherung ausschließlich durch Prozeduren und deren entsprechende OPS-Kodes ausgelöst wird. Von insgesamt 75 in der Spezifikation für den Leistungsbereich ausgewiesenen Einschlussprozeduren waren 59 in der DRG-Statistik mit Fallzahlen > 0 ausgewiesen, d. h. 16 der möglichen Einschlussprozeduren waren im Jahr 2015 von den Krankenhäusern nicht dokumentiert worden. Es ergaben sich nach der oben aufgeführten Vorgehensweise insgesamt 126.975 Fälle mit einer QS-auslösenden Prozedur. Die Verteilung der Fälle bewegte sich zwischen einem und 28.258 je Prozedur, wobei die Prozedur 5-361.03 (Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien) die am häufigsten dokumentierte Prozedur war. Insgesamt wurden acht Prozeduren mit jeweils > 3.000 Eingriffen und einer Gesamtzahl von 104.508 Eingriffen berücksichtigt. Dies entspricht einem Anteil von 82,3 % an allen QS-auslösenden Prozeduren (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: QS-auslösende Prozeduren des Leistungsbereichs Herzchirurgie; nach Einschluss- und verwendeter OPS sowie Anzahl der Eingriffe

Spezifikation 2015	DRG-Statistik	
	Verwendeter OPS	Anzahl
5-351.01	5-351.01	84
5-351.02	5-351.02	17215
5-351.03	5-351.03	659
5-351.04	5-351.04	2012
5-351.05	5-351.05	798
5-351.06	5-351.06	697
5-351.0x	5-351.0x	5
5-352.00	5-352.00	75
5-352.01	5-352.01	191

Spezifikation 2015	DRG-Statistik	
	Verwendeter OPS	Anzahl
5-352.02	5-352.02	91
5-352.03	5-352.03	909
5-352.06	5-352.06	15
5-352.07	5-352.07	4
5-352.0x	5-352.0x	21
5-35a.00	5-35a.00	13296
5-35a.01	5-35a.01	2353
5-35a.02	5-35a.02	201
5-361.03	5-361.03	28258
5-361.07	5-361.07	12728
5-361.08	5-361.08	82
5-361.13	5-361.13	7548
5-361.17	5-361.17	14992
5-361.18	5-361.18	71
5-361.23	5-361.23	3564
5-361.27	5-361.27	6907
5-361.28	5-361.28	34
5-361.33	5-361.33	1134
5-361.37	5-361.37	1314
5-361.38	5-361.38	10
5-361.43	5-361.43	199
5-361.47	5-361.47	179
5-361.48	5-361.48	1
5-361.53	5-361.53	30
5-361.57	5-361.57	18
5-361.58	-	-
5-362.03	5-362.03	2771
5-362.07	5-362.07	1340

Spezifikation 2015	DRG-Statistik	
	Verwendeter OPS	Anzahl
5-362.13	5-362.13	647
5-362.17	5-362.17	57
5-362.23	5-362.23	6
5-362.27	5-362.27	9
5-362.33	5-362.33	1370
5-362.37	5-362.37	1204
5-362.43	5-362.43	82
5-362.47	5-362.47	8
5-362.53	-	-
5-362.57	5-362.57	6
5-362.63	5-362.63	1152
5-362.67	5-362.67	278
5-362.73	5-362.73	22
5-362.77	-	-
5-362.83	-	-
5-362.87	-	-
5-362.93	5-362.93	457
5-362.97	5-362.97	24
5-362.a3	5-362.a3	5
5-362.a7	5-362.a7	1
5-362.b3	-	-
5-362.b7	-	-
5-362.c3	5-362.c3	90
5-362.c7	5-362.c7	3
5-362.d3	5-362.d3	1
5-362.d7	-	-
5-362.e3	-	-
5-362.e7	-	-

Spezifikation 2015	DRG-Statistik	
	Verwendeter OPS	Anzahl
5-362.f3	5-362.f3	7
5-362.f7	-	-
5-362.g3	-	-
5-362.g7	-	-
5-362.h3	-	-
5-362.h7	-	-
5-362.x3	-	-
5-362.x7	5-362.x7	1
5-362.y	5-362.y	2
5-363.4	5-363.4	1737

Hinweis: Die in dieser Tabelle farbig hinterlegten Felder beziehen sich auf die insgesamt acht Prozeduren mit jeweils > 3.000 Eingriffen

Anschließend wurde die Verteilung dieser am häufigsten durchgeführten Prozeduren („selektierte Prozeduren“) auf verschiedene DRGs untersucht. Hierbei fiel auf, dass die *selektierten Prozeduren* im Einzelnen in bis zu 36 unterschiedlichen DRGs führten. Für die weitere Betrachtung erfolgte die Zuordnung unter Beschränkung auf die drei am häufigsten resultierenden DRGs je Prozedur (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32: OPS-selektierte Prozeduren (n=8) mit Beschränkung auf die drei am häufigsten resultierenden DRGs je Prozedur

OPS-se- lektierte Proze- duren	5-351.02 (n=17.215)	5-35a.00 (n=13.296)	5-361.03 (n=28.258)	5-361.07 (n=12.728)	5-361.13 (n=75.48)	5-361.17 (n=14.992)	5-361.23 (n=3.564)	5-361.27 (n=6907)
DRG (n)	n	n	n	n	n	n	n	n
A13A	-	111	-	-	-	-	-	-
F03C	1.548	-	-	807	-	-	-	-
F03E	5.425	-	2.644	1.472	435	986	180	-
F03F	4.191	-	-	-	-	-	-	-
F06E	-	-	1.269	-	-	656	-	326
F06F	-	-	12.508	5.024	4.120	7.164	1.933	3.266
F07B	-	-	-	-	408	-	297	339
F36B	-	96	-	-	-	-	-	-
F98B	-	11.605	-	-	-	-	-	-
Gesamt n (%)	11.164 (10,7%)	11.812 (11,3%)	16.421 (15,7%)	7.303 (7,0%)	4.963 (4,7%)	8.806 (8,4%)	2.410 (2,3%)	3.931 (3,8%)

Hinsichtlich der acht selektierten Prozeduren konnten neun verschiedene DRGs identifiziert werden. In diesen neun DRGs enthalten sind insgesamt 66.810 diesen DRGs zugeordnete Fälle mit einer der selektierten Prozeduren. Dies entspricht einem Anteil von 63,9 % der Fälle mit einer der selektierten Prozeduren, bzw. 52,6 % aller Fälle mit einer QS-auslösenden Prozedur. Hierbei entfielen mit jeweils fünfstelliger Anzahl an Nennungen auf die DRG F06F 34.015 Fälle, auf die DRG F98B 11.605 Fälle und auf die DRG F03E 11.142 Fälle, dies waren 32,5 %, 11,1 % und 10,7 % aus der Gruppe mit den am häufigsten verwendeten Prozeduren. Mit deutlich geringeren Fallzahlen folgten die DRGs F03F, F03C, F06E, F07B, A13A und F36B (siehe Tabelle 33).

Tabelle 33: Anzahl und Anteil der Fälle mit einer der selektierten Prozeduren sowie Anteil der QS-auslösenden Prozeduren

DRG	Fälle mit einer der selektierten Prozeduren (n)	Anteil der Fälle mit einer der selektierten Prozeduren (%)	Anteil der QS-auslösenden Prozeduren (%)
F06F	34.015	32,5%	26,8%
F98B	11.605	11,1%	9,1%
F03E	11.142	10,7%	8,8%
F03F	4.191	4,0%	3,3%
F03C	2.355	2,3%	1,9%
F06E	2.251	2,2%	1,8%
F07B	1.044	1,0%	0,8%
A13A	111	0,1%	0,1%
F36B	96	0,1%	0,1%
Gesamt	66.810	63,9%	52,6%

Betrachtet man die Ergebnisse dieser Auswertung, so zeigt sich, dass bezüglich der Häufigkeit der QS-auslösenden Prozeduren mit Abstand die höchste Anzahl an Fällen in die DRG F06F „Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC“⁹ gruppiert wird. Dies bildet mit einem Anteil von 26,8 % an der Gesamtheit aller Fälle mit QS-auslösender Prozedur eine relative Mehrzahl der Fälle ab. Eine eindeutige Zuordnung einer Mehrzahl von Fällen mit QS-auslösender Prozedur zu einer einzigen DRG lässt sich nicht nachweisen.

⁹ Fallpauschalenkatalog 2015: http://www.g-drg.de/Archiv/DRG_Systemjahr_2015_Datenjahr_2013#sm2 (abgerufen am: 27.11.2015)

10 Ausblick

10.1 Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*

Da das im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* vorhandene Indikatorenset schwerpunktmäßig die prozedurenbezogene Qualität abbildet und hinsichtlich der anderer Qualitätsaspekte, z.B. der geriatrischen Versorgung, Lücken aufweist, sollte zukünftig eine Neuentwicklung entsprechender Indikatoren angestrebt werden, um zu einer umfassenderen Qualitätsbewertung zu gelangen.

Im Hinblick auf die insbesondere für die im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* schwerpunktmäßig betroffene ältere Patientenlientel, wäre es darüber hinaus wünschenswert, das Indikatorenset um Follow-Up Indikatoren unter Einbezug von Routinedaten (z.B. Hilfsmittelversorgung, Entlassort etc) und mit einer Patientenbefragung zu Aktivitäten und Teilhabe nach Entlassung zu ergänzen. Auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten wurde auch bereits im Bericht des IQTIG *Empfehlungen zur Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung* zum QS-Verfahrensgebiet *Orthopädie und Unfallchirurgie* hingewiesen, der dem G-BA vorliegt.

10.2 Weiterentwicklungsmöglichkeiten in den herzchirurgischen Leistungsbereichen

10.3 Bis zum Regelbetrieb

Es ist bis zum Regelbetrieb neben dem Aufbau der Gesamtorganisation unter wesentlicher Beteiligung der Geschäftsstellen auf Landesebene mit den Vertragspartnern auf Bundesebene, DKG und GVK-Spitzenverband, zu klären, in welcher Form und mit welchen Regularien die Qualitätszu- und -abschläge realisiert werden sollen. Ggf. kann dann bei Bedarf auch ein Index-Referenzbereich berechnet werden. Ebenso sind die Regelungen des G-BA in den das Verfahren betreffenden Richtlinien abzuwarten. Die Weiterentwicklung und Etablierung eines stringenten, einheitlichen und transparenten Strukturierten Dialogs/Stellungnahmeverfahrens ist - wie in Abschnitt 9.4 beschrieben - Voraussetzung für eine verwertbare Qualitätsbewertung in diesem Verfahren.

10.4 Evaluation und Begleitforschung

Eine Evaluation und Begleitforschung zu den Wirkungen und besonders auch zum Auftreten unerwünschter Effekte, wie z.B. einer Änderung in der primären Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur, Veränderungen des Verlegungsverhaltens und anderer Gaming-Strategien (wie ein verändertes Kodierverhalten) wäre wünschenswert und sollte ggf. entsprechend vom G-BA beauftragt werden.

10.5 Die weiteren Schritte der Beauftragung

Schritt 2 der Beauftragung vom 20. Oktober 2017 ist durch den Plenumsbeschluss vom 21.9.2017 entfallen.

Schritt 3 der Beauftragung, für den eine allgemeine Konzeptentwicklung zur qualitätsorientierter Vergütung vorgesehen ist, wird die Möglichkeit eröffnen, über das in Schritt 1 gewählte pragmatische Vorgehen hinaus in einem übergeordneteren Rahmen zu untersuchen, unter welchen Bedingungen und Umsetzungsmodalitäten und in welchen Versorgungsbereichen durch die Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen sein könnte.

Literatur

- AAOS [American Academy of Orthopaedic Surgeons] (2014): Management of Hip fractures In The Elderly. Evidence-based Clinical Practice Guideline [*Full Guideline*]. [Stand:] 05.09.2014. Rosemont, US-IL: AAOS. URL: http://www.aaos.org/research/guidelines/HipFxGuideline_rev.pdf (abgerufen am: 28.04.2017).
- AGREE Next Steps Consortium (2013): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version: 2014. AGREE Research Trust. URL: http://www.agreerust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (abgerufen am: 28.04.2017).
- ANZHFR [Australian and New Zealand Hip Fracture Registry], Steering Group (2014): Australian and New Zealand Guideline for Hip Fracture Care. Improving Outcomes in Hip Fracture Management of Adults [Stand:] September 2014. Sydney: ANZHFR. ISBN: 978-0-7334-3451-8. URL: <http://anzhfr.org/wp-content/uploads/2016/07/ANZ-Guideline-for-Hip-Fracture-Care.pdf> (abgerufen am: 28.04.2017).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2014): Qualitätsreport 2013. [Stand:] August 2014. Göttingen: AQUA. ISBN: 978-3-9809434-8-2. URL: <https://www.sgg.de/ssg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2013/AQUA-Qualitaetsreport-2013.pdf> (abgerufen am: 30.06.2017).
- Baumgartner, H; Falk, V; Bax, JJ; De Bonis, M; Hamm, C; Holm, PJ; et al. (2017): 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. The Task Force for the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*, Epub 26.08.2017. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx391.
- Bhattacharyya, T; Freiberg, AA; Mehta, P; Katz, JN; Ferris, T (2009): Measuring The Report Card: The Validity Of Pay-For-Performance Metrics In Orthopedic Surgery. *Health Affairs* 28(2): 526-532. DOI: 10.1377/hlthaff.28.2.526.
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2016): Krankenhausstrukturgesetz (KHSG). [Stand:] 04.01.2016. Bonn: BMG. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz/khsg.html> (abgerufen am: 28.04.2017).
- Boonen, S; Autier, P; Barette, M; Vanderschueren, D; Lips, P; Haentjens, P (2004): Functional outcome and quality of life following hip fracture in elderly women: a prospective controlled study. *Osteoporosis International* 15(2): 87-94. DOI: 10.1007/s00198-003-1515-z.
- Bottle, A; Gnani, S; Saxena, S; Aylin, P; Mainous, AG; Majeed, A (2008): Association between quality of primary care and hospitalization for coronary heart disease in England: National cross-sectional study. *Journal of General Internal Medicine* 23(2): 135-141. DOI: 10.1007/s11606-007-0390-2.

- Brouwers, M; Browmann, G; Burgers, J; Burnand, B; Coulombe, M; Fervers, B; et al. (2009): Guideline Adaptation: A Resource Toolkit. Version 2.0. ADAPTE Collaboration. URL: <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf/view> [→ Download PDF] (abgerufen am: 16.02.2017).
- BT-Drucksache 18/5372 vom 30.06.2015. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). Köln: Bundesanzeiger Verlag. URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805372.pdf> (abgerufen am: 27.04.2017).
- Crosson, JC; Ohman-Strickland, PA; Campbell, S; Phillips, RL; Roland, MO; Kontopantelis, E; et al. (2009): A comparison of chronic illness care quality in US and UK family medicine practices prior to pay-for-performance initiatives. *Family Practice* 26(6): 510-516. DOI: 10.1093/fampra/cmp056.
- DESTATIS [Statistisches Bundesamt] (2016): DRG-Statistik 2015. Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) [Tabelle]. In: DESTATIS: *Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern – Ausführliche Darstellung*. Wiesbaden: DESTATIS.
- DESTATIS [Statistisches Bundesamt] ([kein Datum]): DRG-Statistik 2015 – Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2015 [Tabelle]. Wiesbaden: DESTATIS.
- Downing, A; Rudge, G; Cheng, Y; Tu, Y-K; Keen, J; Gilthorpe, MS (2007): Do the UK government's new Quality and Outcomes Framework (QOF) scores adequately measure primary care performance? A cross-sectional survey of routine healthcare data. *BMC: Health Services Research* 7(116). DOI: 10.1186/1472-6963-7-166.
- Eijkenaar, F (2012): Pay for Performance in Health Care: An International Overview of Initiatives. *Medical Care Research and Review* 69(3): 251-276. DOI: 10.1177/1077558711432891.
- Fox, KM; Hawkes, WG; Hebel, JR; Felsenthal, G; Clark, M; Zimmerman, SI; et al. (1998): Mobility After Hip Fracture Predicts Health Outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society* 46(2): 169-173. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1998.tb02534.x.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des Instituts nach § 137a SGB V: Entwicklungen für ein Qualitätssicherungsverfahren für Qualitätszu- und -abschläge. [Stand:] 20.10.2016. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2744/2016-10-20_IQTIG-Beauftragung_Qualitaetszu-Abschlaege.pdf (abgerufen am: 28.04.2017).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016b): Beschluss zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung. [Stand:] 21.06.2016. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2677/Eckpunktebeschluss-datengestuetzte-QS_2016-07-21.pdf (abgerufen am: 30.06.2017).

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 20. Oktober 2016 über eine Beauftragung des Instituts nach § 137a SGB V: Entwicklungen für ein Qualitätssicherungsverfahren für Qualitätszu- und -abschläge. [Stand:] 21.09.2017. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3064/2017-09-21_IQTIG-Beauftragung_Aenderung-Beschluss-20-10-2016_Nachbess_IQTIG-Bericht-Qualitaetszu-abschlaege.pdf (abgerufen am: 27.09.2017).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des Instituts nach § 137a SGB V mit der Entwicklung eines Datenvalidierungsverfahrens. [Stand:] 15.06.2017. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2979/2017-06-15_IQTIG-Beauftragung_Datenvalidierung_Qes%C3%BC.pdf (abgerufen am: 04.07.2017).
- Gosfield, AG; Reinertsen, JL (2004): Paying Physicians for High-Quality Care [Correspondence]. *NEJM – New England Journal of Medicine* 350(18): 1910. DOI: 10.1056/NEJM200404293501822.
- HHS [Department of Health and Human Services], CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services] (2015): Hospital Value-Based Purchasing. [Stand:] September 2015. Baltimore, US-MD: CMS. URL: https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Hospital_VBPurchasing_Fact_Sheet_ICN907664.pdf (abgerufen am: 02.05.2017).
- Hochlenert, D; Engels, G; Mauckner, P; Kaltheuner, M; Schröer, O (2009): Qualitätsbericht. Netzwerk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung. Köln: DDG [Deutsche Diabetes Gesellschaft]; Netzwerk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung. URL: http://www.fussnetz-koeln.de/webroot/upload/files/Qualitaetsbericht_2009.pdf (abgerufen am: 25.01.2017).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016a): Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Indikatoren 2015. Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2015. Stand: 04.05.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qidb/2015/2016-05-25/QIDB_2015_INDIREKT_PDF/QIDB_2015_indirekte_Leistungsbereiche/QIDB_mit_Rechenregeln/17n1_QIDB2015_Rechenregeln.pdf (abgerufen am: 27.04.2017).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016b): Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Indikatoren 2016. Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2016. Stand: 06.04.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qidb/2016/2017-04-06/QIDB_2016_INDIREKT_PDF/QIDB_2016_indirekte_Verfahren/QIDB_mit_Rechenregeln/QSKH_17n1-HUEFT-FRAK_2016_QIDB_V01_2017-04-06.pdf (abgerufen am: 27.04.2017).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016c): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. Stand: 31.08.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitaetsindikatoren_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 27.04.2017).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016d): Qualitätsreport 2015. Berlin: IQTIG. ISBN: 978-3-9818131-0-4. URL: <https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qualitaetsreport/IQTIG-Qualitaetsreport-2015.pdf> (abgerufen am: 27.04.2017).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017a): Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2016. Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt). Indikatoren 2016. Stand: 06.04.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qidb/2016/2017-04-26/QIDB_2016_DIREKT_PDF/QIDB_2016_direkte_Verfahren/QIDB_mit_Rechenregeln/QSKH_HCH-AORT-KATH_2016_QIDB_V01_2017-04-06.pdf (abgerufen am: 27.09.2017).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017b): Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2016. Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch). Indikatoren 2016. Stand: 06.04.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qidb/2016/2017-04-26/QIDB_2016_DIREKT_PDF/QIDB_2016_direkte_Verfahren/QIDB_mit_Rechenregeln/QSKH_HCH-AORT-CHIR_2016_QIDB_V01_2017-04-06.pdf (abgerufen am: 27.09.2017).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017c): Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2016. Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie. Indikatoren 2016. Stand: 06.04.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qidb/2016/2017-04-26/QIDB_2016_DIREKT_PDF/QIDB_2016_direkte_Verfahren/QIDB_mit_Rechenregeln/QSKH_HCH-KOMB_2016_QIDB_V01_2017-04-06.pdf (abgerufen am: 27.09.2017).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017d): Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2016. Koronarchirurgie, isoliert. Indikatoren 2016. Stand: 06.04.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qidb/2016/2017-04-26/QIDB_2016_DIREKT_PDF/QIDB_2016_direkte_Verfahren/QIDB_mit_Rechenregeln/QSKH_HCH-KCH_2016_QIDB_V01_2017-04-06.pdf (abgerufen am: 27.09.2017).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017e): Methodische Grundlagen V1.0s. Entwurf für das Stellungnahmeverfahren. Stand: 31.01.2017 Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0s.pdf (abgerufen am: 27.04.2017).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017f): Verfahrenshandbuch. Aufgaben des IQTIG nach § 137a Abs. 3 SGB V im Rahmen der gesetzlich verpflichtenden externen Qualitätssicherung. Stand: 07.04.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Verfahrenshandbuch.pdf (abgerufen am: 27.04.2017).
- Kondo, KK; Damberg, CL; Mendelson, A; Motúapuaka, M; Freeman, M; O’Neil, M; et al. (2016): Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine* 31(Suppl. 1): 61-69. DOI: 10.1007/s11606-015-3567-0.

- Lowther, CM (2008): Are pay-for-performance programs a threat to medical professionalism? [Letter to the Editor]. *Annals of Internal Medicine* 148(8): 630. DOI: 10.7326/0003-4819-148-8-200804150-00020.
- Mendelson, A; Kondo, K; Damberg, C; Low, A; Motúapuaka, M; Freeman, M; et al. (2017): The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care. A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine* 166(5): 341-354. DOI: 10.7326/M16-1881.
- Milstein, R; Schreyoegg, J (2016): Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy* 120(10): 1125-1140. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.08.009.
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2014): NICE Clinical Guideline CG124. The management of hip fracture in adults. Methods, Evidence & Guidance [Full Guideline]. Last updated: March 2014. London: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/evidence/full-guideline-183081997> (abgerufen am: 28.04.2017).
- O'Brien, SM; Shahian, DM; DeLong, ER; Normand, S-LT; Edwards, FH; Ferraris, VA; et al. (2007): Quality Measurement in Adult Cardiac Surgery: Part 2 – Statistical Considerations in Composite Measure Scoring and Provider Rating. *Annals of Thoracic Surgery* 83(4): S13-S26. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2007.01.055.
- OECD (2008a): Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide. Paris: OECD Publications. ISBN: 978-92-64-04345-9.
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2008b): Handbook on Constructing Composite Indicators. Methodology and user guide. Paris: OECD Publications. ISBN: 978-92-64-04345-9. URL: <http://www.oecd.org/std/42495745.pdf> (abgerufen am: 14.02.2017).
- Schlitt, A; Jámbor, C; Spannagl, M; Gogarten, W; Schilling, T; Zwißler, B (2013): The Perioperative Management of Treatment With Anticoagulants and Platelet Aggregation Inhibitors. *Deutsches Ärzteblatt International* 110(31-32): 525-532. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0525.
- Schrapppe, M (2015): Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Berlin: MWV [Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft]. ISBN: 978-3-95466-140-4. URL: https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Schrapppe_Qualitaet_2030_165x240_Download.pdf (abgerufen am: 27.06.2017).
- Shwartz, M; Restuccia, JD; Rosen, AK (2015): Composite Measures of Health Care Provider Performance: A Description of Approaches [Original Investigation]. *Milbank Quarterly* 93(4): 788-825. DOI: 10.1111/1468-0009.12165.
- Siregar, S; Groenwold, RH; de Mol, BA; Speekenbrink, RG; Versteegh, MI; Brandon Bravo Bruinsma, GJ; et al. (2013): Evaluation of cardiac surgery mortality rates: 30-day mortality or longer follow-up? *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 44(5): 875-883. DOI: 10.1093/ejcts/ezt119.

Snyder, L; Neubauer, RL (2007): Pay-for-Performance Principles That Promote Patient-Centered Care: An Ethics Manifesto [*Position Paper*]. *Annals of Internal Medicine* 147(11): 792-794. DOI: 10.7326/0003-4819-147-11-200712040-00011.

SVR [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 [*Kurzfassung*]. Bonn: SVR. URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf (abgerufen am: 25.01.2017).

Veit, C; Hertle, D; Bungard, S; Trümner, A; Ganske, V; Meyer-Hofmann, B (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Düsseldorf: BQS [Institut für Qualität & Patientensicherheit]. URL: <https://www.bqs.de/images/downloads/P4P-Gutachten-BQS.compressed.pdf> (abgerufen am: 27.04.2017).



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Qualitätsorientierte Vergütung Teil 2

Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung
Abschlussbericht

Qualitätszu- und -abschläge, Schritt 3

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Januar 2019

Impressum

Thema:

Qualitätsorientierte Vergütung Teil 2. Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung. Abschlussbericht. Qualitätszu- und -abschläge, Schritt 3

Ansprechpartnerin:

Dr. Dagmar Hertle

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

20. Oktober 2016

Datum der Abgabe:

31. Januar 2019

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

Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Zusammenfassung	10
1 Auftrag.....	13
1.1 Gesetzliche Grundlagen	13
1.2 Auftrag des G-BA.....	14
1.3 Auftragsverständnis des IQTIG.....	15
1.3.1 Einordnung der Beauftragung zu Schritt 3 in die Verfahren der Qualitätssicherung	15
1.3.2 Abgrenzung des Auftrags	17
2 Methodische Herangehensweise	18
2.1 Orientierende Literatur- und Projektrecherche.....	19
2.2 Einbindung von externen Expertinnen und Experten.....	20
2.2.1 Auswahl der Expertinnen und Experten	20
2.3 Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews	21
2.3.1 Ziele der qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews.....	21
2.3.2 Durchführung der Experteninterviews und Auswertung des Datenmaterials.....	23
2.4 Expertenworkshop	23
3 Ergebnisse	24
3.1 Kurzzusammenfassung bisheriger Erkenntnisse aus wissenschaftlicher Literatur zu Pay for Performance.....	24
3.2 Übersicht ausgewählter Pay-for-Performance-Programme	26
3.3 Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews	29
3.3.1 Aussagen zu „außerordentlich guter“ Qualität.....	30
3.3.2 Aussagen zu „unzureichender“ Qualität	34
3.3.3 Aussagen zu möglichen Auswirkungen der Auslobung „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität.....	35
3.3.4 Aussagen zu den Auswirkungen der derzeitigen Vergütungsmodalitäten und zu den Auswirkungen der aktuellen Qualitätssicherungsverfahren.....	36

3.3.5	Aussagen zur Qualitätsmessung und -beurteilung	38
3.3.6	Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen	40
3.3.7	Kriterien für die Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen für Qualitätszu- und -abschläge	47
3.3.8	Was bei einem Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen aus Expertensicht beachtet werden sollte	50
3.4	Expertenworkshop	54
4	Empfehlungen	59
4.1	Definition von „außerordentlich guter“ und „unzureichender“ Qualität	59
4.1.1	„Außerordentlich gute“ Versorgungsqualität	60
4.1.2	„Unzureichende“ Versorgungsqualität	64
4.1.3	Zusammenfassung: Empfehlungen des IQTIG zur Qualitätsbewertung für eine qualitätsorientierte Vergütung	66
4.2	Auswahlkriterien für Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätszu- und -abschläge	67
4.2.1	Herleitung und Empfehlung von Auswahlkriterien	67
4.2.2	Zusammenfassung Auswahlkriterien	71
4.3	Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen für ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen	71
4.3.1	Empfohlenes Auswahlprozedere	71
4.3.2	Begründung und Vorgehensweise	72
4.3.3	Zusammenfassung Auswahlprozedere	77
4.4	Besonderheiten der Verfahrensentwicklung für Qualitätszu- und -abschläge	78
4.4.1	Zusammenschau Verfahrensentwicklung	78
4.4.2	Hinweise zur praktischen Umsetzung und zur Zeitachse	80
4.5	Nutzen-Risiko-Bewertung	81
4.5.1	Mögliche Auswirkungen der gesetzlichen Grundlagen	81
4.5.2	Fazit	84

5	Anwendungsbeispiel	85
5.1	Primäre Themenauswahl (TuP-Verfahren)	85
5.2	Prüfung der Möglichkeit „außerordentlich gute“ Qualität mehrdimensional darzulegen.....	86
5.3	Vorab-Prüfung möglicher Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen	87
5.4	Nutzen-Risiko-Bewertung bezogen auf das Anwendungsbeispiel.....	92
	Literatur.....	93

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht ausgewählter Pay-for-Performance-Programme	27
Tabelle 2: Dimensionen/Bestandteile „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)	33
Tabelle 3: Mögliche Auswirkungen der Auslobung „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	35
Tabelle 4: Auswirkungen auf die Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)	41
Tabelle 5: Motivation der Leistungserbringer (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	42
Tabelle 6: (Bürokratischer) Aufwand durch ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen und steigende Komplexität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	43
Tabelle 7: Auswirkungen auf Image / öffentliche Wahrnehmung (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	44
Tabelle 8: Finanzielle Auswirkungen (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	44
Tabelle 9: Qualitätssicherung / internes Qualitätsmanagement (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	45
Tabelle 10: Positive Impulswirkungen durch Qualitätszu- und -abschläge (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)	46
Tabelle 11: Wirkungen im Gesamtsystem / Krankenhauslandschaft (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	46
Tabelle 12: Mögliche Auswahlkriterien von Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätszu- und -abschläge (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	48
Tabelle 13: Allgemeine Hinweise zur Verfahrensausgestaltung (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	51
Tabelle 14: Konkrete Hinweise zur Verfahrensumsetzung (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	52
Tabelle 15: Hinweise zur Anreizgestaltung (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	53
Tabelle 16: Thesen und Expertenaussagen zu Themenblock 1: „Außerordentlich gute“ Qualität	54
Tabelle 17: Fragen und Expertenaussagen zu Themenblock 2: Erwartete/bekannte Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen.....	56
Tabelle 18: Fragen und Expertenaussagen zu Themenblock 3: Kriterien zur Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsorientierte Vergütung eignen.....	56
Tabelle 19: Fragen und Expertenaussagen zu Themenblock 4: Konkretes Vorgehen und Herausforderungen eines Verfahrens mit Qualitätszu- und -abschlägen	57
Tabelle 20: Zu prüfende Sachverhalte, Beispielfragen und möglichen Gegenmaßnahmen.....	74

Tabelle 21: Gemeinsamkeiten und Besonderheiten in der Verfahrensauswahl und Entwicklung ohne und mit qualitätsorientierter Vergütung	78
Tabelle 22: Exemplarische Zeitplanung der Neuentwicklung eines QS-Verfahrens mit Qualitätszu- und -abschlägen	80
Tabelle 23: Gesetzliche Vorgaben und kritische Anmerkungen	83
Tabelle 24: Mögliche Abbildung der Qualitätsdimensionen durch Qualitätsindikatoren im Beispielthema	87
Tabelle 25: Prüfung möglicher Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschläge am Beispiel Kaiserschnittrate	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozess vom Versorgungsdefizit zur Auswahl des am besten geeigneten Qualitätssicherungsinstruments	16
--	----

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BCBSM	Blue Cross Blue Shield of Michigan Participating Hospital Agreement Incentive Program
BPfIV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflege-satzverordnung)
BPT	Best Practice Tariffs
BTE	Bridges to Excellence
CIRS-System	Critical Incident Reporting System
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
ED P4P	Emergency department pay-for-performance program
EFQM	European Foundation for Quality Management
FU	Follow-up
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG Systems	German Diagnosis Related Groups-System
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HAC	Hospital Acquired Conditions Program
HQID	Hospital Quality Incentive Demonstration Project
HRR	Hospital Readmission Reduction
HVBP	Hospital Value-Based Purchasing Program
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KH	Krankenhaus/-häuser
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistun-gen (Krankenhausentgeltgesetz)
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken-hausstrukturgesetz)
KK	Krankenkasse
LB	Leistungsbereich/Leistungsbereiche
LE	Leistungserbringer

Abkürzung	Bedeutung
M&M-Konferenz	Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenz
MassHealth	Massachusetts Hospital Pay for Performance Program
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MeSH	Medical Subject Headings
MHAC	Maryland Hospital Acquired Conditions Program
OECD	Organisation für Economic Co-Operation and Development
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QIDB	Qualitätsindikatorendatenbank
QM	Qualitätsmanagement
QOF	Quality and Outcomes Framework
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
QZAb	qualitätsorientierte Vergütung mit Zu- und Abschlägen; Qualitätszu- und -abschläge
RA	Risikoadjustierung
RL	Richtlinie
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TuP	Themen und Priorisierung
VBP	Value Based Purchasing
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG), das am 1. Januar 2016 in Kraft trat, wurde die Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung mit Zuschlägen für „außerordentlich gute“ und Abschlägen für „unzureichende“ Qualität in Deutschland flächendeckend ermöglicht. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragte das IQTIG am 20. Oktober 2016 in drei Teilschritten. In Schritt 1 und 2 sollte zunächst auf der Basis bereits bestehender Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung (Leistungen bzw. Leistungsbereiche der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)¹) eine erste Umsetzungsmöglichkeit geschaffen werden. Der Abschlussbericht dazu wurde dem G-BA am 13. November 2017 vorgelegt. Ein Beschluss zur Umsetzung wurde vom G-BA bisher nicht gefasst.

Der hier vorgelegte Abschlussbericht bezieht sich auf Schritt 3 der Beauftragung. Dieser umfasst die Entwicklung von Bewertungskriterien für „außerordentlich gute“ und „unzureichende“ Qualität sowie die Entwicklung von Kriterien, mit denen Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche ausgewählt werden können, die sich in besonderem Maße für ein Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) mit Zu- und -abschlägen eignen. Auf der Basis dieser Auswahlkriterien soll das IQTIG geeignete Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen für eine Neuentwicklung empfehlen.

Die Bearbeitung wurde in drei Teilen durchgeführt: (1) Aktualisierung und Ausrichtung der Literaturrecherche und der Projektrecherche zu Pay for Performance (P4P) auf die Fragestellungen von Schritt 3 der Beauftragung, (2) Sondierung der Lage in Deutschland hinsichtlich der Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen mittels qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews und der Durchführung eines Expertenworkshops sowie (3) Entwicklung von Empfehlungen im Hinblick auf ein QS-Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen. Der Schwerpunkt wurde dabei auf den Einbezug von Expertinnen und Experten gelegt, weil die Erkenntnisse aus internationalen P4P-Programmen aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und der spezifischen gesetzlichen Vorgaben im KHSKG nur bedingt auf deutsche Verhältnisse übertragbar sind.

Eine einheitliche Definition von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität konnte weder aus der Literatur noch aus bestehenden P4P-Programmen oder den Experteninterviews abgeleitet werden. Übereinstimmend wurde von den Expertinnen und Experten jedoch als Bewertungsgrundlage für „außerordentlich gute“ Qualität eine Qualitätsdarstellung über mehrere Dimensionen gefordert. Eine Qualitätsbewertung in nur einer Dimension wurde als nicht ausreichend angesehen. Die Inhalte, die durch eine solche mehrdimensionale Darstellung abgebildet werden sollten, lassen sich den Dimensionen des allgemeinen Rahmenkonzepts des IQTIG zuordnen (IQTIG 2018).

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 21. Juli 2016, in Kraft getreten am 1. Januar 2017. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 24.10.2018).

Das IQTIG empfiehlt dementsprechend für ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen eine mehrdimensionale Qualitätsbewertung auf der Grundlage der Qualitätsdimensionen des allgemeinen Rahmenkonzepts. „Außerordentlich gute“ Qualität soll über alle relevanten Dimensionen übergeordnet bewertet werden. Dazu ist eine Aggregation der Messungen zu einem Index erforderlich. Wie bereits im Abschlussbericht zu Schritt 1 empfohlen, soll ein Ausgleich „unzureichender“ Qualität in einem Bereich durch „außerordentlich gute“ Qualität in einem anderen Bereich nicht möglich sein. Für die Bewertung „außerordentlich guter“ Qualität hat das IQTIG ein Bewertungskonzept skizziert, das im Rahmen der Verfahrensentwicklung auf der Grundlage der entwickelten Qualitätsindikatoren weiter präzisiert werden muss. „Unzureichende“ Qualität soll das Unterschreiten von Anforderungen bedeuten, deren Erfüllung von allen Einrichtungen erwartet werden kann. Für die Entwicklung konkreter Bewertungsmaßstäbe müssen erst die weiteren Festlegungen zur Ausgestaltung der Vergütungszu- und -abschläge bekannt sein, die in einem zweiseitigen Vertrag zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband verhandelt werden sollen.

Spezifische Kriterien, nach denen Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche, die sich in besonderem Maße für eine qualitätsorientierte Vergütung eignen, ausgewählt werden können, fanden sich weder in Beschreibungen internationaler P4P-Programme noch in der wissenschaftlichen Literatur. Die internationalen P4P-Programme greifen auf die jeweils bestehenden QS-Verfahren zurück, ohne darzulegen, warum sie diese als besonders geeignet für P4P ansehen werden oder nach welchen Gesichtspunkten diese (gezielt) ausgewählt wurden. Eine Verfahrensneuentwicklung speziell für Qualitätszu- und -abschläge erfolgte in diesen Programmen nicht. Die Auswahlkriterien, die von den Expertinnen und Experten in den Interviews genannt wurden, wie beispielsweise Relevanz und Verbesserungspotenzial, sind zwar wichtig für die Auswahl von Versorgungsbereichen für QS-Verfahren allgemein, jedoch nicht spezifisch für das Instrument der Qualitätszu- und -abschläge. Die Aussagen der Expertinnen und Experten, welche Charakteristika geeignete Versorgungsbereiche kennzeichnen, differierten stark und waren zum Teil gegensätzlich, je nachdem welche möglichen Effekte – positive versus negative Anreize von Qualitätszu- und abschlägen – als ausschlaggebend angesehen wurden. Sowohl aus der Literatur als auch aus den Experteninterviews wurde deutlich, dass bei der Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen mit unerwünschten Auswirkungen (z. B. Patientenselektion, Verschlechterung der Indikationsqualität) gerechnet werden muss. Somit stellte sich die im jeweiligen Bereich zu erwartende Wirksamkeit bzw. das Verhältnis von Nutzen und Risiko als ein wesentliches Kriterium heraus für eine Entscheidung über die Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen.

Die durch das IQTIG ermittelten Auswahlkriterien entsprechen weitgehend denen, die auch das Themenfindungs- und Priorisierungsverfahren für Themen der Qualitätssicherung (TuP-Verfahren) des G-BA vorsieht. Für QS-Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen spezifische Auswahlkriterien sind nach Auffassung des IQTIG zum einen die Darstellbarkeit „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität, zum anderen die erwartete Wirksamkeit von Qualitätszu- und -abschlägen, d. h. eine positive Nutzen-Risiko-Bewertung im jeweiligen Versorgungsbereich. Nur wenn diese beiden Kriterien erfüllt sind, können Qualitätszu- und -abschläge erfolgversprechend eingesetzt werden. Sowohl die Darstellbarkeit „außerordentlich guter“ Qualität als auch die Nutzen-Risiko-Bewertung können aufgrund der sehr unterschiedlichen Gegebenheiten in den verschiedenen

Versorgungsbereichen nur bezogen auf konkrete Versorgungsbereiche geprüft werden. Aus diesem Grund empfiehlt das IQTIG, dass der G-BA in einem ersten Schritt mittels des TuP-Verfahrens konkrete Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche priorisiert, für die er eine anschließende Prüfung hinsichtlich der Darstellbarkeit von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität über die Dimensionen des Rahmenkonzepts (IQTIG 2018) und der erwarteten Wirksamkeit (Risiko-Nutzen-Verhältnis) in Auftrag geben möchte. Die Möglichkeit einer mehrdimensionalen Qualitätsbeurteilung „außerordentlich guter“ Qualität kann durch das IQTIG in einer dann zu beauftragenden Konzeptstudie erfolgen, wohingegen die Frage des Verhältnisses von Nutzen und Risiko nur teilweise in der Konzeptstudie beantwortet werden kann. Insbesondere Fragen zu den zu erwartenden ökonomischen Wirkungen sind wichtig für die Nutzen-Risiko-Bewertung, können aber vom IQTIG nicht beantwortet werden, sondern erfordern weitergehende komplexe Untersuchungen (z. B. Modellrechnungen).

Die gefundenen spezifischen Kriterien mehrdimensionale Darstellbarkeit „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität und erwartete Wirksamkeit (Nutzen-Risiko-Verhältnis) eignen sich nicht als Filter, der über alle Versorgungsthemen hinweg zur primären Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen angewendet werden kann. Das IQTIG kann daher im vorliegenden Bericht keine konkreten, in besonderem Maße geeigneten Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätszu- und -abschläge vorschlagen. Nach Vorauswahl von konkreten Versorgungsthemen im TuP-Verfahren kann der G-BA auf der Basis einer Konzeptstudie, in der zum ausgewählten Thema die mehrdimensionale Darstellbarkeit „außerordentlich guter“ Qualität geprüft wird, und auf der Basis weiterer (wissenschaftlicher) Untersuchungen zur Nutzen-Risiko-Bewertung eine Entscheidung über eine Beauftragung zur Verfahrensneuentwicklung treffen. Eine kurzfristige Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen ist auf der Grundlage einer Verfahrensneuentwicklung nach Auffassung des IQTIG aber nicht möglich. Vor der Beauftragung einer Konzeptstudie wäre aus Sicht des IQTIG insbesondere zu bedenken, ob der zu betreibende Prüfaufwand zur Einschätzung der Erfolgsaussichten von Qualitätszu- und -abschlägen bei der vorhandenen Evidenzlage gerechtfertigt ist.

1 Auftrag

1.1 Gesetzliche Grundlagen

Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz, KHSVG), das zum 1. Januar 2016 in Kraft trat, griff die Bundesregierung das Vorgehen vieler westlicher Industrienationen auf, mithilfe qualitätsorientierter Vergütungsanteile einen Anreiz zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu setzen: „Die Qualität der Krankenhausversorgung soll zukünftig eine noch größere Rolle spielen und noch strenger kontrolliert und konsequent verbessert werden“ (BMG 2017). Im Rahmen dieser *Qualitätsoffensive* wurde im § 136b SGB V u. a. verankert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für zugelassene Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 2017 einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen beschließt, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollten dann bis zum 30. Juni 2018 (§ 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG i. V. m. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BPflV) die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen für „außerordentlich gute“ und „unzureichende“ Qualität auf der Grundlage der Vorgaben des G-BA nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V in einer Rahmenvereinbarung festlegen.

§ 5 Abs. 3a KHEntgG regelt Folgendes:

Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit „außerordentlich guter“ oder „unzureichender“ Qualität auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V und auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 4 einen Qualitätszu- oder -abschlag. Qualitätszu- oder -abschläge sind bezogen auf die betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils für Aufnahmen ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung anzuwenden. Sie sind für Aufnahmen bis zum letzten Tag des Monats anzuwenden, in dem die Vertragsparteien nach Satz 1 feststellen, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen nicht mehr vorliegen. Sofern die Vertragsparteien nach Satz 1 „unzureichende“ Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres ab dem Vereinbarungszeitpunkt zu beseitigen sind; in dieser Zeit sind keine Qualitätsabschläge zu erheben. Werden die Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt, ist der vereinbarte Qualitätsabschlag zu erheben, sofern die Vertragsparteien feststellen, dass die Voraussetzungen für die Erhebung weiterhin vorliegen; dabei ist der Qualitätsabschlag für die Dauer von zwölf Kalendermonaten in doppelter Höhe zu erheben. Die zeitliche Begrenzung für die Erhebung von Qualitätsabschlägen nach § 8 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 auf höchstens drei Jahre ist zu beachten.

§ 8 Abs. 4 KHEntgG ergänzt:

Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten Abschläge nach § 137 Absatz 1 oder Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen. Entgelte dürfen für eine Leistung nicht berechnet werden, wenn (...) für diese Leistung in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren gemäß § 5 Absatz 3a Qualitätsabschläge erhoben wurden und der Qualitätsmangel fortbesteht.

Besteht ein mit Abschlägen geahndeter Qualitätsmangel über drei Jahre hinaus, so regelt dies § 8 Abs. 1b KHG:

Plankrankenhäuser, ... für die in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes erhoben wurden, sind insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend.

Bisher hat der G-BA keinen Beschluss zu Leistungen oder Leistungsbereichen gefasst, die sich für eine qualitätsorientierte Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sodass auch von Vertragspartnern bisher keine Vereinbarungen zur Ausgestaltung der Qualitätszu- und -abschläge getroffen wurden.

1.2 Auftrag des G-BA

Auf der Grundlage des KHSg hat der G-BA am 20. Oktober 2016 das IQTIG mit der Entwicklung eines QS-Verfahrens für Qualitätszu- und -abschläge (QZAb) beauftragt. Diese Beauftragung umfasst die folgenden Punkte:

- a) Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen nach § 136b Abs. 1 Nr. 5 SGB V eignen
- b) Auswahl, Weiterentwicklung oder Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren unter Darlegung der Qualitätsziele im Sinne von § 136b Abs. 1 Nr. 5 SGB V zur jeweiligen Leistung oder zum jeweiligen Leistungsbereich
- c) Entwicklung von Bewertungskriterien für „außerordentlich gute“ und/ oder „unzureichende“ Qualität im Sinne von § 136b Abs. 9 Sätze 3 und 4 SGB V
- d) Entwicklung eines Verfahrens, das gemäß § 136b Abs. 9 Sätze 3 bis 5 SGB V insbesondere eine jährliche Veröffentlichung der Bewertungskriterien sowie möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den vom G-BA festzulegenden Qualitätsindikatoren an das Institut nach § 137a SGB V sicherstellt sowie eine zeitnahe Bereitstellung der Auswertungsergebnisse durch das Institut nach § 137a SGB V für die Krankenhäuser und Krankenkassen gewährleistet

Für die Bearbeitung wurde am 20. Oktober 2016 ein gestuftes Vorgehen in drei Schritten beauftragt (G-BA 2016), welches in einem Plenumsbeschluss vom 21. September 2017 hinsichtlich

Schritt 1 und 2 der Beauftragung an das IQTIG neu gefasst wurde (G-BA 2017). Mit diesem Beschluss entfiel Schritt 2 der Beauftragung, in dem ursprünglich die Bearbeitung eines zweiten Leistungsbereiches vorgesehen war. Schritt 2 wurde im Rahmen der Auftragsanpassung in den Schritt 1 der Beauftragung vorgezogen (G-BA 2017).

In Schritt 1 sollte aufgrund der engen zeitlichen Vorgaben durch den Gesetzgeber auf die bestehenden Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung zurückgegriffen werden. Da auf Grundlage der bestehenden Indikatoren nach der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)² eine angemessene Darstellung der „außerordentlich gute“ Qualität aus Sicht des IQTIG als nicht möglich erachtet wurde, wurde das in Schritt 1 vorgelegte Konzept für Qualitätszuschläge ausdrücklich als *Interimskonzept* für „außerordentlich gute“ Qualität entwickelt³. Begründet wurde dies damit, dass die Indikatoren der Verfahren der QSKH-RL Mindeststandards abbilden, deren Einhaltung grundsätzlich zu fordern ist. Darüber hinaus fokussieren die bisherigen Indikatoren stark auf Indikatoren zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse und bilden Qualität nicht umfassend genug ab. Für die Zielsetzung, „außerordentlich gute“ Qualität zu identifizieren, werden daher Weiter- oder Neuentwicklungen als erforderlich angesehen, insbesondere im Hinblick auf den Einbezug der Patientenperspektive (Doebler und Geraedts 2018).

Der hier vorgelegte Bericht bezieht sich auf Schritt 3 der Beauftragung. Dieser umfasst die Entwicklung eines Konzepts, das Kriterien beinhaltet, auf deren Basis Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche, die sich in besonderem Maße für ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen eignen, identifiziert und ausgewählt werden sollen. Zudem soll es ein Bewertungskonzept für die Darlegung von „außerordentlich guter“ Qualität beinhalten. Die Anwendung der entwickelten Kriterien soll zu Empfehlungen hinsichtlich einer späteren Neuentwicklung von Verfahren mit qualitätsorientierten Zu- und Abschlägen unabhängig von den bestehenden Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung führen. Die Neuentwicklung einsatzfähiger Qualitätsindikatoren und von dazugehörigen Bewertungskriterien soll dann durch das IQTIG in einem nachgelagerten Schritt erfolgen. Voraussetzung hierfür ist eine Beschlussfassung des G-BA zu besonders geeigneten Leistungen oder Leistungsbereichen für ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen, auf Grundlage der Empfehlungen durch das Institut nach § 137a SGB V (G-BA 2016).

1.3 Auftragsverständnis des IQTIG

1.3.1 Einordnung der Beauftragung zu Schritt 3 in die Verfahren der Qualitätssicherung

Schritt 3 der Beauftragung soll gegenüber Schritt 1 den Blick über die bestehenden QS-Verfahren der QSKH-RL hinaus auf die Erschließung neuer Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche für eine qualitätsorientierte Vergütung eröffnen.

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 20. September 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 28.01.2019).

³ Der Abschlussbericht zu Schritt 1 der Beauftragung ist bisher nicht veröffentlicht.

Damit wird die Bearbeitung der Frage, welche Bereiche des deutschen Gesundheitswesens sich für den Einsatz des Instruments Qualitätszu- und -abschläge als Anreiz für eine weitere Verbesserung der Versorgungsqualität besonders gut eignen würden, in den Fokus gerückt. Für die Auswahl dieser Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche sollen Kriterien entwickelt werden. Im hier vorliegenden Auftrag steht also das Instrument im Mittelpunkt, für das „geeignete“ Einsatzbereiche gesucht werden.

Aus einer übergeordneten Sicht der Qualitätssicherung ist jedoch der Ausgangspunkt jedes QS-Verfahrens ein Qualitätsdefizit, das behoben werden soll (IQTIG 2017), sodass die Frage eigentlich umgekehrt zu stellen ist: Welches Instrument eignet sich besonders gut, um die Versorgungsqualität hinsichtlich eines vorliegenden Qualitätsdefizits zu verbessern?

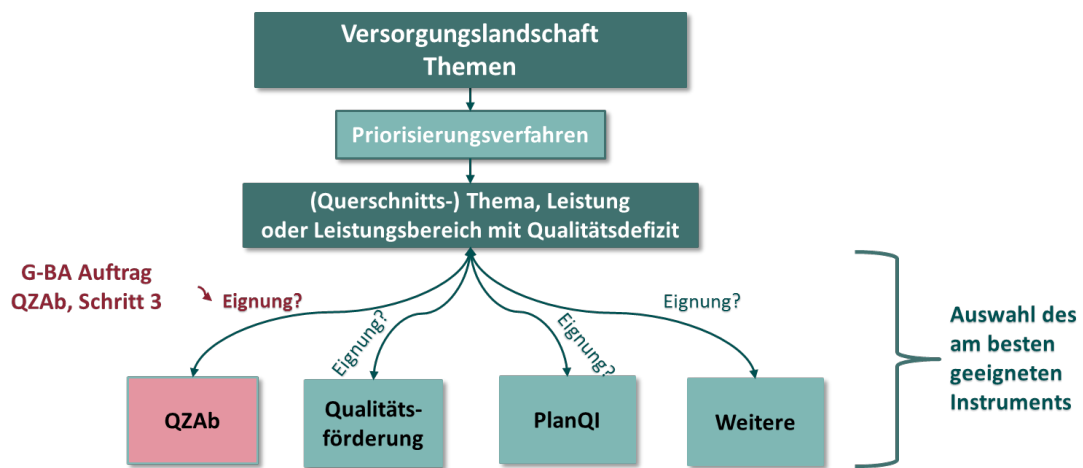


Abbildung 1: Prozess vom Versorgungsdefizit zur Auswahl des am besten geeigneten Qualitätssicherungsinstruments

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Schritte zur Auswahl von Qualitätsthemen mit Verbesserungspotenzial sowie die sich anschließende Auswahl des (zur Verbesserung der Versorgungsqualität) geeigneten Qualitätssicherungsinstrumentes. Aus der Versorgungslandschaft werden mittels eines Priorisierungsverfahrens relevante (Querschnitts-)Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche ausgewählt, die ein Qualitätsdefizit aufweisen und für die mit Dringlichkeit eine Verbesserung der Versorgungsqualität angestrebt wird. Für jedes der ausgewählten Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche mit Qualitätsdefizit kommt eine Vielzahl an Qualitätssicherungsinstrumenten in Frage (z. B. Mindestmengen, Strukturvorgaben, planungsrelevante Qualitätsindikatoren), mit der das vorliegende Qualitätsdefizit angegangen werden könnte. Eines dieser Instrumente ist eine qualitätsorientierte Vergütung mit Zu- und Abschlägen. Für jedes der ausgewählten Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche wäre nun das am besten geeignete Instrument auszuwählen, um im anvisierten Bereich die vorher festgelegten Ziele möglichst gut und effizient zu erreichen. Hierzu müsste für jedes anvisierte Thema, jede Leistung oder jeden Leistungsbereich geprüft werden, welches der zur Verfügung stehenden Qualitätssicherungsinstrumente das am besten geeignete Instrument ist. Dafür gibt es derzeit kein etabliertes Prozedere. Die hier zu bearbeitende Beauftragung des G-BA sieht hingegen vor, Themen, Leis-

tungen und Leistungsbereiche auf ihre Eignung für den Einsatz des Instruments der qualitätsorientierten Vergütung mit Zu- und Abschlägen zu prüfen. Die Prüfung, welches der alternativ zur Verfügung stehenden Instrumente sich zur Verbesserung der Versorgungsqualität am besten eignet, ist aktuell nicht vorgesehen, da der Auftrag nicht beinhaltet, vergleichende Kriterien für die Auswahl des passendsten Instruments zu erarbeiten. Für den vorliegenden Bericht zu Schritt 3 der Beauftragung werden daher Kriterien entwickelt, anhand derer für gegebene Themenbereiche geprüft werden kann, ob Qualitätszu- und Abschläge als ein mögliches Qualitätssicherungsinstrument infrage kommen.

1.3.2 Abgrenzung des Auftrags

Zentrale Aufgabe des IQTIG ist es, ein Konzept für die Bewertung „unzureichender“ und „außerordentlich guter“ Qualität zu schaffen. Es muss also sichergestellt sein, dass Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche ausgewählt werden, für die die Qualitätsdarstellung auf das Instrument (Qualitätszu- und -abschläge) abgestimmt werden kann. Hierzu soll insbesondere ein Bewertungskonzept für „außerordentlich gute“ Qualität entwickelt werden. Der vorliegende Bericht verwendet den Begriff „unzureichende Qualität“ im Kontext von Qualitätszu- und -abschlägen als unbestimmten Rechtsbegriff aus §5 Abs. 3a KGEntgG. Dieser ist nicht gleichzusetzen mit „unzureichender Qualität“ nach §11 Abs. 8 plan.QI-RL des G-BA.

Wie bereits in Schritt 1 liegen auch in Schritt 3 wesentliche Teile der konkreten Gestaltung der Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen außerhalb der Beauftragung. So ist die Gestaltung der finanziellen Anreize hinsichtlich der zeitlichen Vorgaben, wann Qualitätszuschläge zu zahlen sind (sofort) und wann Qualitätsabschläge erhoben werden (erst nach dem zweiten Jahr der Auffälligkeit), festgelegt und die Höhe und Ausgestaltung der Qualitätszu- und -abschläge wird zu einem späteren Zeitpunkt von den Vertragspartnern Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vereinbart. Diese Vorgaben und späteren Vereinbarungen werden großen Einfluss auf die Wirksamkeit des Verfahrens haben und auch das Bewertungskonzept beeinflussen. Auch die gesetzlichen Vorgaben enthalten Festlegungen, die das Verfahren maßgeblich beeinflussen. An entsprechender Stelle wird im Bericht darauf hingewiesen.

2 Methodische Herangehensweise

Im Rahmen des vorliegenden Abschlussberichtes zu Schritt 3 soll ein Konzept für die zukünftige Neuentwicklung von QS-Verfahren für Qualitätszu- und -abschläge außerhalb der QSKH-RL entwickelt werden. Diesem Beauftragungsschritt (siehe Kapitel 1 und insbesondere Abschnitt 1.3) ging ein Beauftragungsschritt voraus, auf dem aufgebaut wurde. In Schritt 1 der Beauftragung wurde bereits eine ausführliche Literaturrecherche zu Pay-for-Performance im Gesundheitswesen durchgeführt (siehe auch Abschnitt 2.1). Der Schwerpunkt des dritten Beauftragungsschrittes wurde vom IQTIG auf die Sondierung der nationalen Lage hinsichtlich der Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen gelegt, da die Übertragbarkeit der internationalen Erkenntnisse hinsichtlich einer Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen auf Deutschland, u.a. unter den bestehenden gesetzlichen Vorgaben, nur bedingt möglich ist. Die Einbindung von externen Expertinnen und Experten verfolgte dementsprechend übergeordnet das Ziel, Kriterien oder relevante kontextuelle Faktoren zu identifizieren, die für eine zielführende Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereich und bei einer möglichen Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung in Deutschland berücksichtigt werden sollten.

Die Bearbeitung des aktuellen Auftrags wurde in drei Teilen durchgeführt.

Teil 1: Aktualisierung der Erkenntnisse zu Pay for Performance aus der wissenschaftlichen Literatur sowie aus international etablierten P4P-Programmen

Es kann auf die umfassende Literaturrecherche zu Pay for Performance aus dem Gutachten des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit von 2012 (Veit et al. 2012) sowie, darauf aufbauend, auf die im Rahmen von Schritt 1 des G-BA-Auftrags zu qualitätsorientierter Vergütung durchgeführte Recherche nach systematischen Reviews für den Zeitraum 2011 bis 2016 zum Thema Pay for Performance bzw. qualitätsorientierte Vergütung zurückgegriffen werden.⁴ Im vorliegenden Bericht, wurde zum einen ein Update der Recherche nach systematischen Reviews zum Thema Pay for Performance bzw. qualitätsorientierter Vergütung aus Schritt 1 für den aktuellen Zeitraum Januar 2016 bis Juli 2018 sowie zum anderen eine orientierende Recherche nach international etablierten Pay-for-Performance-Programmen hinsichtlich neuer Erkenntnisse zu qualitätsorientierter Vergütung durchgeführt. Der Schwerpunkt lag hierbei insbesondere auf den internationalen Erfahrungen. Auf eine umfassende Darstellung der Ergebnisse aus den vorangegangenen Recherchen wird verzichtet, es erfolgt jedoch eine Kurzzusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse (siehe Abschnitt 3.1).

Teil 2: Lage in Deutschland hinsichtlich der Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen

Der Fokus des zweiten Teils lag auf der Sondierung der nationalen Lage in Deutschland hinsichtlich der Einführung von qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen. Hierzu wurde eine umfassende Beteiligung von Expertinnen und Experten mit Expertise in den relevanten Bereichen (siehe Abschnitt 2.2) in einem zweistufigem Verfahren durchgeführt:

⁴ Der Abschlussbericht zu Schritt 1 der Beauftragung ist bisher nicht veröffentlicht.

1. Durchführung von qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews
2. Durchführung eines Expertenworkshops nach Abschluss und Auswertung der qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews

Teil 3: Empfehlungen im Hinblick auf ein QS-Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen

Im dritten Teil wurden Empfehlungen für eine zukünftige Umsetzung eines Verfahrens mit qualitätsorientierter Vergütung auf der Basis der Ergebnisse von Teil 1 und 2 entwickelt. Dafür wurden übergreifend die folgenden Punkte bearbeitet:

1. Konzept für die Definition und Bewertung „außerordentlich guter“ (und „unzureichender“) Qualität
2. Kriterien für die Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen für eine qualitätsorientierte Vergütung
3. Auswahlprozedere
4. Besonderheiten bei der Verfahrensentwicklung für Qualitätszu- und -abschläge, insbesondere Hinweise zur Vermeidung möglicher unerwünschter Auswirkungen
5. Anwendungsbeispiel

2.1 Orientierende Literatur- und Projektrecherche

Wirksamkeit und Effekte von Programmen mit qualitätsorientierter Vergütung sind durch zahlreiche internationale Studien untersucht worden. Im Sachstandsbericht des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit zu Pay for Performance im Gesundheitswesen wurde die Frage nach der Evidenz für die Wirksamkeit von Pay-for-Performance-Programmen umfassend (national/ international sowie ambulant/ stationär und zu verschiedenen Versorgungsaspekten) aufgearbeitet (Veit et al. 2012: 4 ff, Teil B). Im Rahmen von Schritt 1 des G-BA-Auftrags zu qualitätsorientierter Vergütung wurde die für das BQS-Gutachten durchgeführte Literaturrecherche für den Zeitraum 2011 bis 2016 aktualisiert. Dabei wurde die Recherche auf den stationären Bereich sowie auf systematische Reviews zum Thema Pay for Performance bzw. qualitätsorientierte Vergütung beschränkt. Darüber hinaus sind inzwischen auf internationaler Ebene verschiedene umfangreiche Berichte/ Reports, beispielsweise durch die Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) oder die European Observatory veröffentlicht worden, die sich mit dem Thema neue und qualitätsorientierte Vergütungsformen im Gesundheitswesen beschäftigen (Cashin et al. 2014, OECD 2016a). Ziel des Updates der Literaturrecherche aus Schritt 1 sowie der Projektrecherche war es, neue Erkenntnisse im Bereich Pay for Performance bzw. qualitätsorientierter Vergütung zu identifizieren, die über die bereits vorliegenden hinausgehen. Um einen Überblick über den aktuellen Stand der existierenden Pay-for-Performance-Projekte zu erhalten, wurde auf der Grundlage des BQS-Gutachten von 2012 (Veit et al. 2012), des Reports von der European Observatory aus dem Jahr 2014 (Cashin et al. 2014) sowie des Reports „Better Ways to Pay for Healthcare“ der OECD (OECD 2016a) eine Internetrecherche auf Websites von Gesundheitsministerien, Gesundheitsbehörden sowie Qualitätsinitiativen verschiedener internationaler Länder durchgeführt.

In Abschnitt 3.1 und Abschnitt 3.2 erfolgt eine Kurzdarstellung des aktuellen Erkenntnisstandes zu Pay-for-Performance bzw. qualitätsorientierter Vergütung unter Einbezug der gefundenen Informationen aus der Literatur- und Projektrecherche dieses Beauftragungsschrittes.

2.2 Einbindung von externen Expertinnen und Experten

Die Expertenbeteiligung erfolgte durch das Einbinden von externen Expertinnen und Experten, die über praktische oder wissenschaftliche Erfahrung mit Krankenhausvergütung und qualitätsorientierten Vergütungsansätzen im Gesundheitswesen verfügen, sowie Vertreterinnen und Vertretern von Patientenorganisationen. Es wurden sowohl qualitative leitfadengestützte Experteninterviews als auch ein Expertenworkshop durchgeführt. Für die ausgewählten Expertinnen und Experten war entweder eine Teilnahme an einem qualitativen leitfadengestützten Experteninterview oder die Teilnahme am Expertenworkshop möglich. Die Durchführung des Expertenworkshops erfolgte nach der Auswertung der qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews. Ziel des Expertenworkshops war es, die Ergebnisse der Einzelinterviews hinsichtlich der Entwicklung eines Konzepts für die Einführung von qualitätsorientierten Zu- und Abschlägen zu diskutieren. Zu den Erkenntnissen, die bis zu diesem Zeitpunkt aus den Ergebnissen gewonnen worden waren, wurde die Einschätzung der Expertinnen und Experten im Workshop eingeholt.

Die ausgewählten Expertinnen und Experten wurden im Vorfeld zu potenziellen Interessenkonflikten befragt. Diese wurden durch die zuständige Kommission für Interessenkonflikte des IQTIG gesichtet und bewertet (der Fragenkatalog des „Formblatts zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ findet sich in Anhang A). Es wurden keine Interessenkonflikte durch die Kommission beanstandet.

2.2.1 Auswahl der Expertinnen und Experten

In einem öffentlichen Registrierungsaufruf, u. a. über die Website des IQTIG, wurden interessierte Expertinnen und Experten eingeladen, sich für die Teilnahme an einem Einzelinterview oder an einem Expertenworkshop zu registrieren. Die Registrierung war im Zeitraum vom 20. Februar bis 19. März 2018 möglich. Ergänzend zur Veröffentlichung des Registrierungsaufrufs auf der Website des IQTIG wurden verschiedene wissenschaftliche Fachgesellschaften, Organisationen, Universitäten und Einzelpersonen (z. B. Autorinnen und Autoren einschlägiger Fachliteratur) vom IQTIG angeschrieben, um auf das Registrierungsverfahren aufmerksam zu machen.

Konkret wurden folgende Personengruppen aufgerufen, sich als externe Expertinnen und Experten registrieren zu lassen:

- wissenschaftliche Expertinnen und Experten (Gesundheitssystemfragen):
 - Fachexpertinnen und -experten aus dem übergeordneten Versorgungskontext, z. B. Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung, Public Health
 - mit besonderer Expertise in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Fragen der Qualitätsentwicklung (z. B. Über-, Unter- und Fehlversorgung, exzellente Versorgung) möglichst im Zusammenhang mit Vergütungsmodalitäten / ökonomischen Anreizen

- möglichst besondere Expertise zu Pay-for-Performance-Projekten / qualitätsorientierter Vergütung
- Expertinnen und Experten mit praktischer Erfahrung in:
 - der Geschäftsführung / im Management und/oder Controlling eines Krankenhauses
 - der Qualitätssicherung / im internen Qualitätsmanagement in der jeweiligen Einrichtung
 - der Krankenhausvergütung, Vertrags- oder Budgetverhandlungen (auch von Kostenträgerseite)
- Expertinnen und Experten der Patientenvertretung:
 - Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter einer Patienten- oder Verbraucherschutzorganisation, möglichst mit Erfahrung oder Einblicken im Bereich übergeordneter Gesundheitssystemfragen

Ziel der Auswahl war, dass die hinzugezogenen Expertinnen und Experten die notwendige fachliche Kompetenz mitbringen und durch die verschiedenen Erfahrungen und Perspektiven ein insgesamt ausgewogenes Bild erreicht wird. Bei den Experteninterviews wurde insbesondere auf Ausgewogenheit in der Expertise und hinsichtlich unterschiedlicher Perspektiven der verschiedenen Expertinnen und Experten mit wissenschaftlichem Hintergrund und praktischer Erfahrung (Controlling, Management in Einrichtungen) geachtet. Beim Expertenworkshop lag der Fokus auf der Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise. Die Patientenvertretung nach § 140f SGB V war jeweils mit einer Person bei den Experteninterviews und dem Expertenworkshop vertreten. Im Detail wurden für die Auswahl folgende Kriterien zugrunde gelegt:

1. formal: Vollständigkeit der eingereichten Unterlagen, keine relevanten Interessenkonflikte
2. inhaltlich: Erfüllung der Registrierungskriterien; insbesondere (langjährige, praktische) Erfahrung, fachliche Kompetenz, mögliche zusätzliche Qualifikationen beispielsweise im Bereich Qualitätsentwicklung.
3. Hinsichtlich der Auswahl der Expertinnen und Experten aus dem Krankenhausbereich wurde darauf geachtet, Krankenhäuser unterschiedlicher Trägerschaften (kirchlich, öffentlich, privat), unterschiedlicher Versorgungsstufen und aus unterschiedlichen Bundesländern und Regionen (groß-, mittelstädtisch, ländlich) einzubeziehen.

2.3 Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews

2.3.1 Ziele der qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews

Übergeordnete Ziele der qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews war die Identifikation von

- möglichen Dimensionen/ Bestandteilen von „außerordentlich guter“ (und „unzureichender“) Versorgungsqualität,
- positiven und negativen Auswirkungen/ Einflussfaktoren der derzeitigen Finanzierungsmodalitäten in deutschen Krankenhäusern auf die Versorgungsqualität,

- relevanten kontextuellen Einflussfaktoren und Fehlanreizen bzw. unerwünschten Effekten, die im Hinblick auf eine Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung im stationären Sektor voraussichtlich einen besonderen Stellenwert einnehmen werden, und
- möglichen Auswahlkriterien oder kontextuellen Faktoren, auf denen die Auswahl von Themenbereichen, Leistungen oder Leistungsbereichen für eine qualitätsorientierte Vergütung beruhen sollte (z. B. die Gesetzgebung, die herrschenden Vergütungsmodalitäten, die Versorgung im Rahmen eines Kollektivvertrags).

Wie bereits in Kapitel 1 dargelegt, soll das IQTIG ein Konzept zur Bewertung von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität erstellen. Um mithilfe der Expertinnen und Experten bereits vorhandene theoretische Konzepte und Bestandteile oder Dimensionen von „außerordentlich guter“ Qualität zu identifizieren, wurde, ohne zunächst einen Bezug zu konkreten Leistungen herzustellen, in den Experteninterviews danach gefragt, was aus ihrer Sicht „außerordentlich gute“ Versorgungsqualität ausmacht und worin „unzureichende“ Qualität besteht. Darüber hinaus war es das Ziel dieses Themenblocks, mögliche Auswirkungen zu identifizieren, die sich durch die Auslobung von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität ergeben.

In einem weiteren Themenblock wurde nach möglichen Auswirkungen der derzeitigen Vergütungsmodalitäten auf die Versorgungsqualität gefragt. Hintergrund dieser Frage ist die Tatsache, dass Qualitätszu- und -abschläge auf die derzeitigen Vergütungsmodalitäten aufsetzen und es daher ggf. zu Interferenzen mit der aktuellen Vergütung kommen könnte. Diese könnten wiederum die Wirksamkeit von Qualitätszu- und -abschlägen beeinträchtigen. Bezogen auf den stationären Sektor wurden die Expertinnen und Experten nach direkten finanziellen sowie indirekten finanziellen Anreizen im Rahmen der derzeitigen Vergütungsmodalitäten gefragt. Hiermit in Zusammenhang sollte aus Expertensicht außerdem eingeschätzt werden, welche positiven und negativen Anreize durch die Einführung von qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen (unter bestimmten Konstellationen, u. a. bestehenden Strukturen, Konkurrenzsituation der Leistungserbringer) hinzukommen, welche schon bestehenden Fehlanreize ggf. verstärkt werden und unter welchen Bedingungen bzw. hinsichtlich welcher Versorgungsdefizite eine Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen in Deutschland sinnvoll erscheint. Das übergeordnete Ziel der qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews war die Ableitung von möglichen (Auswahl-) Kriterien oder zu berücksichtigende kontextuelle Faktoren, auf denen die Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen für eine qualitätsorientierte Vergütung beruhen sollte. Die Übertragbarkeit der Erkenntnisse internationaler Erfahrungen mit Pay-for-Performance-Programmen ist aufgrund der spezifischen Rahmenbedingungen in Deutschland (u.a. durch die gesetzlichen Vorgaben) nur bedingt möglich. Der Ableitung von (Auswahl-) Kriterien und/ oder kontextuellen Faktoren auf Grundlage der Expertenbeteiligung kommt aus diesem Grund besondere Bedeutung zu.

Um der unterschiedlichen Expertise der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner gerecht zu werden, wurden zwei verschiedene Versionen des Leitfadens entwickelt: ein Leitfaden für die Expertinnen und Experten mit praktischer Erfahrung aus dem Krankenhaus und einer für die Expertinnen und Experten mit wissenschaftlicher Expertise (siehe Anhang B). Vertreterinnen der Patientinnen und Patienten wurden mittels des Leitfadens für Expertinnen und Experten mit

wissenschaftlicher Expertise befragt, da die spezifischen Fragen hinsichtlich der Krankenhäuser für diese nicht relevant waren. Ergänzend zu den Interviewleitfäden, wurde ein Kurzfragebogen entwickelt, der von allen ausgewählten Expertinnen und Experten ausgefüllt wurde. Die Angaben des Kurzfragebogens dienen einer Kurzbeschreibung der Expertinnen und Experten mit denen ein Interview geführt wurde, beispielsweise bezogen auf die jeweilige Expertise (siehe Anhang C). Ergänzend wurden während der Durchführung der Experteninterviews Protokolle angefertigt.

2.3.2 Durchführung der Experteninterviews und Auswertung des Datenmaterials

Der vorab entwickelte Interviewleitfaden wurde IQTIG-intern auf Verständlichkeit der Fragen und Durchführbarkeit des Interviews (voraussichtliche Dauer etc.) getestet. Die leitfadengestützten Interviews wurden protokolliert und aufgezeichnet sowie anschließend durch einen externen Dienstleister transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung erfolgte mithilfe der Software MAXQDA. Die Auswertung der anonymisierten Transkripte erfolgte interviewübergreifend in Anlehnung an die zusammenfassende Inhaltsanalyse und die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse (Mayring 2015, Kuckartz 2014). Die Protokolle und Kurzfragebögen wurden dabei unterstützend hinzugezogen.

2.4 Expertenworkshop

Um die Erkenntnisse, die aus den qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews hervorgegangen sind, zu fundieren, wurde am 30. August 2018 ein Expertenworkshop durchgeführt. Hierbei wurden schwerpunktmäßig Expertinnen und Experten mit wissenschaftlicher Expertise einbezogen (siehe Abschnitt 3.4). Ein weiteres Ziel des Expertenworkshops war die Diskussion der vorläufigen Ergebnisse hinsichtlich der Ausgestaltung eines Verfahrens mit Qualitätszu- und -abschlägen. Die Ergebnisse des Workshops wurden protokolliert und im vorliegenden Bericht berücksichtigt.

Grundsätzlich sollten die Fragen bearbeitet werden, wo qualitätsorientierte Zu- und Abschlüsse in Deutschland sinnvoll einsetzbar sind und welche Gesichtspunkte bei einer Verfahrensentwicklung berücksichtigt werden sollten. Hierzu wurden verschiedene Themenblöcke entwickelt, zu welchen den eingeladenen Expertinnen und Experten die Ergebnisse vorgestellt wurden. Im Workshop erfolgte, unter besonderer Berücksichtigung kontroverser Punkte anhand verschiedener zu den Themenblöcken passender Thesen, eine ausführliche Diskussion.

Folgende Themenblöcke wurden diskutiert:

- „außerordentlich gute“ Qualität
- erwartete/ bekannte Auswirkungen qualitätsorientierter Zu- und Abschlüsse
- Auswahl von Bereichen, die sich für eine qualitätsorientierte Vergütung eignen
- konkretes Vorgehen und Herausforderungen eines Verfahrens mit qualitätsorientierten Zu- und Abschlüssen

3 Ergebnisse

3.1 Kurzzusammenfassung bisheriger Erkenntnisse aus wissenschaftlicher Literatur zu Pay for Performance

Im Rahmen des Updates der Literaturrecherche aus Schritt 1 konnten zwei weitere relevante Reviews identifiziert werden (Herbst und Emmert 2017, Markovitz und Ryan 2017).

Umfassende, zum Teil staatliche Pay-for-Performance-Programme gibt es inzwischen vor allem im angelsächsischen Raum (USA, Großbritannien, Australien). In der Regel stellen diese Programme zusätzliche Elemente auf der Basis des bestehenden Vergütungssystems dar und werden mit anderen qualitätsfördernden Maßnahmen (z. B. Feedback, Qualitätsbenchmarks, Public Reporting) kombiniert. Anfang 2016 berichten Milstein und Schreyoegg (2016) in ihrem Review von mindestens 34 Pay-for-Performance-Programmen im stationären Setting in den OECD-Ländern. Auch in Deutschland wurden finanzielle Anreize als ein mögliches Instrument zur Qualitätsverbesserung der Versorgung seit Längerem immer wieder diskutiert (SVR 2007, Veit et al. 2012). Eine konkrete Umsetzung einer qualitätsorientierten Vergütung war in Deutschland ansonsten bisher (ausschließlich) auf der Ebene von Selektivverträgen möglich. Über 20 Jahre nach Einführung von Pay-for-Performance-Programmen vor allem im angelsächsischen Raum (USA, Großbritannien, Australien) erfolgt die Gestaltung von qualitätsorientierten Vergütungsmodellen immer noch mehr anhand theoretischer und pragmatischer Überlegungen als auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse. Empirisch generierte Evidenz für den konkreten Einfluss bestimmter Designelemente fehlt weiterhin (Eijkenaar 2012). Was ein gutes Programmdesign ausmacht, hängt darüber hinaus von den spezifischen Gegebenheiten im jeweiligen Gesundheitswesen ab. Ansätze aus anderen Ländern mit anderen Gesundheitssystemen lassen sich daher nicht oder nur bedingt auf Deutschland übertragen und Vorhersagen zu den Auswirkungen bestimmter Programmdesigns sind kaum möglich. Die Frage, wie derartige Programme am besten implementiert werden sollen, ist weitgehend ungeklärt (Kondo et al. 2016) und die Auswirkungen einer qualitätsorientierten Vergütung auf die Versorgungsqualität sind noch nicht mit entsprechender Klarheit erfasst (Cashin et al. 2014). Auch deshalb sollte im Vorfeld eines Projektstarts auf jeden Fall bedacht werden, ob die angestrebte Verbesserung tatsächlich am ehesten durch finanzielle Anreize oder möglicherweise durch andere intensiviertere Maßnahmen erreicht werden kann (Veit et al. 2012, Teil C, Seite 54). Dabei sind bestehende Anreize, die im zugrunde liegenden Vergütungssystem bereits wirksam sind (z. B. Anreize zur Mengenausweitungen, die eventuell zu einer Beeinträchtigung der Indikationsqualität führen), besonders aufmerksam zu berücksichtigen. In der Regel empfiehlt es sich, eine qualitätsorientierte Vergütung erst dann in Betracht zu ziehen, wenn andere Maßnahmen wie z. B. die vergleichende Qualitätsmessung, das Feedback an die Leistungserbringer und ggf. das Public Reporting bereits angewandt wurden und gute Gründe dafür sprechen, dass finanzielle Anreize zusätzliche Verbesserungen bewirken könnten.⁵

⁵ Der Abschlussbericht zu Schritt 1 der Beauftragung ist bisher nicht veröffentlicht.

Nach wie vor gibt es nur etwa für die Hälfte der bestehenden Pay-for-Performance-Programme Evaluationsergebnisse (Milstein und Schreyoegg 2016). Die meisten der durchgeführten Evaluationen finden sich zu Projekten im angelsächsischen Raum und sind mit zahlreichen Limitationen wie kleinen Fallzahlen, fehlenden Kontrollgruppen oder Störgrößen behaftet, sodass nur wenige aussagekräftige Ergebnisse vorliegen (Milstein und Schreyoegg 2016). Diese wiederum lassen keine stringenten Aussagen zu nachhaltigen Qualitätsverbesserungen durch Pay-for-Performance-Programme zu. Zwar sind Qualitätsverbesserungen bei Prozessindikatoren festzustellen, diese spiegeln sich aber bei den klinischen Outcomes – sofern diese überhaupt in die Qualitätsmessung einbezogen wurden – nicht wider (Bhattacharyya et al. 2009). Ein aktuelles Review bestätigt diese Ergebnisse (Mendelson et al. 2017) ebenso wie die Untersuchungen verschiedener anderer Autorengruppen (Bottle et al. 2008, Downing et al. 2007, Crosson et al. 2009), die Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall oder Epilepsie betreffen. Die alleinige Verbesserung von Prozessqualität, die sich durch finanzielle Anreize möglicherweise punktuell erreichen lässt, führt demnach nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung des Outcomes. Bessere Ergebnisqualität bedarf oft multipler, komplexerer Veränderungen, die durch intrinsische Motivation auf der Basis von Edukation und Feedback möglicherweise besser erreicht werden können. Die Diskussion, ob durch finanzielle Anreize die Motivation der Leistungserbringer nicht sogar zum Nachteil für die Patientinnen und Patienten auf die formale Erfüllung von Vorgaben gelenkt wird und dadurch die intrinsische Motivation zu Qualitätsanstrengungen eher verlorengelht, ist kritisch zu führen (Lowther 2008, Snyder und Neubauer 2007).

Die Auswirkungen, die qualitätsorientierte Vergütungsprogramme haben, sind zusätzlich von internen und externen Faktoren des Krankenhauses abhängig, wie der jeweiligen Konkurrenzsituation oder der zugrunde liegenden Finanzlage. Beispielsweise wird das Ansprechen auf finanzielle Anreize dadurch beeinflusst, ob ein Krankenhaus regional der einzige Leistungserbringer ist und ob ausreichend finanzielle Mittel vorhanden sind, um die für die Verbesserung nötigen Investitionen tätigen zu können. Aber selbst wenn eine Verbesserung nach Einführung von Pay for Performance nachgewiesen wurde, lässt sich aus den Studienergebnissen in der Regel nicht darlegen, ob die erzielten Effekte nicht doch auf andere Anreize, wie z. B. die Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen (Public Reporting), zurückzuführen waren (Kondo et al. 2016).

Auch Markovitz und Ryan (2017) stellen in ihrem systematischen Review zum Vergleich von 21 verschiedenen Pay-for-Performance-Projekten aus dem ambulanten sowie stationären Bereich dar, dass die Heterogenität der Performanceleistung von Faktoren abhängt, die durch Pay-for-Performance-Programme nicht gesteuert werden können. Weiterhin stellen die Autoren fest, dass durch die eingeschränkte Auswahl von Pay-for-Performance-Programmen die externe Validität begrenzt ist und somit die Studienergebnisse nicht auf andere Länder übertragbar sind (Markovitz und Ryan 2017).

Insgesamt muss die Wirksamkeit von Programmen mit qualitätsorientierter Vergütung sehr vorsichtig bewertet werden. Die komplexen Zusammenhänge medizinischer Versorgung und sich überlagernder Motivationslagen und die Anreize, die durch die zugrunde liegende Basisvergütung gesetzt werden, sind bei der Programmgestaltung im gegebenen Rahmen sorgfältig zu berücksichtigen.

Internationale P4P-Programme in anders aufgebauten Gesundheitssystemen (z. B. USA, England) sind nicht ohne weiteres auf die Situation in Deutschland übertragbar, vor allem auch nicht vor dem Hintergrund der in Deutschland bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen und die möglichen Interferenzen mit den derzeitigen Vergütungsmodalitäten. Um für Deutschland anwendbare Kriterien für eine Auswahl von Versorgungsbereichen für einen Einsatz von Qualitätszu- und -abschlägen ausfindig zu machen, wurde deshalb der Schwerpunkt auf die Sondierung der Bedingungen in Deutschland hinsichtlich der Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen gelegt (qualitative leitfadengestützte Experteninterviews). Der Fokus lag also auf der Frage, ob und wie ein QS-Instrument mit qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen hinsichtlich der spezifischen Bedingungen in Deutschland aufgesetzt werden sollte / könnte und welche (positiven oder negativen) Auswirkungen zu erwarten wären.

3.2 Übersicht ausgewählter Pay-for-Performance-Programme

Zum Thema qualitätsorientierte Vergütung existieren vor allem im angelsächsischen Raum (USA, Großbritannien, Australien) sowie in diversen OECD-Staaten eine Reihe von Pay-for-Performance-Programme, die eine Bandbreite von Zielen beinhalten. Dazu gehören beispielsweise die Verbesserung der Versorgungsqualität, der Zugang zu Präventionsmaßnahmen, eine verbesserte Kooperation und Integration in der Versorgung, die Reduzierung von bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten sowie die Verbesserung der Datennutzung und der Informationstechnologien (Cashin et al. 2014).

Im Rahmen der orientierenden Suche wurde anhand folgender Fragen relevante Literatur zu Pay-for-Performance-Programme bzw. zum Thema qualitätsorientierte Vergütung (z. B. Projektbeschreibungen, Websites und Evaluationen) gesichtet:

- Findet sich in den Programmen eine Definition / ein theoretisches Konstrukt von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität?
- Welche (Qualitäts-)Ziele werden mit den Programmen verfolgt?
- Welche Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche wurden auf Basis welcher Kriterien für Pay for Performance ausgewählt?
- Welche Qualitätsdimensionen wurden für eine qualitätsorientierte Vergütung verwendet und warum diese?
- Welches Anreizsystem wurde im Rahmen der Pay-for-Performance-Programme eingesetzt und warum?
- Welche erwünschten und unerwünschten Effekte werden beschrieben?

Folgende ausgewählte und in Tabelle 1 aufgelisteten Pay-for-Performance-Programme, die sich ausschließlich auf den stationären Sektor beziehen, wurden betrachtet. Auf eine umfassende Ergebnisdarstellung wird im Folgenden verzichtet.

Tabelle 1: Übersicht ausgewählter Pay-for-Performance-Programme

Projekt	Land	Referenz
Hospital Quality Incentive Demonstration Project (HQID)*	USA	HHS, CMS (2013)
Hospital Value-Based Purchasing (HVBP) Program	USA	HHS, CMS (2017)
Hospital Readmission Reduction (HRR)	USA	HHS, CMS (2018a)
Hospital Acquired Conditions (HAC) Program	USA	HHS, CMS (2018b)
Leapfrog Value Based Purchasing (VBP) Program	USA	Leapfrog Group ([kein Datum])
Maryland Hospital Acquired Conditions (MHAC)Program	USA	HSCRC ([kein Datum])
Massachusetts Hospital Pay for Performance Program (MassHealth)	USA	Commonwealth of Massachusetts (2018)
Blue Cross Blue Shield of Michigan (BCBSM) Participating Hospital Agreement Incentive Program	USA	BCBS (2017)
Bridges to Excellence (BTE)	USA	Altarum (2017a) Altarum (2017b)
Best Practice Tariffs (BPT)	England	NHS England/NHS Improvement ([kein Datum])
Emergency department pay-for-performance (ED P4P) program	Canada	-

*Projekt ist abgeschlossen

Beurteilung „außerordentlich guter“ Qualität

Eine Definition oder ein explizit benanntes theoretisches Konstrukt zu „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität wurde für keines der ausgewählten Programme gefunden. Vielmehr wurde in den Projektbeschreibungen darauf fokussiert, welche Leistungserbringer ggf. zu belohnen oder mit Sanktionen zu belegen seien. Diese wurden auf unterschiedliche Weise ausgewählt, ohne dass zwingend eine als „außerordentlich gut“ definierte Qualität als Basis für Qualitätszu- und-abschläge zugrunde gelegt wurde. In einigen der Programme können Qualitätszuschläge auch für die Verbesserung gegenüber der eigenen vorausgegangenen Leistung gezahlt werden (HHS, CMS 2017, HHS, CMS 2018a, Milstein und Schreyögg 2015). Das bereits abgeschlossene Pay-for-Performance-Projekt Hospital Quality Incentive Demonstration Project (HQID) verglich die teilnehmenden Krankenhäuser untereinander. Nur die besten 10 % der Krankenhäuser erhielten einen Qualitätszuschlag (HHS, CMS 2013).

Mit Qualitätsabschlägen wurde im Pay-for-Performance-Projekt Hospital Readmission Reduction (HRR) dann sanktioniert, wenn die risikoadjustierte 30-Tage-Wiederaufnahmerate höher

war als die kalkulierte, zu erwartende Wiederaufnahmerate nach 30 Tagen (HHS, CMS 2018a). Im HQID erhielt das Krankenhaus einen Qualitätsabschlag, wenn es drei Jahre lang nicht den *composite*-Grenzwert von 80 % aus insgesamt 10 Qualitätsindikatoren erreichte (Seger und Seger 2016). Bei keinem der recherchierten Pay-for-Performance-Programme konnte eine Verknüpfung von qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen und einer konsekutiven Herausnahme aus dem Versorgungsgeschehen bei mehrfach erteilten Qualitätsabschlägen festgestellt werden.

Projektziele

In der Mehrheit der ausgewählten Pay-for-Performance-Programme wurden folgende übergeordnete Ziele angegeben: Verbesserung der Versorgungsqualität, die Reduktion von vermeidbaren Komplikationen sowie die Steigerung von Effizienz in der Versorgung (HHS, CMS 2013, HHS, CMS 2017, HHS, CMS 2018a, NHS England/NHS Improvement [kein Datum], Cheng und Sutherland 2013). Das Projekt Best Practice Tariffs (BPT) zielt darüber hinaus auf die Verbesserung von leitliniengerechtem und evidenzbasiertem Arbeiten sowie die Vermeidung unnötiger stationärer Aufnahmen ab (Gershlick 2016, OECD 2016b).

Kriterien für die Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen

Weder auf Projektwebsites noch in weiterer Literatur zu den Programmen konnte für die ausgewählten Pay-for-Performance-Programme eine Beschreibung dazu gefunden werden, wie oder nach welchen Kriterien Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche für Pay for Performance ausgewählt wurden. In einem Großteil der ausgewählten Programme, wie dem Projekt „Bridges to Excellence“ (BTE), wurden chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit oder Asthma bronchiale) ausgewählt (Altarum 2017a, Altarum 2017b). Die Programme Hospital Acquired Conditions Program (HAC) und Maryland Hospital Acquired Conditions Program beschäftigen sich mit potenziell vermeidbaren Komplikationen im stationären Sektor, wie z. B. katheterassozierten Harnwegsinfekten, postoperativen Wundinfektionen oder Sturzraten (HHS, CMS 2018b, HSCRC [kein Datum], Hughes et al. 2013). Es können zwar Rückschlüsse auf mögliche Auswahlkriterien (z. B. Relevanz, Häufigkeit oder Krankheitslast) für die in den Pay-for-Performance-Programmen ausgewählten Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen gezogen werden, es fehlt jedoch eine Begründung oder Herleitung, warum in genau diesen Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen eine qualitätsorientierte Vergütung im Vergleich zu anderen möglichen Instrumenten erfolgsversprechender erscheint.

Qualitätsdimensionen und -indikatoren

Unter anderem wurden folgende Dimensionen in den ausgewählten Pay-for-Performance-Programmen für die Qualitätsmessung und -beurteilung verwendet: Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität, Patientenzentrierung und -sicherheit sowie Effizienz (HHS, CMS 2017, HHS, CMS 2018b, Gershlick 2016). In der Regel wurde auf Qualitätsindikatoren bestehender QS-Verfahren zurückgegriffen. Eine Darlegung, warum die jeweiligen Qualitätsdimensionen und -indikatoren für die Qualitätsmessung und -beurteilung gewählt wurden und warum sie im jeweiligen Setting

in der jeweils gewählten Zusammenstellung verwendet wurden, war in keinem der ausgewählten Pay-for-Performance-Programme zu finden.

Finanzielle Anreizsysteme

In der Mehrheit der ausgewählten Pay-for-Performance-Programme wurden Qualitätszuschläge nach vorherigem Einbehalt eines bestimmten Prozentsatzes der Vergütung („withholds“) realisiert (z. B. Hospital Quality Incentive Demonstration Project, Massachusetts Hospital Pay for Performance Program, Emergency department pay-for-performance) (HHS, CMS 2017, Commonwealth of Massachusetts 2018, Ryan und Blustein 2011, Cheng und Sutherland 2013, Milstein und Schreyögg 2015). Im Hospital Value Based Purchasing Program werden beispielsweise 2 % vom Krankenhausbudget (für das Jahr 2018) zurückgehalten. Auf der Basis der Ergebnisse bestehender Qualitätsindikatoren erhalten die Leistungserbringer, entweder wenn die eigene Leistung sich verbessert hat oder wenn bestimmte Zielwerte erreicht wurden, die einbehaltenen 2 % vom Krankenhausbudget zurück (HHS, CMS 2017).

In einigen Programmen können die Leistungserbringer selbst auswählen, an welchem Anreizsystem sie teilnehmen wollen. Beispielsweise wurden die bestehenden Vergütungsmodalitäten in England um verschiedene Preissysteme, die sogenannten Best Practice Tariffs erweitert (Gershlick 2016). Dabei sollen die unterschiedlichen Preissysteme aufseiten der Leistungserbringer den Anreiz setzen, ihre Versorgung nach Best Practice Guidelines (z. B. leitliniengerechtes, evidenzbasiertes Arbeiten) auszurichten. Unabhängig von der Qualität der erbrachten Leistung wird ein Basistarif gezahlt. Zusätzliche Vergütung (Qualitätszuschläge) erhalten die Leistungserbringer über die frei wählbaren „Best Practice Tariffs“, die an die Qualität der Leistungserbringung gekoppelt sind (Gershlick 2016, OECD 2016b).

Ein Anreizsystem, das Qualitätszu- und -abschläge hinsichtlich des Zeitpunkts des Wirksamwerdens unterschiedlich behandelt, wie es in der aktuellen deutschen Gesetzgebung vorgesehen ist, findet sich in den internationalen Programmen nicht. Insbesondere scheint es keine „Bewährungsjahre“ zu geben, sondern Qualitätszu- und -abschläge werden (wenn beides im Projekt vorkommt) zeitgleich umgesetzt.

Erwünschte und unerwünschte Effekte

Nicht in allen Programmen werden Evaluationen oder Studien durchgeführt, um erwünschte und unerwünschte Effekte zu erfassen. Die Evidenzlage zur Wirksamkeit hat sich seit 2016 nicht maßgeblich verändert. Dies ist bereits in Abschnitt 3.1 dargelegt.

3.3 Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews

Insgesamt wurden n = 21 qualitative leitfadengestützte Experteninterviews mit n = 24 Expertinnen und Experten mit praktischer/wissenschaftlicher Erfahrung in Bezug auf Krankenhausvergütung und qualitätsorientierten Vergütungsansätzen im Gesundheitswesen sowie der Patientenvertretung durchgeführt (siehe Anhang D). Die Expertinnen und Experten mit praktischer Erfahrung aus dem Krankenhaus arbeiteten in unterschiedlich großen Krankenhäusern (Bettenanzahl), kamen aus unterschiedlichen Regionen (Nord, Süd, West, Ost) der Bundesrepublik

Deutschland. Die Expertinnen und Experten aus dem Krankenhaus waren in ländlichen, mittel- und großstädtisch gelegenen Krankenhäusern mit unterschiedlichen Trägern (privat, öffentlich, freigemeinnützig) tätig. Es waren akademische Lehrkrankenhäuser und Universitätskrankenhäuser vertreten.

3.3.1 Aussagen zu „außerordentlich guter“ Qualität

Die Expertinnen und Experten wurden danach gefragt, was aus ihrer Sicht grundsätzlich „außerordentlich gute“ und was „unzureichende“ Qualität (siehe Abschnitte 3.3.1 und 3.3.2) kennzeichnet. Darüber hinaus wurde danach gefragt, welche Folgen die Auslobung von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität aus Expertensicht habe (siehe Abschnitt 3.3.3). Im Folgenden werden einige wichtige Aussagen zu „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität dargestellt und mit Zitaten belegt. Alle zum Thema getroffenen Aussagen wurden paraphrasiert und sind in Tabelle 2 aufgelistet.

Allgemeine Aussagen zu „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität

Grundsätzlich wurde durch die Befragten beklagt, dass es an einer verlässlichen Datengrundlage für das deutsche Gesundheitssystem fehle, um zugrunde liegende Prozesse und Strukturen in der stationären Versorgung hinsichtlich der Erbringung von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität zu analysieren.

Wo wir nach wie vor auch ein Defizit haben, ist, überhaupt zu verstehen, was gute und schlechte Qualität bewirkt. Also, was führt eigentlich dazu, dass wir gute oder schlechte Qualität haben? – Die zugrunde liegenden Prozesse. Insbesondere in Deutschland haben wir hier auch massive Datenprobleme, diese Frage überhaupt substanzial beantwortet zu können (...) Wir haben jetzt die Qualitätsberichte, wo wir zum Teil einen Standort mit drin haben, aber dafür keine Informationen haben zu Kosten und Erlösen und wir somit völlig im Blindflug unterwegs sind und keinerlei – na ja, wie soll man sagen? – Interdependenzen herausarbeiten können: Welche Rolle spielt die ökonomische Situation? Welche Rolle spielen Strukturen? Welche Rolle spielen bestimmte Personen, die Qualifikationen von bestimmten Personen? – Das ist in Deutschland eine vollkommene Blackbox. Wir haben punktuelle Studien, die in einzelnen Einrichtungen dem nachgehen oder mal im Kontext von kleineren Studien, aber fürs deutsche Gesundheitssystem gesprochen fehlt eine Datengrundlage, die die Analyse überhaupt zulassen würde. Dementsprechend findet hierzu in Deutschland kaum Forschung statt. [W.02⁶]

⁶ Im Rahmen der Auswertung der qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews wurden die Expertinnen und Experten vier Gruppen zugeordnet: W=Wissenschaft; KK=Krankenkasse; KH=Krankenhaus; P=Patientenvertretung (siehe auch Anhang D).

Im Einklang mit den literaturbasierten Erkenntnissen (siehe Abschnitt 3.2) wurde von den Expertinnen und Experten keine allgemeingültige Definition von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität benannt. Deutlich wurde hingegen, dass „außerordentlich gute“ Versorgungsqualität nicht über eine Dimension allein definiert werden könne, sondern dass das Kriterium der Mehrdimensionalität erfüllt sein müsse. Aus Sicht einiger der Befragten seien neben zwingenden Bestandteilen/Dimensionen von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität (z. B. medizinische Ergebnisqualität) weitere optionale Bestandteile denkbar. Diese seien dann ggf. abhängig von der jeweiligen Perspektive der Beteiligten (z. B. Patientenvertretung, Kostenträger, Leistungserbringer) und ebenfalls abhängig vom ausgewählten Thema oder Leistungsbereich.

Einige Expertinnen und Experten beschrieben in den Experteninterviews „außerordentlich gute“ Versorgungsqualität als Fähigkeit zur Innovation bzw. zur raschen Umsetzung von neuen Erkenntnissen sowie das Durchlaufen eines ununterbrochenen Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus).

Qualität ist doch nichts anderes als Bewegung. Sie müssen in Bewegung bleiben und Sie müssen sich immer weiterentwickeln, das ist Qualität. [KH.09]

Unter den Befragten herrschte Einigkeit darüber, dass neben dem Erzielen „außerordentlich guter“ medizinischer Ergebnisqualität ebenso „außerordentlich gute“ Prozess- sowie Strukturqualität unbedingt zu beachten seien (Tabelle 2).

Im Folgenden werden Bestandteile/Dimensionen von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität, die aus Expertensicht einen besonderen Stellenwert einnehmen, einzeln herausgestellt.

Ausrichtung an den Patientinnen und Patienten

Hervorgehoben wurde durch einige Expertinnen und Experten, dass die Orientierung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten (z. B. ausführliche Patienteninformation über den gesamten Behandlungsprozess, Einbezug der Patientenperspektive) unbedingt als Bestandteil von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität miteinzubeziehen (Tabelle 2).

Das ist Versorgungsqualität, die sich eben an den Bedürfnissen des Patienten (aus Patientensicht) orientiert. Und die Bedürfnisse des Patienten enden nicht bei der Reparatur einer körperlichen Fehlfunktion. Und dementsprechend zeichnet sich eine exzellente Einrichtung eben nicht nur dadurch aus, dass sie im Erwartungskorridor – im statistischen Erwartungskorridor bestimmte medizinische Qualitätskriterien erfüllt, sondern eben diese soften Komponenten – Leistungserbringer-Patienten-Kommunikation, Interaktion und alles, was mit dazugehört – eben auch bewusst adressiert und zufriedenstellend umgesetzt. [W.02]

Indikationsqualität

Dass eine gute Indikationsqualität von besonderer Wichtigkeit sei, wurde von fast allen Befragten geäußert. In diesem Zusammenhang wurde auch auf Schwierigkeiten bei der Messung von Indikationsqualität und auf Anreize zu Mengenausweitungen (ohne ausreichende medizinische Begründung) hingewiesen.

Wenn wir über schlechte Seiten nachdenken, dann haben wir natürlich auch noch mal die Frage „unangemessene Indikationsstellung“, also: Ist tatsächlich das, was mir empfohlen wird, nur ökonomisch für den Arzt sinnvoll oder ist das auch in meiner körperlichen und sozialen Lage das Richtige für mich. (...) Und ob dann – also Stichwort „Indikationsausweitung“ – tatsächlich die Leistung die beste Lösung für den Patienten ist, ist fraglich. Hauptsache, ich decke die Minimal Kriterien der Diagnosestellung ab, damit der MDK das hinterher nicht weg kürzt. Und das ist natürlich ein Anreiz, der an Patienten vorbeigeht, weil möglicherweise ja eine weniger invasive Vorgehensweise, eine Vorgehensweise, die auch weniger belastend ist als die große Operation, eher im Patienteninteresse wäre. Also der Anreiz, viel zu machen, der Anreiz, auch Patienten über das Maß des Notwendigen hinaus zu therapieren. [P.01]

Gesundheits- und Risikokompetenz auf ärztlicher Seite

Ein weiterer, aus Expertensicht noch nicht ausreichend adressierter Bestandteil von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität sei die Gesundheitskompetenz (u. a. Statistikkompetenz, Risikokompetenz, Transfer des evidenzbasierten Wissens in die Versorgungspraxis) auf ärztlicher Seite (Tabelle 2).

(...) ohne Kompetenz aufseiten der Ärzte – und hier meine ich im Wesentlichen Evidenz zu verstehen, zu finden und Evidenz ist meistens Statistik, also Gesundheitsstatistiken zu verstehen, kann man das ganze Thema (Verbesserung der Versorgungsqualität) gar nicht angehen, weil die Voraussetzungen nicht da sind. [W.04]

Pflegequalität

Vielfach genannt wurde außerdem das aus Expertensicht derzeit noch in der Qualitätssicherung vernachlässigte Thema der Pflegequalität. Komponenten, die zu einer Erhöhung der Pflegequalität aus Expertensicht beitragen können, seien neben ausreichend personellen Ressourcen im Pflegebereich u. a. auch die Schaffung von mehr Eigenverantwortlichkeit im Pflegebereich sowie eine gute Teamarbeit und Koordination der Behandlungsabläufe (z. B. zwischen Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten; Tabelle 2).

Überblick

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die aus Expertensicht genannten Dimensionen von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität.

Tabelle 2: Dimensionen/Bestandteile „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
(Medizinische) Ergebnisqualität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergebnisqualität wurde als unverzichtbarer Bestandteil „außerordentlich guter“ Qualität angesehen. ▪ Einbezug von Langzeitergebnissen, z. B. mittels Follow-up über den stationären Aufenthalt hinaus (z. B. unter Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen) ▪ Einbezug von sektorenübergreifender Ergebnisqualität ▪ Einbezug von Ergebnisqualität in Form von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)
Prozessqualität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablierung von transparenten Prozessen, beispielsweise durch Leitfäden oder Behandlungspfade (z. B. zur Vermeidung langer Wartezeiten, Doppeluntersuchungen, Verbesserung der Patientensicherheit) ▪ Reibungsloses Ineinandergreifen von Maßnahmen über den gesamten Versorgungsprozess hinweg (u. a. gutes Aufnahme- und Entlassmanagement) ▪ Regelmäßige Durchführung qualitätsfördernder Maßnahmen, u. a. Konzepte, Verfahrensanweisungen (z. B. Schmerzkonzept), M&M-Konferenzen, strukturierte Fallanalysen, Peer-Review-Verfahren, Risiko-Audits, CIRS-System ▪ Verbesserung der Patientensicherheit (z. B. Tragen eines Namensbändchens, kontinuierlicher Abgleich mit der Patientenakte) ▪ Vorhandensein eines funktionierenden Beschwerdemanagements
Strukturqualität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausreichend personelle (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, weitere Therapeutinnen und Therapeuten) und materielle Ressourcen (z. B. technische Ausstattung) ▪ ausreichend hohe Kompetenz/Qualifikation der an der Versorgung Beteiligten (z. B. speziell geschultes Personal, Hygienefachkräfte) ▪ (sehr) gute Planung und Organisation eines Krankenhauses, insbesondere hinsichtlich des Krankenhausmanagements (auf Führungsebene)
Ausrichtung an den Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einbezug der Patientenperspektive in ihren verschiedenen Facetten wie z. B. Zufriedenheit, Eingehen auf Patientenbedürfnisse („Responsiveness“, Shared-Decision-Making usw.) durch z. B. die Durchführung Patientenbefragungen (inkl. PROMs)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten über den gesamten Behandlungsprozess hinweg (z. B. Transparenz schaffen, Vermeidung von irreführenden Informationen) ▪ Verständliche Patienteninformation ▪ Arzt-Patienten-Beziehung ▪ Kultursensible Ausrichtung der Versorgung ▪ Sicherstellung des Zugangs zur Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen ▪ Berücksichtigung der sozialen Situation und ggf. Unterstützung (z. B. Einbindung des Sozialdienstes)
Indikationsqualität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung, u. a. Berücksichtigung individueller Lebenssituationen bei Therapieentscheidungen (z. B. Patientenbedürfnisse) ▪ Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung ▪ Leitliniengerechte Behandlung von Patientinnen und Patienten oder ggf. individuelle Begründung für das Abweichen
Gesundheits- und Risikokompetenz auf ärztlicher Seite	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Statistikkompetenz (Gesundheitsstatistiken): Verbesserung der medizinischen Ausbildung ▪ Kompetenz in Risiko-Nutzen-Abschätzung und Risikokommunikation ▪ Beurteilung von (epidemiologischen) Studienergebnissen und Transfer in die Praxis: (ärztliches) Personal muss in der Lage sein, wissenschaftliche Information zu finden und von interessensgeleiteten Infos/Forderungen zu unterscheiden ▪ Angebote von Schulungen und Fortbildungen zu den entsprechenden Themen
Pflegequalität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorhandensein einer ausreichenden Anzahl an Pflegekräften ▪ Kooperation, Kommunikation und Koordination zwischen Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Therapeutinnen und Therapeuten ▪ Vermeidung langer Wartezeiten ▪ Stärkung des eigenverantwortlichen Handelns der Pflegekräfte

3.3.2 Aussagen zu „unzureichender“ Qualität

Die Expertinnen und Experten wurden auch zu Aspekten „unzureichender“ Qualität befragt. Die Aussagen zu „außerordentlich guter“ und „unzureichender“ Qualität waren in den Interviews nicht voneinander zu trennen, da sie oft als „zwei Seiten einer Medaille“ thematisiert wurden. Die Themen waren dieselben; es wurden wichtige Qualitätsprobleme benannt und deren umfassende Lösung als „außerordentlich gute Qualität“ bezeichnet, wobei deutlich wurde, dass als „außerordentlich gut“ angesehen wurde, wer nicht nur punktuell ein Defizit behebt, sondern in vielen wichtigen Bereichen beispielgebend ist.

3.3.3 Aussagen zu möglichen Auswirkungen der Auslobung „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität

Die Expertinnen und Experten wurden auch dazu befragt, welche Vor- und Nachteile bzw. welche Auswirkungen das Ausloben von „außerordentlich guter“ Qualität haben würde. Teilweise liegen hier Überschneidungen mit den Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen vor (siehe Abschnitt 3.3.6).

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die aus Expertensicht genannten möglichen Auswirkungen der Definition/Auslobung von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität.

Tabelle 3: Mögliche Auswirkungen der Auslobung „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Allgemeine Aussagen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz zur Vernachlässigung von Leistungsbereichen oder Themen, die nicht durch die Auslobung von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität / „Exzellenzqualität“ betroffen sind; als Folge könnte sich in anderen Bereichen (ohne Qualitätsmessung) die Versorgungsqualität verschlechtern ▪ Die Erbringung von überdurchschnittlichen Leistungen lohnt sich derzeit nicht. Man bekommt zwar ein „Label“, aber hat einen zusätzlichen Aufwand, der nicht vergütet wird. „Exzellenz“ sollte sich aber lohnen.
Patientenströme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten kommen oder werden vermehrt in die „außerordentlich guten“ Einrichtungen geschickt. Als Folge ergeben sich ggf. erstens eine Überlastung der entsprechenden Einrichtungen, zweitens (sehr) lange Wartezeiten auf Patientenseite sowie übergreifend drittens die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten, die es gar nicht brauchen, im Exzellenzzentrum behandelt werden.
Abzug von Fachkräften	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz auf ärztlicher Seite: Bevorzugung, in den als außerordentlich gut ausgewiesenen Einrichtungen zu arbeiten
Mengenausweitungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz zu Mengenausweitungen (z. B. als Folge von Exzellenzlabeln) in Bereichen, die besonders gewinnbringend sind, ggf. mit der Folge einer Verschlechterung der Indikationsqualität
Public Reporting	<ul style="list-style-type: none"> ▪ durch das Transparentmachen einer „außerordentlich guten“ Versorgungsqualität (Public Reporting, Wahrnehmung in der Öffentlichkeit) steigende Patientenzahlen mit der Folge höherer Erlöse
Aufwand- Nutzen-Verhältnis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zu starke Regulierung im Gesundheitssystem: In der Zusammenschau werden Zertifizierungen und Siegel („Zertifikatitis“, „Siegelmanie“), Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, Prüfung der Strukturvorgaben und der damit verbundene (Dokumentations-)Aufwand als belastend und als Ressourcenverschwendung zulasten der Versorgungsqualität empfunden.
Wettbewerbsfaktor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zertifizierungen/Siegel als Wettbewerbsfaktor unter Krankenhäusern: Die Leistungserbringer streben danach, „exzellent“ zu sein, um im

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
	<p>Wettbewerb vorn zu liegen, und Patientinnen und Patienten wollen exzellent behandelt werden. Allerdings herrscht eine große Intransparenz hinsichtlich der jeweiligen verwerteten Kriterien, sodass oftmals unklar bleibt, wofür genau die Zertifikate/Siegel ausgestellt werden. Für die Patientinnen und Patienten sollte transparent nachvollziehbar sein, nach welchen Kriterien die Siegel/Zertifikate ausgestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität auf Systemebene („Nulllinie“ wird nach oben gezogen) durch die ausgewiesenen Exzellenzzentren
Spezialisierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz zu Spezialisierung: Bereiche, in denen „außerordentlich gute“ Versorgungsqualität erbracht wird, werden stärker gefördert und erweitert. Weitere nicht so hochspezialisierte Bereiche/Leistungen werden ggf. vernachlässigt bzw. bieten keine gute Versorgungsqualität mehr.

3.3.4 Aussagen zu den Auswirkungen der derzeitigen Vergütungsmodalitäten und zu den Auswirkungen der aktuellen Qualitätssicherungsverfahren

Gefragt wurde nach positiven und negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität durch die derzeitigen Vergütungsmodalitäten. Genannt wurden ebenfalls Auswirkungen der laufenden QS-Verfahren auf die Versorgungsqualität. Diese sind wiederum nicht überschneidungsfrei mit den in Abschnitt 3.3.6 dargestellten erwarteten Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen. An dieser Stelle werden nur solche Auswirkungen genannt, die in Bezug zu einer Einführung von qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen stehen.

Derzeitige Vergütungsmodalitäten, auf die die Befragten sich bezogen haben, waren:

- Auswirkungen des DRG-Systems
- Auswirkungen der Krankenhausfinanzierung, Einfluss der Kosten für das Vorhalten von bestimmten Strukturen
- Auswirkungen von Zielvereinbarungen / Bonuszahlungen auf Chefarzteebene
- Erfahrungen mit besonderen Vergütungsmodalitäten in Selektivverträgen

Mehrheitlich bezogen sich die Aussagen der befragten Expertinnen und Experten auf negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität durch die derzeitigen Vergütungsmodalitäten. Vereinzelt wurden auch positive Auswirkungen benannt. Zentrale Aussagen werden im Folgenden zitiert.

Negative und positive Auswirkungen des DRG-Systems

Mengenausweitungen im stationären Sektor im Rahmen des DRG-Systems und die damit in Zusammenhang stehende mögliche Verschlechterung der Versorgungsqualität bzw. Indikationsqualität waren ein Thema, welches von fast allen Befragten genannt wurde.

Eine weitere negative Auswirkung, die ebenfalls von fast allen Befragten genannt wurde, stellen die seit der DRG-Einführung sinkenden stationären Verweildauern dar. Das DRG-System setze den Anreiz, die Verweildauern möglichst kurz zu halten. Eine längere Verweildauer wird in der Regel nicht vergütet oder ist, um diese Abweichungen rechtfertigen zu können, aufseiten der Leistungserbringer mit einem sehr hohen Dokumentationsaufwand verbunden, der ebenfalls zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität beitragen könne (u. a. bedingt durch sehr knappe personelle Ressourcen).

Ein weiterer wichtiger Punkt, der durch die Expertinnen und Experten genannt wurde, ist die (systematische) Benachteiligung bestimmter Patientengruppen (Patientenselektion). So bestehe durch die derzeitigen Vergütungsmodalitäten (DRG-System) der Anreiz, beispielsweise multimorbide und besonders kompliziert erkrankte Patientinnen und Patienten (z. B. mit körperlicher oder Mehrfachbehinderung) abzuweisen, zu verlegen oder zeitlich versetzt mehrfach einzubestellen, um verschiedene DRGs möglichst gewinnbringend abrechnen zu können. Hintergrund sei, dass sich diese komplexen Fälle derzeit nicht über das DRG-System abbilden lassen, sodass für die Krankenhäuser keine kostendeckende Behandlung dieser Fälle möglich scheint.

Neben den mehrheitlich genannten negativen Auswirkungen wurden vereinzelt auch positive Auswirkungen genannt. So habe das DRG-System dem deutschen Krankenhaussektor wichtige Impulse gegeben, u. a. einen Beitrag zur Schaffung eines Kostenbewusstseins oder einen Anstoß der Professionalisierung im Management der Krankenhäuser geleistet. Inzwischen sei aber der Punkt gekommen, wo der zusätzliche Nutzen immer kleiner und die negativen Auswirkungen größer würden. Dies erfordere eine grundlegende Forschung, wie die Vergütungsmodalitäten neu ausgerichtet werden können. Die gesundheitsökonomische Fachszene beschäftige sich allerdings derzeit wenig oder nicht mit diesen grundlegenden Fragestellungen.

Auswirkungen der Krankenhausfinanzierung, Einfluss der Kosten für das Vorhalten von bestimmten Strukturen

Der Umgang mit bisherigen Zu- und Abschlägen im Rahmen von Budgetverhandlungen war ein weiterer wichtiger Punkt, der durch die Expertinnen und Experten genannt wurde. Es wurde darauf hingewiesen, dass einerseits Zu- und Abschläge mit großer zeitlicher Verzögerung berechnet werden und somit ein zeitlicher Zusammenhang zur Leistung nicht hergestellt werden könne und andererseits Zu- und Abschläge wie aktuell (z. B. Rechnungskürzung bei Nicht-Erfüllung von Vorgaben zur Strukturqualität) im Rahmen der Erlösbudgets (DRGs und Zusatzentgelte) in der Gesamtkalkulation „verrechnet“ würden. Beide Punkte trügen dazu bei, dass Zu- und Abschläge ihre Sichtbarkeit/Wirksamkeit verlören.

Das Vorhalten bestimmter Strukturen in bestimmten Fachbereichen (z. B. Geburtshilfe, Neonatologie, Notfallversorgung) im Vergleich zu anderen Fachbereichen (z. B. Kardiologie) könne für die Krankenhäuser zu finanziellen Schwierigkeiten führen, da sie dort nicht kostendeckend wirtschaften können. Krankenhäuser streben nach „planbaren Fällen“, da diese den Erlös tendenziell maximieren (z. B. statistische Modellierung von Infektionsfällen / Jahr). Darüber hinaus können bestimmte Strukturvorgaben dazu führen, dass andere Bereiche vernachlässigt würden.

Personalressourcen werden dort abgezogen, wo Strukturvorgaben nicht bestehen bzw. gemessen werden, um an anderer Stelle die Vorgaben erfüllen zu können.

Auswirkungen von Zielvereinbarungen / Bonuszahlungen auf Chefarztebene

Für einige der Befragten waren die Zahlung von Boni und die damit verknüpften Zielvereinbarungen auf Chefarztebene ebenfalls ein Aspekt, der ggf. zur Überversorgung beitragen und zukünftig mit der Vergabe von Qualitätszu- und -abschlägen interferieren könne.

In den Tabellen 1 bis 5 in Anhang E sind die genannten und weitere positive und negative Auswirkungen der derzeitigen Vergütungsmodalitäten im Hinblick auf qualitätsorientierte Vergütungsbestandteile in paraphrasierter Form zusammengestellt. Erfahrungen mit Selektivverträgen wurden in die Liste mitaufgenommen, da hier mitunter im Rahmen besonderer Vergütungsmodalitäten Erfahrungen beschrieben wurden, die Anreize zur Qualitätsverbesserung aufzeigen und Bezug zu einer qualitätsorientierten Vergütung haben (siehe Tabelle 5 in Anhang E).

3.3.5 Aussagen zur Qualitätsmessung und -beurteilung

Die Expertinnen und Experten haben – ohne dass sie ausdrücklich danach gefragt wurden – auch Fragen und Probleme der Qualitätsmessung und -beurteilung angesprochen. Diese bezogen sich oft direkt auch auf die Qualitätsmessung im Zusammenhang mit der Bewertung „außerordentlich guter“ Qualität und zu Messproblemen, die bei der Verfahrensentwicklung und anschließenden Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen gesehen werden (siehe Abschnitt 3.3.6). Im Folgenden werden einige allgemeine Aussagen mit den zugehörigen Zitaten belegt. In den Tabellen 6 bis 8 in Anhang E folgt die Darlegung aller Aussagen zum Thema Qualitätsmessung in paraphrasierter Form. Die Aussagen der Expertinnen und Experten betrafen

- allgemeine Aussagen zur Qualitätsmessung und -beurteilung,
- Voraussetzungen der Qualitätsmessung und -beurteilung,
- Berücksichtigung der Bewertungsebene und
- Anmerkungen zu Besonderheiten hinsichtlich der Messung und Beurteilung von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität.

Allgemeine Aussagen zur Qualitätsmessung und -beurteilung

Aus Sicht vieler der Befragten stehe der betriebene Aufwand (z. B. sehr hoher bürokratischer Aufwand) durch die Messung im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung nicht in Relation zum resultierenden Nutzen. Es fehle an weiterführenden Maßnahmen, die über die Messung hinausgehen und zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen.

Von fast allen Befragten wurde das Thema der Datenmanipulation angesprochen. So bestehe auf Leistungserbringerseite vielfach der Anreiz zur Datenmanipulation, um nicht außerhalb der definierten Referenzbereiche der externen stationären Qualitätssicherung zu liegen. Gründe hierfür sind beispielsweise die Vermeidung von Imageverlust oder Vermeidung von zusätzlichem

(bürokratischen) Aufwand (z. B. durch Stellungnahmeverfahren). Als Folge sind ggf. keine verlässlichen Auswertungen auf Grundlage der erhobenen Daten möglich und somit wird die Versorgungsrealität ggf. nicht mehr hinreichend abgebildet.

Darüber hinaus waren sich die meisten der Befragten einig, dass möglicherweise ebenso ein Anreiz zur Patientenselektion auf Leistungserbringerseite (Abweisen von z. B. multimorbiden Patientinnen und Patienten) bestehe, um in den Qualitätsstatistiken der externen stationären Qualitätssicherung nicht auffällig zu werden.

Bei fast allen Befragten wurde der Wunsch nach einer Vereinfachung der derzeitigen und zukünftigen Systeme (z. B. Qualitätssicherungssystem, Strukturvorgaben, Richtlinien) deutlich. Die zu stark empfundene Regulierung im Gesundheitssystem wurde aus Sicht der Befragten beklagt (z. B. Zertifikate, Siegel, Prüfung Qualitätssicherung).

Im Hinblick auf die Einführung von qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen solle ein Ansatz gewählt werden, der bei der Verbesserung der Versorgungsqualität ansetzt. Diese und weitere Aussagen sind in paraphrasierter Form ausführlich in Tabelle 6 in Anhang E aufgeführt.

Voraussetzungen der Qualitätsmessung und -beurteilung

Folgende Voraussetzungen müssten aus Sicht der Befragten erfüllt werden bzw. folgende Schwierigkeiten bei der Messung Berücksichtigung finden, insbesondere wenn die gemessene Qualität mit Qualitätszu- und -abschlägen honoriert bzw. sanktioniert werden soll:

- Rechtssicherheit/Justiziabilität der Messung
- Zuordenbarkeit der Ergebnisse (z. B. ambulante/stationäre Versorgung)
- verlässliche Datengrundlage / (sehr) gute Datenqualität
- Validität der Qualitätsmessung
- Identifikation adäquater Qualitätsindikatoren
- ggf. adäquate Gewichtung der einbezogenen Qualitätsdimensionen
- adäquate Risikoadjustierung der verwendeten Ergebnisindikatoren
- fairer Einrichtungsvergleich
- Möglichkeit auf Leistungserbringerseite, Rechenschaft abzulegen über auffällige Ergebnisse (z. B. mittels adäquatem Stellungnahmeverfahren / Strukturiertem Dialog)
- Berücksichtigung von Mindestfallzahlen
- Schaffung von Transparenz auf Patientenseite (z. B. hinsichtlich Wahlentscheidungen sowie auf Leistungserbringerseite bezüglich bestimmter Entscheidungen (z. B. Projekt AOK Lebensbäumchen), u. a. auch zur Erhöhung der Akzeptanz auf Leistungserbringerseite

Die genannten Aussagen sind ausführlich in Tabelle 7 in Anhang E aufgeführt.

Berücksichtigung der Bewertungsebene

Folgende Bewertungsebenen und damit in Zusammenhang stehende Kriterien sollten aus Sicht der Befragten berücksichtigt werden:

- fachabteilungsübergreifende Bewertung, wenn verschiedene Fachabteilungen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mitwirken

- übergreifende Bewertung, insbesondere „außerordentlich guter“ Qualität, z. B. mittels Indikatorenset oder Index
- sektorenübergreifende Bewertung von Versorgungsqualität
- Qualitätsmessung auf Systemebene, um den Zugang für verschiedene Bevölkerungsgruppen sicherzustellen

Anmerkungen zu Besonderheiten hinsichtlich der Messung und Beurteilung von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität

Hinsichtlich der Messung und Beurteilung von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität wurden folgende Kriterien durch die Befragten angeführt:

- Mehrdimensionalität von „außerordentlich guter“ Qualität: Neben der Messung von Ergebnisqualität sollte u. a. auch die Indikationsqualität sowie die Patientenperspektive (z. B. verständliche Patienteninformation, Entlassungsbriefe, Patientenführerschein) Berücksichtigung finden.
- Maßstäbe/Kriterien für „außerordentlich gute“ Versorgungsqualität sollten je nach Art (Kreiskrankenhaus versus Universitätsklinik) / Größe (Bettenanzahl) / Umfeld (ländlich versus städtisch) und weiteren kontextuellen Faktoren wie Einzugsgebiet der Krankenhäuser angesetzt werden.
- Unterschiedliche Qualitätsdimensionen/Bewertungskriterien sollten ggf. auch unterschiedlich gewichtet werden (z. B. Patientenperspektive versus medizinische Ergebnisqualität).
- Möglichkeit der ganzheitlichen/fallbezogenen Betrachtung von Patientinnen und Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung
- Beachtung, dass unterschiedliche Versorgungsstufen/-level (z. B. Erbringung hochspezialisierter Leistungen versus Grund- und Regelversorgung) unterschiedliche Kriterien zur Bewertung von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität erfordern. „Exzellenz“ ist nicht nur das exorbitante Spezielle, sondern ist abhängig von der jeweiligen Rolle des Leistungserbringers im System.
- Eine wiederholte Messung sollte für die Bewertung erforderlich sein (Follow-up-Messung, langfristige Messung), um langfristig Verbesserung/Verschlechterung sichtbar zu machen. Ein sektorenübergreifendes Follow-up von Ergebnisqualität erscheint in diesem Zusammenhang ebenfalls sinnvoll, beispielsweise unter Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen.
- Qualitätsmessung auf Systemebene: Zugang für verschiedene Bevölkerungsgruppen sicherstellen
- Innovative Verfahren/Ansätze sollten kein „Exzellenzmerkmal“ sein.

3.3.6 Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen

Gefragt wurde danach, welche Auswirkungen die Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung mit Zu- und Abschlägen nach Ansicht der Expertinnen und Experten haben könne. Es wurden überwiegend mögliche negative Auswirkungen im Sinne von unerwünschten Nebeneffekten bzw. Fehlanreizen mitgeteilt. Vereinzelt wurden auch mögliche positive Auswirkungen genannt oder es wurde gesagt, die Einführung werde keine bedeutsamen Wirkungen entfalten.

Die Antworten der Befragten lassen sich den folgenden Themenbereichen zuordnen, zu denen mögliche Effekte von qualitätsorientierten Zu- und Abschlägen aufgeführt wurden:

- Auswirkungen auf die Versorgungsqualität
- Motivation der Leistungserbringer
- (bürokratischer) Aufwand durch ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen und steigende Komplexität
- Auswirkungen auf Image / öffentliche Wahrnehmung
- Datenqualität und Qualitätsmessung
- finanzielle Auswirkungen
- Qualitätssicherung / internes Qualitätsmanagement
- positive Impulswirkungen durch Qualitätszu- und -abschläge
- Wirkungen im Gesamtsystem / Krankenhauslandschaft

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und Motivation der Leistungserbringer

Als eine wichtige aus Expertensicht genannte Folge einer qualitätsorientierten Vergütung auf die Versorgungsqualität wird eine Fokusverschiebung hin zu den Leistungen gesehen, die besonders honoriert werden oder für die es Abschläge geben kann, wenn Ziele nicht erreicht werden, und damit der Anreiz zur Vernachlässigung von nicht betroffenen Leistungsbereichen oder Themen (Tabelle 4).

Bei Pay for Performance muss man immer wieder sehen: Das Spannende sind nicht die Faktoren, die man berücksichtigt, sondern die man nicht berücksichtigt. Also quasi: Welche negativen Wirkungen oder Anreizwirkungen setze ich in Gang? Wenn ich gewisse Punkte incentiviere, schaffe ich gleichzeitig quasi automatisch den Fokus – oder nehme andere Bereiche automatisch aus dem Fokus raus. [W.05]

Durch die Wegnahme von monetären Ressourcen (im Falle von Abschlägen) könne nach Meinung einiger der Befragten keine Qualitätsverbesserung erreicht werden. Darüber hinaus komme es ggf. zu Demotivation aufseiten der Leistungserbringer (Tabelle 5).

Tabelle 4: Auswirkungen auf die Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Fokusverschiebung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fokus wird auf die für Qualitätszu- und -abschläge relevanten Anforderungen gelegt. Dies führt zur Vernachlässigung der Qualität in anderen Bereichen und ggf. zu einer Gesamtbilanz der Qualität ohne Verbesserung (z. B. interne Personalverschiebung, Förderung von Patientenselektion „Rosinenpickerei“, Benachteiligung bestimmter Patientengruppen (multimorbide und chronisch kranke Patientinnen und Patienten, Suchtkranke etc.), individuelleres Eingehen auf Patientenbedürfnisse könnte zugunsten „besserer“ Indikatorergebnisse vernachlässigt werden).

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
„Kellertrep-peneffekt“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschlüsse verhindern Qualitätsverbesserung, da für Maßnahmen zur Verbesserung meist mehr Geld gebraucht wird. Abschlüsse führen vermutlich zu einer weiteren Qualitätsverschlechterung, da dann Geld fehlt.
Indikationsqualität und Leistungsausweitung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es kommt zur Mengenausweitungen, für die es Zuschläge gibt, ohne oder bei fraglicher Indikation und damit ggf. zu einer Verschlechterung der Indikationsqualität. ▪ Zuschläge für indikationsgerechte konservative (oder ambulante statt stationäre) Behandlung können Fehlanreize zur Fallzahlsteigerung (oder Krankenhausaufnahme) rückgängig machen. ▪ Zuschläge können dazu führen, dass die „Falschen“ angereizt werden, eine Leistung in ihr Portfolio aufzunehmen. Ausweitung von Leistungen, Leistungserbringung bei weniger geeigneten Leistungserbringer mit womöglich (zu) kleinen Fallzahlen.

Tabelle 5: Motivation der Leistungserbringer (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Demotivation von High-Performern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Experimentelles Setting: Nachweis darüber, dass ein Teil der Testpersonen (Studierende und Ärztinnen und Ärzte), die ohne Incentive „Überperformer“ sind, ihren Aufwand in Anpassung an die Incentivegrenze herunterfahren.
Verstärkung von Personalfluktu-ation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszu- und -abschlüsse verstärken ggf. das Gefühl von Überwachung und Kontrolle. ▪ Drohende Abschlüsse tragen nicht zu einer Verbesserung der Motivation bei. Die Arbeitsmarktsituation führt unter Druck eher zu einem Weggang des Personals, d. h. zu höherer Fluktuation.
Motivationssteigerung/Motivati-onserhalt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschläge werden als motivierender angesehen. ▪ Abschlüsse entfalten aus Leistungserbringersicht größere Wirkung als Hebel im Vergleich zu Zuschlägen. ▪ Wenn Zuschläge zur Refinanzierung des durch die Qualitätsverbesserung erhöhten Aufwandes gezahlt werden, kann dies die intrinsische Motivation unterstützen (Erfahrung aus der Anschubfinanzierung von Selektivverträgen). ▪ Mit Zuschlägen sollte zusätzliches Engagement belohnt werden, damit das überdurchschnittliche Engagement erhalten bleibt.

(Bürokratischer) Aufwand durch ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlüssen und steigende Komplexität

Der mit der Durchführung eines Verfahrens mit qualitätsorientierter Vergütung verbundene (bürokratische) Aufwand könne aus Sicht der Expertinnen und Experten die Akzeptanz eines solchen Verfahrens schwächen und sei entscheidend für den Erfolg. Eine weitere Zunahme des

Aufwands wird als Ressourcenabzug von anderen Aufgaben gesehen und habe negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insgesamt. Genannte Auswirkungen hinsichtlich des (bürokratischen) Aufwands durch ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: (Bürokratischer) Aufwand durch ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen und steigende Komplexität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Erhöhter Dokumentationsaufwand	<ul style="list-style-type: none"> Ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen verursacht per se einen Mehraufwand und Ressourcenverbrauch, die zusätzlich Geld kosten.
Erhöhter Aufwand durch Stellungnahmen, Gerichtsverfahren etc.	<ul style="list-style-type: none"> Ggf. vermehrt gerichtliche Auseinandersetzungen (bei fehlender Rechtssicherheit usw.), wenn Qualitätszu- und -abschläge an die Qualitätsmessung gekoppelt werden; weitere Verschärfung der Stellungnahmeverfahren oder zusätzliche Überprüfungen bei (vermeintlicher) Auffälligkeit mit zusätzlichem Aufwand (u. a. durch zusätzliche Stellungnahmen, Begründungen) und ohne nachgewiesene Verbesserung der Versorgungsqualität Erhöhter Ressourcenverbrauch an „falscher“ Stelle: Aufwendung der begrenzten Ressourcen, um Abschlüsse abzuwenden statt für Qualitätsverbesserungen einzusetzen
„Interventionsspirale“	<ul style="list-style-type: none"> Es kommt zu einer „Interventionsspirale“, wenn immer neue Messungen erfolgen (müssen), um adverse Reaktionen einzufangen. Der zusätzliche Aufwand dient ggf. nicht primär der Qualitätsverbesserung, sondern der Abwehr von Nebenwirkungen.
Budgetverhandlungen	<ul style="list-style-type: none"> Ggf. höherer Aufwand und höhere Komplexität der Budgetverhandlungen

Auswirkungen auf Image / öffentliche Wahrnehmung

Unter den Expertinnen und Experten war die Ansicht verbreitet, dass nicht die Qualitätszu- und -abschläge an sich die Wirksamkeit ausmachen, sondern der Imageverlust im Rahmen des Public Reporting ausschlaggebender sei (Tabelle 7).

Also, das sind gar nicht so sehr die ökonomischen Konsequenzen, die da für die Häuser in erster Linie ausschlaggebend sind. Es ist allein dieses Gefühl, Reputation zu verlieren oder hier irgendwo stigmatisiert zu sein als ein Underperformer oder eben nicht so erfolgreiches Krankenhaus, was so an der Intuition, die lange Zeit da in der Theorie vorgeherrscht hat, eigentlich ganz vorbeigeht, wo man gesagt hat: Nee, das sind wirklich nur die harten – primär die harten Fakten oder Euros oder Pfund in dem Fall, die da zählen. [W.02]

Tabelle 7: Auswirkungen auf Image / öffentliche Wahrnehmung (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
„Unzureichende“ Qualität wird (zu lange) toleriert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsabschläge vermitteln den Eindruck, „unzureichende“ Versorgungsqualität sei den Patientinnen und Patienten zuzumuten mit dem zusätzlichen Potenzial zu Kosteneinsparungen. ▪ Eindruck von Zweiklassenmedizin könnte sich verschärfen: Krankenkassen schicken dahin, wo es billiger ist. ▪ Vermittlungsproblem: Schwierigkeit, gegenüber Patientinnen und Patienten darzulegen, warum Leistungen in Kliniken mit „unzureichender“ Versorgungsqualität in Anspruch genommen werden sollen ▪ Die Zeitachse bis zur folgerichtigen Konsequenz eines Stopps der Leistungserbringung ist zu lang – „unzureichende“ Qualität wird (zu) lange toleriert.
Rufschädigung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Prangermentalität“ durch Public Reporting von Abschlägen trägt nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität bei.

Datenqualität und Qualitätsmessung

Vielfach wurden negative Auswirkungen durch die Qualitätsmessung auf die Dokumentations- und Datenqualität durch die Befragten benannt, die sich ggf. durch eine Kopplung von Qualität an Vergütung noch verstärken. Diese sind bereits in Abschnitt 3.3.5 und den Tabellen 6 und 7 in Anhang E genannt.

Weitere genannte Aussagen hinsichtlich finanzieller Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen, Auswirkungen auf die Qualitätssicherung oder das interne Qualitätsmanagement, positiver Impulswirkungen durch Qualitätszu- und -abschläge sowie Wirkungen im Gesamtsystem bzw. der Krankenhauslandschaft sind in Tabelle 8, Tabelle 9, Tabelle 10 sowie Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 8: Finanzielle Auswirkungen (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Indirekt über Patientenströme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die finanzielle Hauptwirkung von Qualitätszu- und -abschlägen kommt indirekt über die Patientenströme zustande (Zustrom von Patientinnen und Patienten durch guten Ruf, Ausbleiben von Patientinnen und Patienten durch schlechten Ruf); ggf. höhere Wirkung durch Marketing-Effekt im Vergleich zur Summe der Qualitätszu- oder -abschläge.
Keine nennenswerte Änderung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Zustrom von mehr Patientinnen und Patienten aufgrund guter Versorgungsqualität könnte sich wegen des Fixkostendegressionsabschlags, trotz Qualitätszuschlägen, finanziell nicht rechnen.

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Budgetverhandlungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ So wie die Budgetverhandlungen derzeit oft geführt werden, werden Zu- oder Abschläge im Gesamtbudget „verrechnet“ und verlieren daher ihre Sichtbarkeit/Wirksamkeit. Zuschläge werden ggf. nicht als solche wahrgenommen und kommen nicht dort an, wo die Leistung erbracht wurde.
Bonuszahlungen auf Chefarzzebene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ggf. Interferenz von Bonuszahlungen auf Chefarzzebene mit Qualitätszu- und -abschlägen: Negative Auswirkungen von Abschlägen (z. B. Patientenselektion) werden verschärft, wenn sie zusätzlich Auswirkungen auf das Einkommen auf Chefarzzebene (über den durch Abschläge verringerten Umsatz) haben.
Mitnahmeeffekte ohne Qualitätsverbesserung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschläge werden von den ohnehin Guten ohne Qualitätsverbesserung „mitgenommen“. ▪ Bei der im KHSG festgelegten Vorgehensweise sind drohende Abschläge kein finanzielles Risiko, da man im ersten Jahr nichts verlieren kann. Danach wird man wieder besser.

Tabelle 9: Qualitätssicherung / internes Qualitätsmanagement (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Einfluss auf den Strukturierten Dialog	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Charakter des Strukturierten Dialogs wird sich durch die Vergütungsrelevanz grundlegend ändern. Aus kollegialem Gespräch wird ein „Konkurrentenbesuch“. Wer zur Verbesserung beiträgt, verhilft dem Konkurrenten zu Zuschlägen.
Fehlerkultur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch Qualitätszu- und -abschläge geht der geschützte Bereich, in dem auch Schlechtes offen angesprochen werden kann, verloren, und damit ein ureigenes Prinzip von Qualitätsmanagement.
Einflussnahme der (kaufmännischen) Geschäftsführung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Gefahr der Einflussnahme der Geschäftsführung auf medizinische Entscheidungen steigt, mit dem Ziel, bestimmte Ergebnisse herbeizuführen oder zu verhindern.
Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der fehlende Nutzen der Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung wird auch auf Qualitätszu- und -abschläge zutreffen.

Tabelle 10: Positive Impulswirkungen durch Qualitätszu- und -abschläge (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Impulswirkung für wichtige Themen und für die Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Von Qualitätszu- und -abschlägen geht eine Impulswirkung aus. Das System kommt in Bewegung. ▪ Im Rahmen von Qualitätszu- und -abschlägen kann man über Ziele reden und damit wichtige Themen aufs Tableau bringen. ▪ Der Versuch, eine qualitätsorientierte Vergütung einzuführen, kann einen wesentlichen Schub für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung bewirken / den Entwicklungsstau aufholen (z. B. umfangreichere Qualitätsdarlegung, Verbesserung der Messung).
Kulturwandel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszu- und -abschläge könnten den Einstieg in einen Kulturwandel ermöglichen: Es wird differenziert, Qualität soll vergütet werden, Leistung lohnt sich.

Tabelle 11: Wirkungen im Gesamtsystem / Krankenhauslandschaft (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Qualitätszu- und -abschläge als Instrument zur Regulierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszu- und -abschläge werden oft als indirektes Instrument zur Marktbereinigung gesehen. Fraglich erscheint hier die Zielgenauigkeit des Instruments: Werden die „Richtigen“ aufhören bzw. die „Falschen“ weitermachen. Wenn Abteilungen geschlossen werden sollen, sollte dies direkt gemacht werden, nicht indirekt über Qualitätszu- und -abschläge.
Qualität auf Populationsebene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszu- und -abschläge haben systemische Nebenwirkungen, die die Gesamtqualität auf Populationsebene verschlechtern könnten (z. B. Schließung von Abteilungen mit der Folge einer Unterversorgung in bestimmten Bereichen). ▪ Gegebenenfalls wird der Zugang zu gesundheitlichen Versorgung für bestimmte Bevölkerungsgruppen eingeschränkt (Patientenselektion).
Wichtige Probleme durch Qualitätszu- und -abschläge nicht lösbar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsabschläge passen nicht zum System: Viele der vorhandenen Probleme, z. B. Diskontinuität in der Versorgung, sind systemisch bedingt (infolge von Arbeitszeitgesetzen etc. kennt die Ärztin / der Arzt die Patientinnen und Patienten nicht genug oder nicht genug). Dies lässt sich nicht durch Abschläge beheben. ▪ Brüche an den Sektorengrenzen werden eher vergrößert als verkleinert, wenn Qualitätszu- und -abschläge nur im stationären Bereich eingeführt werden.

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszu- und -abschläge werden negative Einflüsse anderer Vergütungs- und Finanzierungsmodalitäten mit negativem Einfluss auf die Versorgungsqualität nicht toppen/ausgleichen können (z. B. lückenhafte Finanzierung von Investitionen / Investitionsstau).
Begründung für Mehrausgaben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszu- und -abschläge können, wenn man ohnehin Geld ins System schütten will, verdeutlichen, wer es bekommt (statt Gießkannenprinzip, d. h. Verteilung an die Leistungserbringer mit den besseren Qualitätsergebnissen).
Andere Maßnahmen sind wirkungsvoller	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Andere Maßnahmen sind wirkungsvoller und ggf. weniger aufwändig (z. B. Public Reporting, Mindestmengen, personalrechtliche Konsequenzen, Entzug der Weiterbildungsermächtigung bei schlechter Qualität).
Kommerzialisierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszu- und -abschläge unterstützen die jetzt schon vorhandene Tendenz, dass die Patientenversorgung nur Mittel zum Zweck ist, nämlich betriebliche Ergebnisse (Gewinne) zu erzielen, ggf. mit der Folge, die Kommerzialisierung zu erhöhen.

3.3.7 Kriterien für die Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen für Qualitätszu- und -abschläge

Die von den Expertinnen und Experten genannten Kriterien, nach denen eine Auswahl geeigneter Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche erfolgen könnte, lassen sich in folgende Kategorien einteilen:

- Eigenschaft der Leistung
- Art des Versorgungsbereichs
- Relevanz für das Gesundheitssystem / die Patientinnen und Patienten
- Fehlanreize durch die derzeitigen Vergütungssysteme (Gegensteuerung)
- Möglichkeit der Qualitätsmessung
- Zusammenhang mit Qualitätssicherung / internes Qualitätsmanagement

Alle Aussagen zu diesen Kategorien aus Expertensicht sind in paraphrasierter Form in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Mögliche Auswahlkriterien von Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätszu- und -abschläge (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Kategorie/ Auswahlkriterium	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Eigenschaft der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elektiv/planbar: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Maßnahmen, die mit zeitlichem Vorlauf geplant werden können oder die statistisch planbar sind (z. B. hinsichtlich der zu erwartenden Menge) ▪ Geringe Varianz in der Versorgung ▪ Klare Vorgaben in Leitlinien, ähnliche Verläufe ▪ Auswahl von höher spezialisierten Leistungen ▪ Behandlung von benachteiligten, besonders vulnerablen Patientengruppen ▪ Fallmanagement im Krankenhaus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optimale Koordination der Versorgung, insbesondere bei sehr individuellem Krankheitsverlauf und bei Multimorbidität ▪ Eingehen auf Patientenbedürfnisse („Responsiveness“): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Patienteninformation, ▫ Shared-Decision-Making ▫ Einbezug der sozialen Situation der Patientinnen und Patienten
Art des Versorgungsbereichs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regional: <ul style="list-style-type: none"> ▫ überschaubare räumliche Strukturen, die übergreifend agieren (unter Einbezug präventiver Aspekte), mehr Bezug zur Bevölkerung haben und regionale Besonderheiten kennen ▪ Sektorenübergreifende Betrachtung ist zwingend für eine Beurteilung der Versorgungsqualität.
Relevanz für das Gesundheitssystem / die Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Häufigkeit: große Anzahl betroffener Patientinnen und Patienten / große Fallzahl ▪ Erkrankungen mit hoher Krankheitslast (z. B. chronische Erkrankungen) ▪ Hochpreisige Leistungen ▪ Leistungen, die für die Leistungserbringer finanziell bedeutsam sind
Fehlanreize durch die derzeitigen Vergütungsmodalitäten (Gegensteuerung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DRG-System: z. B. Belohnung von schneller Entlassung ▪ Leistungen mit hohem Anreiz zur Überversorgung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Leistungen, die besonders gewinnbringend sind ▫ Unterschiedliche Vergütung operativer und konservativer Behandlungsoptionen

Kategorie/ Auswahlkriterium	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Möglichkeit der Qualitätsmessung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Varianz: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Bereiche mit hinsichtlich der Qualität heterogener Leistungserbringung (Varianz in der Versorgungsrealität) ▪ Zuverlässigkeit der Messung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ergebnisqualität muss sicher messbar sein (Risikoadjustierung!). ▫ Zusammenhang zwischen Prozess- und Ergebnisqualität muss nachweisbar sein. ▫ Verursachergerechte Zuordnung muss möglich sein. ▪ Akzeptanz der Messung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Bereiche, die einfach zu messen sind, sind „unstrittig“. ▪ Nutzung vorhandener Daten z. B. Bereiche mit Datengrundlage nach § 301 Abs. 3 SGB V
Zusammenhang mit Qualitätssicherung / internes Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereiche, die bisher nicht bzw. nicht ausreichend von der Qualitätssicherung erfasst sind ▪ „konservative“ Bereiche ▪ Pflege (damit der Anteil der pflegerischen Leistung an guter Qualität sichtbar wird und die Zuschläge auch dort ankommen) <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Andere Optionen zur Qualitätsverbesserung sind ausgeschöpft. ▪ Transparenz / Public Reporting reicht nicht aus. ▪ Andere Instrumente (z. B. Mindestmengen) führen zu keiner Qualitätsverbesserung. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stetiger PDCA-Zyklus als Zielgröße für Qualitätszu- und -abläufe ▪ Regelmäßige Durchführung qualitätsfördernder Maßnahmen (z. B. M&M Konferenzen, Peer-Reviews) ▪ Nachweis stetiger Analyse dessen, was nicht gut gelaufen ist (z. B. CIRS-System), und ggf. Ergreifen entsprechender Maßnahmen ▪ Funktionierendes Beschwerdemanagement <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relevanz für das interne Qualitätsmanagement: Bereiche auswählen, dass sie dem internen Qualitätsmanagement zur Qualitätsverbesserung nutzen

3.3.8 Was bei einem Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen aus Expertensicht beachtet werden sollte

Im Hinblick auf die Verfahrensgestaltung äußerten sich viele der Befragten insgesamt eher skeptisch. Ob eine Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen im vorgesehenen gesetzlichen Rahmen überhaupt sinnvoll ist, sei fraglich.

Also, das Faszinierende bei Pay for Performance ist, es ist ein Thema, wo jeder intuitiv sagt: Ja, klar, das macht Sinn. So ist einfach das Leben – in Anführungsstrichen. Ja, also der Leistungsgedanke ist extrem einfach. Wenn man es dann nachher umsetzt oder umsetzen möchte, wird es extrem schwierig. Und das zeigen auch alle internationalen Erfahrungen. Wenn man sich die Studienlage anschaut, dann ist „mixed results“ das Nettteste, was man dazu sagen kann per se, oder? [W0.5]

Eine Orientierung der Vergütung an der Qualität der erbrachten Leistungen wurde aber als grundsätzlich erstrebenswert angesehen. Da allerdings zu wenig über die Auswirkungen bekannt sei, wurde von den meisten Expertinnen und Experten dazu geraten, in kleinem Rahmen oder erst einmal mit einem Modellversuch zu starten. Viele Äußerungen, die bei der Frage nach der Verfahrensgestaltung, gemacht wurden, ergänzen die Aussagen zu den erwarteten Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen (siehe Abschnitt 3.3.6), denn sie betrafen überwiegend Vorschläge, die negative Auswirkungen verhindern oder eindämmen sollen.

Wenn von einer Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen ausgegangen werden soll, nannten die Expertinnen und Experten die im Folgenden zusammengestellten Faktoren, die sie als wichtig und bei der Verfahrensausgestaltung als beachtenswert ansahen. Genannt wurden allgemeine Aspekte des Verfahrens, aber auch Hinweise hinsichtlich der konkreten Verfahrensumsetzung und des Anreizmodells.

Die genannten allgemeinen Hinweise zur Verfahrensausgestaltung betrafen (Tabelle 13):

- Startphase/Einführungsphase
- Ziele einer qualitätsorientierten Vergütung
- Ebene einer qualitätsorientierten Vergütung
- Entscheidungsgrundlage einer Einführung
- Evaluation

Tabelle 13: Allgemeine Hinweise zur Verfahrensausgestaltung (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Startphase/Einführungsphase	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein Schnellschuss, ggf. vorher weitere Erkenntnisse gewinnen, wie gute Versorgungsqualität zustande kommt, welche Anreize wo sinnvoll sind ▪ Im kleinen Rahmen, überschaubar starten ▪ Ggf. vorherige Erprobung in (regionalen) Modellversuchen, auch um die Auswirkungen in unterschiedlichem Setting testen zu können
Ziele einer qualitätsorientierten Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impuls setzen, der das ganze System nach oben zieht („Best Practice“)
Ebene einer qualitätsorientierten Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Als innovativ wird ein Ansatz angesehen, der eine populationsorientierte Grundversorgung als Einheit betrachtet und die Gesunderhaltung (Prävention) incentiviert. ▪ Anreiz schaffen für die Vernetzung von Krankenhäusern mit ambulanten Strukturen: integriertes Gesamtmodell mit qualitätsorientierter Vergütung bezogen auf bestimmte Patientengruppen, die immer wieder stationär und ambulant behandelt werden (z. B. Menschen mit chronischen Erkrankungen wie AIDS, Diabetes mellitus oder Multiple Sklerose). ▪ Ansatz ähnlich wie bei Selektivverträgen, aber kassenübergreifend
Entscheidungsgrundlage einer Einführung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wird darauf hingewiesen, dass die Entscheidung für oder gegen Qualitätszu- und -abschläge bzw. wo und wie sie eingeführt werden auf einer fachlichen Grundlage getroffen werden und nicht politisch motiviert sein sollte.
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erkenntnisgewinn aus dem „Projekt“ muss gewährleistet sein.

Hinweise zur konkreten Verfahrensumsetzung betreffen (Tabelle 14):

- Zusammenhang Ergebnis -und Vergütungsanpassung,
- Zielvereinbarungen,
- Aufwand des Verfahrens,
- Wahl von nutzenbringenden Verfahrensbestandteilen,
- Fairer Einrichtungvergleich sowie
- Berichterstattung

Tabelle 14: Konkrete Hinweise zur Verfahrensumsetzung (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
zeitlicher Zusammenhang Ergebnis- und Vergütungsanpassung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitabstand zwischen Leistungserbringung, Qualitätsmessung sowie der Verhängung von Qualitätszu- und -abschlägen darf nicht zu lang sein.
Zielvereinbarungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielvereinbarungen mit den Leistungserbringern sollten zentraler Bestandteil des Verfahrens sein, es sollte über konkrete Ziele geredet werden.
Aufwand des Verfahrens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Möglichst einfache, aufwandsarme Verfahrensgestaltung ▪ Anknüpfen an vorhandene Verfahren, Routinedaten, Qualitätssicherung mit Routinedaten, nicht so viele Systeme nebeneinander, sondern Zusammenführung, Vereinheitlichung (Qualitätssystem „aus einem Guss“)
Wahl von nutzenbringenden Verfahrensbestandteilen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinische Relevanz des Verfahrens: Als klinisch relevant werden eher Zertifizierungen, Peer Reviews und Audits angesehen, weniger die externe Qualitätssicherung.
Fairer Einrichtungsvergleich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Besonderheiten von Einrichtungen verschiedener Versorgungsstufen und unterschiedlicher regionaler Lage sollten bei der Auswertung/Bewertung berücksichtigt werden. ▪ Krankenhäuser mit nicht kostendeckenden Versorgungsaufgaben müssen individuell (z. B. nach kontextuellen Faktoren) berücksichtigt werden, da dort der ökonomische Druck ganz anders ist.
Berichterstattung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verständliche Qualitätsberichte, auch für Patientinnen und Patienten ▪ Vergleichbarkeit mit anderen Einstufungsverfahren (verwirrend, wenn dieselbe Abteilung in verschiedenen Bewertungsverfahren ganz unterschiedlich abschneidet)

Hinweise zur Anreizgestaltung betrafen folgende Aspekte (Tabelle 15):

- Qualitätsabschläge
- Qualitätszuschläge
- Höhe der Qualitätszu- und -abschläge
- Gestaltung der Verhandlungen „vor Ort“ (Budgetverhandlungen)
- gesetzliche Vorgaben

Tabelle 15: Hinweise zur Anreizgestaltung (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Qualitätsabschläge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es sollte keine Qualitätsabschläge geben, da diese „unzureichende“ Qualität „legitimieren“. ▪ Bevorzugt werden sollten indirekte Qualitätsabschläge in Form von „withdrawals“, d. h. vorherigem Abzug, den man sich über „außerordentlich gute“ Qualität zurückholen kann.
Qualitätszuschläge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszuschläge für gute Indikationsqualität, insbesondere dann, wenn konservative und operative Therapieoptionen unterschiedlich vergütet werden, aber im Ergebnis gleichwertig sind. ▪ Einbezug der Indikationsqualität: Die „außerordentlich gute“ Versorgungsqualität einer durchgeführten Maßnahme allein (ohne gesicherte Indikationsstellung) sollte nicht als Grundlage für Qualitätszuschläge dienen. ▪ Qualitätszuschläge im Sinne einer Subvention für einen erhöhten Aufwand (z. B. durch Etablierung von Strukturen und Prozessen): Zusammenhang zwischen Struktur-/Prozess- und Ergebnisqualität muss dabei nachgewiesen sein. ▪ Verfahrensaufwand sowie zusätzlicher Aufwand für die entsprechende Qualitätsverbesserung muss sich in Relation zur Höhe der Qualitätszuschläge rechnen. ▪ Beachtung des Ausgangsniveaus der erbrachten Versorgungsqualität: Es sollten keine Qualitätszuschlägen für das Einhalten von Mindeststandards verhängt werden.
Höhe der Qualitätszu- und -abschläge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Höhe der Qualitätszu- und -abschläge: Um die gewünschte Wirksamkeit zu erzielen, sollten die Qualitätszu- und -abschläge für die Leistungserbringer bemerkbar sein. Sie sollten nicht in den Budgetverhandlungen untergehen.
Gestaltung der Verhandlungen „vor Ort“ (Budgetverhandlungen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sichtbarkeit im Budget muss gewährleistet sein. ▪ Verhandlungen dürfen nicht zu kompliziert werden.
Gesetzliche Vorgaben	<p>Die vorgegebene Grundkonstellation der gesetzlichen Vorgaben wird hinsichtlich folgender Punkte als schwierig angesehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sehr lange „Übergangsregelung“ bei schlechter Qualität ▪ Gleichzeitig schlechtere Voraussetzungen zum Besserwerden, da weniger monetäre Ressourcen (Abschläge) zur Verfügung stehen ▪ Qualitätszu- und -abschläge funktionieren nicht als Steuerungsinstrument. ▪ Qualitätszu- und -abschläge sind ungeeignet zur Regulation (zu spät, zu ungezielt).

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
	<p>Folgende Verbesserungen des Grundkonzepts wurden vorgeschlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Den Leistungserbringern Vorschläge machen, was passieren müsste, um die Versorgungsqualität zu verbessern, und, wenn der Erfolg erkennbar/nachgewiesen ist, erfolgt eine höhere Vergütung. ▪ Was nachweisbaren Einfluss auf die Verbesserung der Versorgungsqualität hat, muss finanziert werden.

3.4 Expertenworkshop

Es nahmen 9 Expertinnen und Experten am Workshop teil. Die ausgewählten Expertinnen und Experten können folgenden Bereichen zugeordnet werden (in Klammer jeweils die Anzahl der entsprechenden Expertinnen und Experten): praktische Erfahrung stationärer Bereich (1), Krankenkasse (1), Patientenvertretung (1) sowie wissenschaftliche Expertinnen und Experten (6). Für den Expertenworkshop wurden aus den Ergebnissen der Interviews zu den jeweiligen Themenblöcken/Themenschwerpunkten Thesen oder Fragen zur Diskussion abgeleitet. Dabei wurden insbesondere kontroverse Punkte herausgearbeitet, um zu diesen die Expertenmeinungen einzuholen. In Tabelle 16, Tabelle 17, Tabelle 18 sowie Tabelle 19 sind die Aussagen aus dem Expertenworkshop zu den einzelnen Themenblöcken zusammenfassend dargestellt.

Themenblock 1: „Außerordentlich gute“ Qualität

Tabelle 16: Thesen und Expertenaussagen zu Themenblock 1: „Außerordentlich gute“ Qualität

Zur Diskussion gestellte These	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten des Workshops
<p>„Außerordentlich gute“ Qualität kann auch für Basisleistungen (Grund- und Regelversorgung) dargestellt werden und ist nicht auf „Spezialisten“ beschränkt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungserbringer der Grund- und Regelversorgung sollten nicht von vorne herein aus einem Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen ausgenommen werden. ▪ Auch Querschnittsthemen können für ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen geeignet sein: Fokus insbesondere hin zu Querschnittsthemen und weg von der fachlichen Expertise bestimmter Fachbereiche/Leistungen oder Leistungsbereiche.
<p>„Außerordentlich gute“ Qualität erfordert die übergreifende Bewertung mehrerer Dimensionen/Bestandteile von Versorgungsqualität.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Bewertung „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität auf der Basis eines einzelnen Qualitätsindikators, sondern übergreifende Bewertung (z. B. Index). ▪ Wünschenswert wäre eine sektorenübergreifende Beurteilung (Frage der Zuordenbarkeit der Leistung). ▪ Getrennte Bewertung von Fachbereichen muss möglich sein.

Zur Diskussion gestellte These	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten des Workshops
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auch übergreifende Themen / Querschnittsthemen sind wichtig.
<p>Bei der Beurteilung für Qualitätszu- und -abschläge sollte ein Ausgleich „unzureichender“ Qualität in einem Bereich durch „außerordentlich gute“ Qualität in einem anderen Bereich nicht möglich sein.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein Ausgleich sollte nicht möglich sein.
<p>Nicht nur absolute Zielerreichung, sondern auch Verbesserung kann belohnt werden</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Möglichkeit, auch Verbesserung zu belohnen, wird überwiegend begrüßt. ▪ Absolute und relative Qualitätsverbesserung sollten berücksichtigt werden: Auch Leistungserbringer mit schlechterer Ausgangslage müssten Anreiz haben, ihre Qualität zu verbessern. ▪ Die Belohnung von Mindeststandards wird kritisch gesehen oder abgelehnt. Die Verbesserung hin zum Erreichen von Mindeststandards oder die Beseitigung von Mängeln sollte nicht belohnt werden. ▪ Wenn das Ziel die Qualitätsverbesserung in der Breite sei, müsse die Belohnung von Verbesserung ermöglicht werden. ▪ In Anlehnung an <i>value based purchasing</i>: Kombination von beidem (Zielerreichung und Verbesserung belohnen) und den besseren der beiden Werte nehmen; Vermeidung von zu hoher Komplexität in der Berechnung. ▪ Bei der Belohnung von Verbesserung muss entschieden werden, ob die Verbesserung relativ zu den Leistungen anderer Leistungserbringer oder relativ zu den eigenen (vorherigen) Leistungen bewertet werden soll. ▪ Gefahr von <i>Gaming</i> durch die Belohnung von Verbesserung: abwechselndes Erbringen von schlechter und guter Versorgungsqualität, um von der Verbesserung zu profitieren.

Themenblock 2: Erwartete/bekannte Auswirkungen qualitätsorientierter Zu- und Abschläge

Tabelle 17: Fragen und Expertenaussagen zu Themenblock 2: Erwartete/bekannte Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen

Zur Diskussion gestellte Frage	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten des Workshops
Wie müssten Qualitätszu- und -abschläge eingesetzt werden, damit sie zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Anreiz / die Belohnung müsste zumindest so hoch sein, dass der Mehraufwand der Leistungserbringer durch die Qualitätszuschläge kompensiert wird. ▪ Höhe der Qualitätszu- und -abschläge müsste für die Leistungserbringer spürbar sein. ▪ Vorschlag: Einbehalten der Hälfte des Zuwachses der Leistungserbringerfinanzierung im Vorfeld. Dies sei spürbar und setze den Anreiz, sich das Geld wieder zurückzuholen. ▪ Kontroverse Diskussion, ob Qualitätszu- oder -abschläge motivierender sind und vorzugsweise einzusetzen wären. Aus der Verhaltensökonomie sei bekannt, dass ein Malus einen stärkeren Anreiz habe. Durch die Vergabe von Zuschlägen werden die Aussichten auf eine Qualitätsverbesserung als besser eingeschätzt.

Themenblock 3: Kriterien zur Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsorientierte Vergütung eignen

Tabelle 18: Fragen und Expertenaussagen zu Themenblock 3: Kriterien zur Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsorientierte Vergütung eignen

Zur Diskussion gestellte Frage	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten des Workshops
Wann und für welche Problematik sind Qualitätszu- und -abschläge das richtige Instrument?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszu- und -abschläge sollten in größerer Breite eingesetzt werden und nicht nur bei bestimmten Indikationen, sonst werden sie wenig Wirkung entfalten. ▪ regelmäßiger Austausch der Themen/Leistungsbereiche mit Qualitätszu- und -abschlägen zur Vermeidung von Deckeneffekten und zur Förderung von guter Versorgungsqualität in der Breite ▪ Belohnung von „Early Adopters“ ▪ Belohnung von Best Practice (Beispiel „Best Practice Tariffs“) und zwar unabhängig vom Aufwand sowie einer evidenzbasierten Versorgung ▪ Qualitätszu- und -abschläge als Anreiz für präventive Maßnahmen (z. B. Impfungen)

Zur Diskussion gestellte Frage	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten des Workshops
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszu- und -abschläge für Bereiche in denen „Trägheit“ herrscht, d. h. Qualitätsförderung durch in Aussicht gestellte Subvention von Mehraufwand für bessere Qualität ▪ Qualitätszu- und -abschläge als politischer Impuls, d. h. Förderung von neuartigen Verfahren/Maßnahmen oder Innovationen. Es muss auf die Kreativität der Leistungserbringer gesetzt werden. ▪ Der Fokus sollte nicht ausschließlich auf elektiven Leistungen liegen, da elektive Verfahren die Gefahr der Risiko Selektion bergen.

Themenblock 4: Konkretes Vorgehen und Herausforderungen eines Verfahrens mit qualitätsorientierten Zu- und Abschlägen

Tabelle 19: Fragen und Expertenaussagen zu Themenblock 4: Konkretes Vorgehen und Herausforderungen eines Verfahrens mit Qualitätszu- und -abschlägen

Zur Diskussion gestellte Frage	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten des Workshops
Was sollte bei einer Umsetzung beachtet werden?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das „Korsett“ Qualitätszu- und -abschläge sollte nicht zu eng gestrikt werden, sondern den Leistungserbringern sollte selbst die Entscheidung überlassen werden, wo eine Verbesserung stattfinden soll: Individuelle Freiheit der Krankenhäuser wird tangiert, wenn zu viel reguliert wird. Dies senkt die Akzeptanz. ▪ Berücksichtigung von Interferenzen mit anderen Instrumenten: Public Reporting wird die stärkere Wirksamkeit zugeschrieben als den eigentlichen Zu- oder Abschlägen, Leistungserbringer sollten nicht doppelt bestraft werden durch Abschläge und die Abwanderung von Patientinnen und Patienten aufgrund des Imageverlusts. ▪ Berücksichtigung der zeitlichen Perspektive (hohe Gegenwartspräferenz von Individuen): Können die Zeiträume zwischen Leistungserbringung und Zu- bzw. Abschlägen verkürzt werden? ▪ Konsequente Durchführung des Strukturierten Dialogs ▪ Mit Modell-/Pilotprojekt starten: simple anfangen und Schritt für Schritt erweitern ▪ Qualitätszu- und -abschläge nicht als „Allheilmittel“ missverstehen: Es kann nur ein mögliches Instrument im Gesamtsystem sein.

Zur Diskussion gestellte Frage	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten des Workshops
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="679 286 1385 385">▪ Nicht zu viele Verfahren zum selben Thema, sondern Vereinheitlichung/Zusammenführung von Verfahren zur Qualitätsverbesserung<li data-bbox="679 398 1385 497">▪ Berücksichtigung, dass, wenn Subventionen (Qualitätszuschläge) wieder weggenommen werden, die Versorgungsqualität ggf. wieder schlechter wird

4 Empfehlungen

Für die Bearbeitung des Auftrags (siehe Abschnitt 1.2 und 1.3) ist es erforderlich, die folgenden Fragen zu beantworten:

1. Was macht „außerordentlich gute“ Qualität aus und wie kann sie dargestellt werden? Welche Besonderheiten bei der Qualitätsbewertung sind in einem QS-Verfahren mit qualitätsorientierten Zu- und Abschlägen zu beachten (siehe 4.1)?
 - Definition von „außerordentlich guter“ und „unzureichender“ Qualität
2. Lassen sich spezifische Kriterien für die gezielte Auswahl von Themen, Leistungen und Leistungsbereichen für ein Verfahren zur qualitätsorientierten Vergütung mit Zu- und Abschlägen finden oder begründet ableiten (siehe Abschnitt 4.2)?
 - Kriterien für die Auswahl von Themen, Leistungen und Leistungsbereichen für Qualitätszu- und -abschläge
3. Können konkrete Leistungen einschließlich der Qualitätsziele für eine Neuentwicklung einsetzbarer Qualitätsindikatoren für Qualitätszu- und -abschläge empfohlen werden und wenn ja, welche (siehe Abschnitt 4.3)?
 - Auswahlprozedere
4. Wie sollte ein neues Verfahren mit qualitätsorientierten Zu- und Abschlägen entwickelt werden und was muss dabei in besonderem Maße beachtet werden (siehe Abschnitt 4.4 und Kapitel 5)?
 - Entwicklungsmethodik
5. Welche Vor- und Nachteile hat eine Verfahrensneuentwicklung für Qualitätszu- und -abschläge unter den gegebenen Bedingungen (siehe Abschnitt 4.5)?
 - Nutzen-Risiko-Bewertung

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der internationalen Literatur, aus der Projektrecherche sowie aus den auf die Situation in Deutschland bezogenen Experteninterviews und dem Expertenworkshop hat das IQTIG Empfehlungen zur Qualitätsdarlegung für Qualitätszu- und -abschläge erarbeitet, die im Folgenden dargestellt sind.

4.1 Definition von „außerordentlich guter“ und „unzureichender“ Qualität

Die durch das KHSG eingebrachten Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz sehen vor, dass bei außerordentlich guter oder unzureichender Qualität bei der Erbringung bestimmter Leistungen oder für ganze Leistungsbereiche Qualitätszu- und -abschläge vereinbart werden sollen (§ 5 Abs. 3a KHEntgG). Auch in der Gesetzesbegründung zum KHSG wird ausgeführt, dass „außerordentlich gute Qualität“ belohnt werden soll. Damit wird die Zahlung von Qualitätszu- und -abschläge an bestimmte Qualitätsniveaus gekoppelt. Die durch die Begriffe „außerordentlich gute

Qualität“ und „unzureichende Qualität“ festgelegten Qualitätsniveaus werden durch den Gesetzgeber jedoch nicht weiter spezifiziert. Daher wird zunächst eine Definition dieser Qualitätsniveaus benötigt.

4.1.1 „Außerordentlich gute“ Versorgungsqualität

In der Literatur findet sich kein einheitliches Verständnis von „außerordentlich guter“ Qualität. Auch der Begriff der „Exzellenzqualität“, der semantisch gleichbedeutend mit „außerordentlich gut“ ist (von lat. *excellere*: hervorragen, sich auszeichnen) und der auch im G-BA-Auftrag verwendet wird, wird in Deutschland erst seit einigen Jahren häufiger im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen gebraucht und ist bisher nicht definiert. Der Begriff der Exzellenz ist als Anlehnung an den englischen Sprachgebrauch zu sehen (BMBF [kein Datum]). Dort werden *excellence* und *quality* teilweise synonym gebraucht. So definiert der MeSH-Katalog (Medical Subject Heading)⁷ der PubMed-Datenbank „quality of health care“ als „The levels of excellence which characterize the health service or health care provided“. In englischsprachigen Wörterbüchern wird *excellence* als besonders gute Qualität („talent or quality which is unusually good“ ([Anonym] 2018a); „the state or quality of excelling or being exceptionally good“ ([Anonym] [kein Datum]) umschrieben. Dementsprechend finden sich in der Literatur mögliche Festlegungen, wie auf der Messkala einzelner Qualitätsindikatoren besonders gute Bereiche abgegrenzt werden können (z. B. Martin et al. 2007, Kiefe et al. 2001). Dagegen konnten in einer orientierenden Recherche in biomedizinischen Datenbanken keine Publikationen ermittelt werden, welche explizit ein theoretisches Konzept für Exzellenzqualität der Gesundheitsversorgung beschreiben.

Excellence wird bisher vor allem im Zusammenhang mit der Führung von Unternehmen thematisiert und ist im Total Quality Management ein häufiges Thema, etwa beim Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM-Modell) und beim Baldrige-Award. So versteht das EFQM-Modell unter *excellence*: „Excellence is about doing your best“ (EFQM [kein Datum]). „Quest for Excellence“ und „Performance Excellence“ sind in den USA eingetragene Warenzeichen im Zusammenhang mit dem Baldrige-Award (NIST [kein Datum]). *Excellence* wird nicht selten als werbendes Schlagwort verwendet, ohne dass erläutert wird, worin die Exzellenz eigentlich besteht. Beispielsweise definiert die kanadische Gesetzgebung im Excellent Care for All Act von 2010 an keiner Stelle, was unter *excellent care* zu verstehen ist. Gemeinsam ist diesen Ideen, dass Exzellenz nicht auf isolierte Aspekte wie einzelne Produkte oder Dienstleistungen bezogen wird, sondern dass die Qualitätsstrategie des Unternehmens eine Vielzahl von Dimensionen und Perspektiven berücksichtigen muss, um als exzellent zu gelten.

Auch in den Experteninterviews und im Expertenworkshop wurde keine einheitliche Nominaldefinition von „außerordentlich guter“ Qualität von den Experten gegeben (siehe Abschnitte 3.3 und 3.4). Außerordentlich gute Qualität wurde anhand unterschiedlicher Beispiele beschrieben, die sich zwischen den Befragten unterschieden und unterschiedliche Schwerpunkte aufwiesen. Gemeinsam war diesen Schilderungen, dass außerordentlich gute Qualität durch Strukturen,

⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> (abgerufen am 11.01.2018).

Prozesse oder Ergebnisse der Versorgung gekennzeichnet wurde, die in der Breite oder im Ausmaß über das Übliche hinausgehen. „Außerordentlich guter“ Qualität wurde also in Abgrenzung zu derzeit bekannten Defiziten der Versorgung beschrieben (siehe Tabelle 2 in Abschnitt 3.3.1) und wurde darin gesehen, dass ein Leistungserbringer in Bezug auf das jeweilige Thema oder die jeweilige Leistung umfassend, also nicht nur in einzelnen Punkten, sehr gute Arbeit leistet. Qualitätsthemen, die als Bestandteile „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität angeführt wurden, sind insbesondere Aspekte der Patientenperspektive sowie die Qualität der Koordination der Versorgung innerhalb des Krankenhauses und sektorenübergreifend. Auch dem Einbezug der Indikationsqualität wurde eine große Bedeutung beigemessen, da „außerordentlich gute“ Qualität nicht nur die optimale Durchführung einer Maßnahme, sondern als Voraussetzung auch die richtige Indikationsstellung umfasse. Anhand der Nennungen wurde deutlich, dass die Interviewten außerordentlich gute Qualität als mehrdimensional begreifen. Die Überzeugung der Befragten, dass bei entsprechenden Qualitätsmessungen alle Messdimensionen nach Donabedian (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse) berücksichtigt werden sollten, ist ebenfalls als Hinweis auf den umfassenden Charakter von außerordentlich guter Qualität zu verstehen. Entscheidend für die Charakterisierung außerordentlich guter Qualität auf Basis der Experteninterviews ist damit in erster Linie deren Mehrdimensionalität und nicht die konkreten Themen, die von den Befragten genannt wurden. Diese Themen lassen sich dem Rahmenkonzept des IQTIG für Qualität (s. u.) zuordnen und damit in einen systematischen Rahmen bringen. Die Auffassung, dass die Beschreibung „außerordentlich guter“ Qualität über eine Bewertung einzelner Qualitätsindikatoren hinausgehen sollte, findet sich implizit auch im Auftrag des G-BA vom 20. Oktober 2016, in dem auf eine indikatorenübergreifende Bewertung abgestellt wird. „Außerordentlich gute“ Qualität kann also zum einen an Art und Umfang der Inhalte festgemacht werden, auf die sich die Qualitätsanforderungen beziehen, und zum anderen am Ausmaß der Erfüllung der einzelnen Qualitätsanforderungen (Maxwell 1992). Aus Sicht des IQTIG werden unbedingt beide Komponenten zusammen für die Beschreibung „außerordentlich guter“ Qualität benötigt. Das IQTIG definiert „außerordentlich gute“ Qualität daher unter Zugrundelegung der Qualitätsdefinition in den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2018: 16) wie folgt:

„Außerordentlich gute“ Qualität der Gesundheitsversorgung in einem Themenbereich ist ein besonders hoher Grad der Erfüllung von umfassenden, patientenzentrierten Anforderungen an die Versorgung in diesem Themenbereich.

In diesem Bericht wird im Folgenden der Begriff „außerordentlich gute Qualität“ verwendet.

Mit obiger Definition ist jedoch noch nicht festgelegt, welche Anforderungen in besonders hohem Grad erfüllt sein müssen, damit von „außerordentlich guter“ Qualität gesprochen werden kann. In der Literatur gibt es eine Reihe grundsätzlicher Anforderungen, die an die Gesundheitsversorgung gestellt werden. Diese werden auch als Qualitätsdimensionen bezeichnet und in Rahmenkonzepten für Qualität (*conceptual frameworks*) zusammengefasst (Übersichten z. B. bei Arah et al. 2006, Ahluwalia et al. 2017, Klassen et al. 2010). Das Rahmenkonzept des IQTIG für Qualität ist in den „Methodischen Grundlagen“ beschrieben (IQTIG 2018: 16 ff) und umfasst

sechs Qualitätsdimensionen⁸: Wirksamkeit, Patientensicherheit, die Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten, Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit, Angemessenheit sowie Koordination und Kontinuität. Eine umfassende leistungserbringerbezogene Qualitätsbewertung für einen bestimmten Themenbereich setzt aus Sicht des IQTIG voraus, dass alle relevanten Qualitätsdimensionen berücksichtigt werden.

Für die Feststellung „außerordentlich guter“ Qualität bedeutet dies, dass nur von einer Erfüllung *umfassender* Anforderungen gesprochen werden kann, wenn die Beurteilung der Qualität alle relevanten Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts des IQTIG berücksichtigt und nicht auf einzelne Dimensionen beschränkt ist. Würden also beispielsweise nur Komplikationen einer Behandlung betrachtet, ließe dies keine Feststellung außerordentlich guter Qualität zu. Die Dimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität sollen also auch für die Beurteilung von „außerordentlich guter“ Qualität maßgeblich sein.

Ein weiterer Schwerpunkt der in den Interviews genannten Themen für außerordentlich gute Qualität waren Voraussetzungen für die Erbringung hoher Versorgungsqualität, wie beispielsweise das interne Prozess- und Qualitätsmanagement, die Aus- und Fortbildung des Personals sowie die personelle und materielle Ausstattung. Diese Themen sind zwar wichtige Voraussetzungen für gute Versorgung, stellen aber selbst keine patientenzentrierten Versorgungsziele per se dar. Entsprechend dem IQTIG-Rahmenkonzept für Qualität werden diese Aspekte daher nicht für die Definition von „außerordentlich guter Qualität“ herangezogen.

Aussagen über „außerordentlich gute“ Qualität beziehen sich auf den durch das Qualitätsmodell des jeweiligen Themas beschriebenen Bereich. Bei der Leistung oder dem Leistungsbereich, für den Zu- und Abschläge gezahlt werden sollen, handelt es sich nicht zwangsläufig um einen Leistungsbereich im Sinne der bisherigen esQS-Leistungsbereiche. So wurden beispielsweise in den Experteninterviews verschiedene Bezugsebenen genannt (siehe Tabelle 8 im Anhang E). Es kann etwa auf die Versorgung einer bestimmten Patientengruppe fokussiert werden (z. B. „außerordentlich gute Versorgung von Patienten mit koronarer Herzerkrankung“) oder auf die Versorgungsqualität ausgewählter Leistungen, d. h. die Breite des Themas kann variieren. Die Messung und Feststellung von „außerordentlich guter“ Qualität bezieht sich dabei (wie auch bei anderen QS-Verfahren) nur auf die von den Qualitätsindikatoren abgebildeten Inhalte. Eine Übertragung der Bewertungsergebnisse auf nicht gemessene Versorgungsleistungen, etwa als Aussage über die Versorgungsqualität des gesamten Leistungsspektrums einer Organisationseinheit (z. B. Fachabteilung), ist nicht sachgerecht, da die Annahme eines einzigen ursächlichen Faktors für die Versorgungsqualität in dieser Breite aus Sicht des IQTIG nicht zutreffend ist. Bei der Darstellung von außerordentlich guter Qualität muss im Sinne der Inhaltsvalidität der Messung klar benannt werden, auf welches Thema sich die Aussage anhand des entwickelten Indikatorensets bezieht und dass die Messungen keinen Rückschluss auf die Qualität in anderen, nicht untersuchten Themenbereichen erlauben.

⁸ Der Begriff ist nicht mit den Messdimensionen nach Donabedian (Struktur, Prozess, Ergebnis) identisch, die oft ebenfalls Qualitätsdimensionen genannt werden und die Donabedian selbst als „kinds of information one can obtain“ charakterisiert hat (Donabedian 2003).

Operationalisierung „außerordentlich guter“ Qualität

Bei der Entwicklung von Qualitätsmessungen als Grundlage für Qualitätszu- und -abschläge ist anhand des Qualitätsmodells für das Thema, die Leistungen oder den Leistungsbereich, für die Qualitätszu- und -abschläge vereinbart werden sollen, zu prüfen,

- welche Qualitätsdimensionen für das jeweilige Thema adressiert werden und
- ob für das jeweilige Thema alle relevanten Qualitätsdimensionen durch entsprechende Qualitätsaspekte sinnvoll beschrieben werden können (siehe Abschnitt 4.4).

Es ist z. B. denkbar, dass in einem Versorgungsbereich eine bestimmte Qualitätsdimension mit den Mitteln der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht abbildbar ist oder dass für sie kein nennenswertes Verbesserungspotenzial gesehen wird. Erstrecken sich die Qualitätsaspekte eines Qualitätsmodells bzw. die Qualitätsindikatoren nicht auf alle Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts, so muss eine Einschätzung getroffen werden, ob auf Basis des entwickelten Qualitätsmodells bzw. Indikatorensets für dieses Thema eine Darstellung außerordentlich guter Qualität noch möglich ist.

Die Abbildbarkeit aller Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts ist daher umgekehrt auch ein Kriterium für die Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen für dieses Instrument (siehe Abschnitt 4.2). Themen, die nur eine oder wenige Qualitätsdimensionen adressieren (beispielsweise nur die Verbesserung der Patientensicherheit bei operativen Eingriffen), eignen sich gemäß der obigen Definition nicht für Aussagen zu „außerordentlich guter“ Qualität und sollten daher nicht Gegenstand eines Entwicklungsauftrags für ein QS-Verfahren mit Qualitätszuschlägen sein.

Aggregation mehrerer Qualitätsmessungen

Das oben dargelegte Verständnis von „außerordentlich guter“ Qualität als mehrdimensionales Konzept impliziert eine zusammenfassende Bewertung der Versorgungsqualität. Da die Entscheidung über die Zahlung von Zu- oder Abschlägen für eine Leistung oder einen Leistungsbereich daran festgemacht werden soll, inwieweit „außerordentlich gute“ Qualität vorliegt, ist eine Aggregation der Qualitätsmessungen zu den einzelnen Qualitätsdimensionen zu einem Index erforderlich (IQTIG 2017).

Bei dieser zusammenfassenden Beurteilung mehrerer Messungen muss festgelegt werden, ob eine gegenseitige Kompensation, d. h. ein Ausgleich der Messergebnisse möglich sein soll oder nicht. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder kann eine Bewertung als „außerordentlich gut“ getrennt für jede Messung erfolgen und erst danach eine Aggregation erfolgen oder einzelnen Messungen werden zunächst aggregiert und dann wird die Bewertung als „außerordentlich gut“ wird anhand des aggregierten Indexwerts vorgenommen. Im zweiten Fall ist eine Kompensation der Messungen untereinander möglich.

Nach Auffassung des IQTIG soll „Versorgungsqualität nur dann als „außerordentlich gut“ bezeichnet werden, wenn in allen relevanten Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts mindestens das ohnehin erwartbare Qualitätsniveau erreicht wurde und darüber hinaus in einigen oder allen Dimensionen noch höhere Qualitätsniveaus erreicht wurden. Eine Kompensation oder ein

Ausgleich soll also bei unterschiedlichen erreichten Qualitätsniveaus nur zwischen solchen Indikatorergebnissen erfolgen, die ohnehin oberhalb der Schwelle erwartbarer Qualität liegen. Wie im Konzept für qualitätsorientierte Zu- und Abschläge Schritt 1 empfiehlt das IQTIG daher die Aggregation der Qualitätsindikatoren so vorzunehmen, dass unzureichende Ergebnisse in einem Qualitätsindikator nicht durch gute oder besonders gute Ergebnisse in einem anderen Indikator kompensiert werden können.⁹

Referenzbereiche für außerordentlich gute Qualität

Soll anhand einer Qualitätsmessung entschieden werden, welche Leistungserbringer Vergütungszuschläge erhalten, wird ein Bewertungskonzept benötigt, das die Messwerte mit einem Referenzbereich in Beziehung setzt und die Messwerte aufgrund dieses Vergleichs der Kategorie „außerordentlich gut“ zuordnet (IQTIG 2017: 129 ff). Die Festlegung von Referenzbereichen ist dabei immer eine Setzung (Goodwin 1996). Es muss insbesondere festgelegt werden, ob „außerordentlich gut“ relativ zum Ergebnis anderer Leistungserbringer definiert werden soll (verteilungsabhängig) oder auf Grundlage fester Vergleichswerte (Goodwin 1996, Norcini und Shea 1997) beurteilt werden soll. Im Bereich „außerordentlich guter“ Qualität wird nicht zwingend ein absoluter Bezugspunkt benötigt, da sich die Qualität gemäß obiger Definition bereits im Bereich oberhalb des erwartbaren Standards befinden soll. In diesem Bereich kann „außerordentlich gut“ darin bestehen, dass die Versorgung im Vergleich mit anderen Leistungserbringern deutlich besser ist. In der Literatur finden sich als Beispiele für solche verteilungsabhängigen Schwellenwerte für besonders gute Qualität auf einer Indikatorskala etwa das obere Dezil (90%-Perzentil) der Einrichtungswerte (Martin et al. 2007) oder Verfahren, die die Fallzahlabhängigkeit empirisch bestimmter Einrichtungswerte bei der Festlegung berücksichtigen, z. B. in Form von Prädiktionsintervallen um die Gesamtrate (Spiegelhalter 2005) oder Verfahren wie die Achievable Benchmarks of Care (Kiefe et al. 2001). Voraussetzung ist aber, dass es nicht dadurch zu Bewertungen als „außerordentlich gut“ kommt, dass der Schwellenwert wegen schlechter Versorgungsqualität in einem Teil der Einrichtungen unangemessen niedrig angesetzt wird. Dies kann bei der Indexkonstruktion für außerordentlich gute Qualität dadurch berücksichtigt werden, dass nur Qualität oberhalb des festen Schwellenwertes für erwartbare Qualität betrachtet wird.

Die verteilungsabhängige Festlegung von Schwellenwerten für „außerordentlich gute“ Qualität wird in der Regel dazu führen, dass es – oberhalb der ohnehin erwartbaren Standards – immer eine Gruppe von Leistungserbringern gibt, deren Versorgung als „außerordentlich gut“ eingestuft und ggf. mit Zuschlägen versehen wird, was ein erwünschter Effekt sein kann.

4.1.2 „Unzureichende“ Versorgungsqualität

Im Gegensatz zum Begriff der „außerordentlich guten“ Qualität kann die Definition der „unzureichenden“ Qualität als Grundlage für Abschläge mit den bestehenden Konzepten der externen

⁹ Der Abschlussbericht zu Schritt 1 der Beauftragung ist bisher nicht veröffentlicht.

verpflichtenden Qualitätssicherung nach SGB V in Bezug gebracht werden.¹⁰ Die externe Qualitätsförderung verfolgt mit den bisherigen QS-Verfahren nach QSKH-RL das Ziel, Einrichtungen auf das Unterschreiten eines Qualitätsniveaus hinzuweisen, dessen Erfüllung berechtigterweise von allen Einrichtungen erwartet werden kann. Dieses Qualitätsniveau wird vom IQTIG als „erwartbares Qualitätsniveau“ oder „erwartbarer Standard“ bezeichnet, während darunter liegende Qualität als „unzureichende Qualität“ bezeichnet wird. Die Grenze eines festen (d. h. nicht verteilungsabhängigen) Referenzbereichs kennzeichnet im Rahmen der bisherigen externen stationären Qualitätssicherungsverfahren solche Leistungserbringer als auffällig, bei denen ein Unterschreiten des erwartbaren Qualitätsniveaus wahrscheinlich ist. Die bisherigen esQS-Verfahren nach QSKH-RL sind also seit jeher auf die Feststellung unauffälliger Qualität im Sinne der Erfüllung erwartbarer Standards bzw. unzureichender Qualität unterhalb dieser Standards ausgelegt.

Das Verständnis von unzureichender Qualität bei Qualitätsmessungen für Zu- und Abschläge und unzureichender Qualität in den bisherigen esQS-Verfahren sollte identisch sein, d. h. unzureichende Qualität soll das Unterschreiten erwartbarer Standards bezeichnen, unabhängig vom Verwendungszweck der Qualitätsmessungen. Genauso wie „außerordentlich gute“ Versorgungsqualität in der Erfüllung von Anforderungen aus allen Qualitätsdimensionen besteht, sollen auch Qualitätsdefizite in allen Qualitätsdimensionen betrachtet werden. Dementsprechend ist auch für die „unzureichende“ Qualität zu entscheiden, ob die Beurteilung auf Grundlage der Einzelergebnisse erfolgt oder auf Grundlage aggregierter Ergebnisse.

Eine Einstufung von zu einem Index aggregierten Indikatorergebnissen als „erwartbare Qualität“ ist nach Auffassung des IQTIG nur sachgerecht, wenn in keinem der betrachteten Qualitätsindikatoren das erwartbare Qualitätsniveau unterschritten wurde. Unzureichende Ergebnisse in einem Qualitätsindikator dürfen nicht durch besonders gute Ergebnisse in einem anderen Qualitätsindikator ausgeglichen werden, wenn von „erwartbarer Qualität“ gesprochen wird. Daraus folgt, dass unzureichende Ergebnisse in einer Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts ebenfalls nicht durch besonders gute Ergebnisse in anderen Qualitätsdimensionen ausgeglichen werden dürfen.

Zusätzlich ist auch das Ausmaß der unzureichenden Qualität relevant, wenn Einrichtungen mit unzureichender Qualität einen Vergütungsabschlag erhalten sollen, der abhängig vom Ausmaß der Unterschreitung der Anforderungen ist, oder wenn Abschläge nur für eine Teilmenge dieser Einrichtungen vorgesehen sind (beispielsweise bei Vergabe von Abschlägen an die 10 % der Einrichtungen mit den schlechtesten Ergebnissen). In letzterem Fall können sich unterschiedliche Abschläge ergeben, je nachdem, ob jede Einrichtung nur auf Indikatorebene mit anderen Einrichtungen verglichen wird oder auf Ebene eines aggregierten Maßes über alle Indikatoren.

Die Vergabe und Höhe von Abschlägen sollte allein davon abhängen, ob eine Einrichtung „unzureichende“ Qualität aufweist, und muss daher nach der obigen Definition von „unzureichender“ Qualität unabhängig von der Verteilung der Ergebnisse anderer Einrichtungen sein. Dies kann

¹⁰ Auf den konkreten Prozessablauf des aktuellen Verfahrens planungsrelevanter Qualitätsindikatoren bei der Bewertung einzelner Einrichtungen, der der Bestätigung der Indikatorergebnisse bzgl. „unzureichender“ Qualität dient und der in § 11 der planQI-RL beschrieben ist, wird an dieser Stelle nicht eingegangen.

mittels Indikatoren mit festen Referenzbereichen erreicht werden, da solche Referenzbereiche einen erwartbaren, inhaltlich begründeten Standard operationalisieren auf einer Indikatorkala, der nicht von den Ergebnissen anderer Leistungserbringer abhängig ist (IQTIG 2017: 134 f). Diese Idee war auch bei der Berechnung des Abschlagsindex im Konzept zu Schritt 1 für die Bewertung der Indikatorergebnisse maßgeblich.¹¹ Bei der Verwendung fester Referenzbereiche ist die Höhe des Gesamtabzlags eine Funktion der Indikatorergebnisse nur dieser Einrichtung.

Detaillierte Empfehlungen zu den Indikatoren und Indizes für die Vergabe von Qualitätszu- und -abschlägen, etwa in Form allgemeingültiger, konkreter Berechnungsvorschriften oder zu Gewichtungsfaktoren und Referenzbereichen, können im vorliegenden Bericht nicht gegeben werden, da vorher grundsätzliche Festlegungen zum Einsatz von Zu- und Abschlägen durch die Vertragspartner zu treffen sind, insbesondere bezüglich des Anteils der Einrichtungen, an den Zu- bzw. Abschläge vergeben werden sollen. Für neu zu entwickelnde QS-Verfahren zu Qualitätszu- und -abschlägen ist zu prüfen, inwieweit das Indexmodell an die Besonderheiten des jeweiligen Themas wie beispielsweise die empirischen Verteilungen der gemessenen Qualitätsmerkmale angepasst werden muss.

4.1.3 Zusammenfassung: Empfehlungen des IQTIG zur Qualitätsbewertung für eine qualitätsorientierte Vergütung

Ein zentrales Element bei Qualitätszu- und -abschlägen nach § 5 Abs. 3a KHEntgG ist die Feststellung „außerordentlich guter“ und „unzureichender“ Qualität. In der Zusammenschau lauten die Kernempfehlungen des IQTIG zur Bewertung „außerordentlich guter“ und „unzureichender“ Qualität wie folgt:

1. „Außerordentlich gute“ Qualität in einem Bereich der Versorgung soll definiert sein als die Erfüllung von Anforderungen in allen relevanten Dimensionen des Rahmenkonzepts. Zu diesen werden im Qualitätsmodell für diesen Versorgungsbereich Qualitätsaspekte entwickelt.
2. Als „außerordentlich gut“ soll die Qualität nur dann bezeichnet werden, wenn in allen betrachteten Qualitätsaspekten mindestens das ohnehin erwartbare Qualitätsniveau erreicht wurde und in einigen oder allen Qualitätsaspekten noch höhere Anforderungen erreicht wurden.
3. Die Feststellung von „außerordentlich guter“ Qualität soll auf einer aggregierten Ebene erfolgen, durch Zusammenschau in Form eines Index.
4. „Unzureichende“ Qualität soll bei allen Verwendungszwecken von Qualitätsmessungen der gesetzlichen QS gleichermaßen das Unterschreiten eines Qualitätsniveaus bedeuten, das von allen Einrichtungen erwartet werden kann.
5. Die Bewertung von Indikatorwerten und Indexwerten hinsichtlich des Vorliegens „unzureichender“ Qualität muss dazu auf festen, verteilungsunabhängigen Referenzbereichen basieren.
6. Ein Ausgleich unzureichender Qualität in einem Bestandteil durch bessere Qualität in anderen Bereichen soll nicht möglich sein.

¹¹ Der Abschlussbericht zu Schritt 1 der Beauftragung ist bisher nicht veröffentlicht.

7. Vor der Entwicklung von QS-Verfahren für Zu- und Abschläge, müssen weitere Festlegungen zur Ausgestaltung der Vergütungszu- und -abschläge getroffen werden.

4.2 Auswahlkriterien für Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätszu- und -abschläge

4.2.1 Herleitung und Empfehlung von Auswahlkriterien

Im Auftrag des G-BA ist gefordert, mit Hilfe von Auswahlkriterien die „besondere Eignung“ eines Themas, einer Leistung oder eines Leistungsbereichs für Qualitätszu- und -abschläge feststellen zu können. Es wird also nach spezifischen Auswahlkriterien für dieses Instrument gefragt.

Der Blick auf andere Länder, in denen bereits P4P-Programme existieren, hilft zu dieser Fragestellung kaum weiter. Dort wird beim Einsatz von qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen stets auf bereits vorhandene QS-Verfahren aufgesetzt. Dies ist insofern nachvollziehbar, als es wichtig ist, Qualität mit bewährten Messinstrumente darstellen zu können. Jedoch ist weder in der wissenschaftlichen Literatur noch in den Projektbeschreibungen von existierenden Pay-for-Performance-Programmen zu finden, dass QS-Verfahren für bestimmte, dafür ausgewählte Versorgungsbereiche und speziell im Hinblick auf den Einsatz von P4P neu entwickelt worden sind. Auch geben die Beschreibungen zu bisherigen Pay-for-Performance-Programmen sowie die internationale wissenschaftliche Literatur keinen Aufschluss darüber, warum genau in den ausgewählten Bereichen der Einsatz einer qualitätsorientierten Vergütung anderen Instrumenten oder Maßnahmen vorgezogen wurde (siehe Abschnitt 3.2). Es wird eher generell dem Grundsatz „mehr Geld für bessere Qualität“ gefolgt und ohne weitere Begründung davon ausgegangen, dass monetäre Anreize bedeutsam für Leistungserbringer sind und Qualität darüber beeinflusst werden kann.

Die Erkenntnisse aus der Literatur- und Projektrecherche liefern also keine spezifischen Kriterien für die Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen für ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen. Deshalb wurde für den dritten Schritt der Beauftragung die Herangehensweise dahingehend erweitert, als weitere Informationsquelle qualitative leitfadengestützte Experteninterviews zu nutzen, um mögliche Auswahlkriterien zu eruieren.

Die Expertinnen und Experten unterschieden bei ihren Äußerungen im Hinblick auf die Auswahlkriterien nicht zwischen Kriterien, die allgemein für die Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen für QS-Maßnahmen wichtig sind und solchen, die spezifisch für Qualitätszu- und -abschläge sind (siehe Abschnitt 3.3 und 3.3.7). Die unterschiedlichen angeführten Aspekte, anhand derer die für eine Auswahl wichtigen Kriterien aus Sicht der Expertinnen und Experten anzusetzen sind, sind in Tabelle 12 aufgelistet (siehe Abschnitt 3.3.7). Dazu gehörten z.B. die Relevanz des Themas (Häufigkeit, Kosten usw.), die vorhandene Evidenz / Leitlinien für Behandlungswege, das Eingehen auf Patientenbedürfnisse als förderungswürdiger Leistungsbestandteil, die Möglichkeit einer validen Qualitätsmessung, die Erschließung bisher nicht qualitätsgesicherter Bereiche und die Nutzbarkeit für das interne QM. Zu diesen Punkten herrschte bei den Expertinnen und Experten Einigkeit. Sie sind auch allgemein anerkannt und bereits in Priorisierungstools eingeflossen: Sie finden sich im TuP-Verfahren des G-BA zur Themenfindung und -

Priorisierung größtenteils wieder. (TuP-Verfahren des G-BA, (G-BA 2015). Jedoch wird mit einer Auswahl auf dieser Grundlage die hier relevante Frage nicht beantwortet, für welche Bereiche und in welcher Konstellation eine qualitätsorientierte Vergütung mit Zu- und Abschlägen besonders geeignet für die Verbesserung eines Qualitätsdefizits sein wird, d.h. die angeführten Punkte sind nicht spezifisch für Qualitätszu- und -abschläge.

Darüber hinaus haben die Expertinnen und Experten weitere Vorschläge zur Auswahl von geeigneten Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen gemacht, die sich mehr auf einen gezielten Einsatz monetärer Anreize bezogen. Hier war keine Übereinstimmung der Expertinnen und Experten festzustellen. So wurde von einigen angeführt, elektive und planbare Leistungen seien besonders geeignet für Qualitätszu- und -abschläge, da die Einrichtungen hier die für die Verbesserung erforderlichen Vorleistungen im Zusammenhang mit der Aussicht auf eine „Aufwandsentschädigung“ durch Zuschläge am besten kalkulieren könnten. Andere Experten sahen dagegen bei den elektiven Leistungen vermehrt die Gefahr unerwünschter Auswirkungen, wie eine Verschlechterung der Indikationsqualität aufgrund eines Anreizes zur unangemessenen Mengenausweitungen und die Möglichkeit der Patientenselektion und schlugen deshalb vor, gerade nicht elektive Leistungen, sondern z. B. die Notfallversorgung für Qualitätszu- und -abschläge auszuwählen. Ein anderes Beispiel für kontroverse Ansichten war die Frage, ob hochspezialisierte Leistungen besonders geeignet seien für Qualitätszu- und -abschläge. Einige Expertinnen und Experten bejahten dies, da es sich um „herausragende“ Leistungen mit besonderem Aufwand handle, deren qualitativ „außerordentlich gute“ Erbringung belohnt werden sollten. Andere waren der Auffassung, dass auch wenig spezialisierte Leistungen, die sehr gut erbracht würden, eine Aussicht auf Zuschläge haben müssten. Wenn dies nicht der Fall sei, würden große Einrichtungen gegenüber den kleineren bevorzugt oder dafür nicht geeignete Einrichtungen hätten einen unangemessenen Anreiz zur Leistungserbringung von hochspezialisierten Leistungen, was einer erwünschten Zentrenbildung zuwiderlaufe. Einigkeit herrschte zwar darüber, dass die Förderung einer guten sektorenübergreifenden Versorgungsqualität ein Einsatzgebiet für Qualitätszu- und -abschlägen sein werden könnte. Hier war aber die Durchführbarkeit umstritten: Viele Expertinnen und Experten stellten die Eignung für Qualitätszu- und -abschläge für eine solche Förderung in Frage aus Gründen schlechter Messbarkeit, Problemen bei der Zuordenbarkeit der Ergebnisse zu einem Leistungserbringer und wegen möglicherweise großer Abstände zwischen Leistungserbringung und finanzieller Konsequenz aufgrund längerer Messzeiträume. Es wurde auch zu bedenken gegeben, dass sektorenübergreifende Qualitätszu- und -abschläge unter den derzeitigen gesetzlichen Vorgaben nicht möglich wären. Ein weiterer Vorschlag war, Gebiete auszuwählen, in denen finanzielle Fehlanreize bestehen, die durch Qualitätszu- und -abschläge kompensiert werden könnten. Allerdings war umstritten, ob Qualitätszu- und -abschläge dafür tatsächlich geeignet sind oder ob nicht vielmehr die direkte Beseitigung des Fehlanreizes zielführender wäre. Dies konnte aber weitgehend nur theoretisch diskutiert werden, weil die tatsächliche Höhe der Qualitätszu- und -abschläge aktuell nicht bekannt ist. Von einigen Expertinnen und Experten, vor allem aus dem Krankenhausbereich, wurde nicht die jeweilige Verbesserung eines bestimmten, patientenrelevanten Outcomes an sich, sondern das stetige, anhaltende Streben nach fortwährender Verbesserung („Qualität ist Bewegung“) als das eigentlich Belohnungswürdige angesehen. Sie schlugen vor, einen Schwerpunkt auf Prozess- und

Strukturqualität zusetzen und z.B. funktionierende CIRS-Systeme, M&M-Konferenzen, PDCA-Zyklen usw. für Qualitätszu- und -abschläge vorzusehen. Dem widersprachen andere mit der Argumentation, es sei vor allem das Ergebnis, das für die Patienten zähle und nicht wie es erreicht werde.

Das IQTIG schließt aus den Beispielen der Expertinnen und Experten, dass eine Beurteilung der Eignung von Qualitätszu- und -abschlägen nicht auf einer übergeordneten Ebene erfolgen kann, sondern auf der Ebene der einzelnen Leistung, des einzelnen Leistungsbereichs betrachtet werden muss. Die Gegebenheiten in den verschiedenen Versorgungsbereichen sind so unterschiedlich, dass die Vor- und Nachteile eines Einsatzes von Qualitätszu- und -abschlägen individuell abgewogen werden müssen. Man kann nicht ein Thema, eine Leistung oder einen Leistungsbereich für Qualitätszu- und -abschläge finden, sondern muss herausfinden, ob und wie Qualitätszu- und -abschläge sich in einem bestimmten Versorgungsbereich zielführend einsetzen lassen.

Das Zusammenwirken mit anderen QS-Instrumenten wurde ebenfalls von den Expertinnen und Experten als mögliches Auswahlkriterium angesprochen. Dabei herrschte die Überzeugung, dass Qualitätszu- und -abschläge erst zum Einsatz kommen sollten, wenn andere, weniger aufwändige Maßnahmen ausgeschöpft seien wie z. B. eine Mindestmenge, Public Reporting oder alleinige Strukturvorgaben (siehe Abbildung 1). Eine eindeutige „Eskalationsleiter“ ließ sich aber nicht festmachen. Das IQTIG schließt sich der Auffassung an, dass der Aufwand im Verhältnis zum Nutzen gegeneinander abgewogen werden muss (siehe Abschnitt 4.5 Nutzen-Risiko Bewertung). Die Auswahl des für ein Qualitätsdefizit jeweils „richtigen“ Instruments wurde bereits in Abschnitt 1.3.1 angesprochen. Eine eindeutige Rangfolge der Instrumente sieht das IQTIG nicht.

Eine weitere Herangehensweise, um Auswahlkriterien zu finden, war die Frage, welche Aussagen zu potentiellen Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen getroffen werden können. Diese Fragestellung leitet sich daraus ab, dass ein Einsatz dieses (und anderer) Instrumente nur dort erfolgen sollte, wo mit hinreichender Sicherheit erwartet werden kann, dass eine Nutzen-Risiko-Bewertung positiv ausfällt.

Mögliche Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen gliedern sich in positive (erwünschte) und negative (unerwünschte) Effekte. Evaluationsstudien haben dazu Ergebnisse aus der Analyse internationaler Programme geliefert, die hinreichend beschrieben sind (z.B. BQS-Gutachten (Veit et al. 2012)).

Die Aussagen der Expertinnen und Experten zu möglichen Auswirkungen insbesondere unter den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems lassen sich in verschiedene Themenbereiche gruppieren (siehe Abschnitt 3.3.6). Auch die Aussagen zu den möglichen Auswirkungen waren – wie schon die Aussagen zu möglichen Auswahlkriterien - nicht spezifisch für Pay-for-Performance. Es wurde aber von den befragten Expertinnen und Experten durch die Koppelung an die Vergütung eine Verschärfung der jeweiligen Auswirkungen vermutet.

Mit Blick auf Qualitätszu- und -abschläge ist jedoch die – spezifische – Frage wichtig, welchen Anteil der finanzielle Anreiz an den jeweiligen Wirkungen hat. Von den Expertinnen und Experten wurden bezogen auf die aktuellen Bedingungen in der deutschen Versorgungslandschaft vor allem Auswirkungen in folgenden Themenbereichen diskutiert:

Auswirkungen auf

- Versorgungsqualität
- Motivation der Leistungserbringer
- (bürokratischer) Aufwand durch ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen und steigende Komplexität
- Image / öffentliche Wahrnehmung
- Datenqualität und Qualitätsmessung
- finanzielle Auswirkungen
- Qualitätssicherung / internes Qualitätsmanagement
- positive Impulswirkungen durch Qualitätszu- und -abschläge
- Wirkungen im Gesamtsystem / Krankenhauslandschaft

Die Auswirkungen sind je nach Versorgungsbereich und in Abhängigkeit von der Gestaltung des Anreizsystems unterschiedlich. Dementsprechend kamen die Expertinnen und Experten auch nicht zu klaren Aussagen, sondern machten vor allem die fehlenden Informationen und den weiteren Forschungsbedarf deutlich oder wiesen auf den voraussichtlich hohen Aufwand des Verfahrens hin, ohne dass man sagen könne, wie es wirken werde.

Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen der Einbindung von externen Expertinnen und Experten in erster Linie Vorschläge geäußert, zunächst im Rahmen eines kleinen Modellprojektes unterschiedliche Settings und Anreizsysteme auszuprobieren. Viele Vorschläge der Expertinnen und Experten für qualitätsorientierte Vergütungsansätze waren jedoch mit den gesetzlichen Vorgaben nicht kompatibel. So wurde insbesondere, aber nicht nur, von Expertinnen und Experten aus dem Krankenhaus die Ansicht vertreten, es müsse auch Zuschläge für Verbesserung und nicht nur für die absolute Zielerreichung geben. Auch die vorgesehene Herausnahme von Plankrankenhäusern aus dem Krankenhausplan nach drei Jahren mit Qualitätsabschlägen wurde kritisch gesehen. Die einen sahen darin ein prolongiertes Tolerieren schlechter Qualität, andere mahnten, eine Herausnahme müsse bedarfsgerecht erfolgen; wenn eine Leistung gebraucht werde, müsse die Qualität gesteigert werden, statt die Erbringung einzustellen.

Das IQITG schließt sich der Auffassung der Expertinnen und Experten an, dass die engen gesetzlichen Vorgaben Freiheit der Gestaltung eines QS-Verfahrens mit einer qualitätsorientierten Vergütung begrenzen, so dass ggf. nicht die für eine angestrebte Verbesserung am besten geeignete Vergütungsanpassung erfolgen kann. Wenn die Anreizgestaltung, so wie in den internationalen Programmen als Bestandteil der Entwicklung frei gestaltbar wäre, könnten Qualitätszu- und -abschläge bedarfsgerechter eingesetzt werden. Weitere kritische Anmerkungen zu den gesetzlichen Vorgaben finden sich in Tabelle 23 in Abschnitt 4.5.1.

Als Gesamtfazit konstatiert das IQITG eine hohe Komplexität der Bedingungen und Einflussfaktoren, die mit Qualitätszu- und -abschlägen interferieren. Grundlegende Studien im deutschen

Gesundheitssystem fehlen hierzu. Diese sind, um zu einer Beurteilung darüber zu kommen, ob und wie finanzielle Anreize sich auf die Versorgungsqualität auswirken würden, notwendig. Dies wurde insbesondere auch von Expertinnen und Experten mit ökonomischer Expertise in ähnlicher Weise dargestellt.

4.2.2 Zusammenfassung Auswahlkriterien

Der Auftrag sieht die Entwicklung spezifischer Auswahlkriterien vor, über die für Qualitätszu- und -abschläge „besonders geeignete“ Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche ausgewählt werden können. Zusammenfassend folgert das IQTIG dazu aus den Experteninterviews in Zusammenschau mit der hierzu verfügbaren Evidenz aus der wissenschaftlichen Literatur folgendes:

1. Die ermittelten Auswahlkriterien sind, soweit sie unumstritten sind, bereits Bestandteil etablierter Themenfindungs- und Priorisierungsverfahren für Themen der Qualitätssicherung allgemein und nicht spezifisch für Qualitätszu- und -abschläge.
2. Darüber hinaus fanden sich zwei spezifische Auswahlkriterien:
 - a. die Darstellbarkeit „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität (auf der Basis des Auftrags) sowie
 - b. die erwartete Wirksamkeit von Qualitätszu- und -abschlägen.

Die erwartete Wirksamkeit von Qualitätszu- und -abschlägen ist im Rahmen einer Nutzen-Risiko-Bewertung einzuschätzen. Dies ist jedoch aufgrund vieler Unbekannter und komplexen Rahmenbedingungen schwierig und aufwändig. Zudem kann die erwartete Wirksamkeit nicht auf einer übergeordneten Ebene, also themen- oder leistungsbereichsunabhängig geprüft werden. Dies muss bezogen auf die aktuellen Umstände im jeweiligen Versorgungsbereich geschehen, da sich die Gegebenheit, die die Wirksamkeit beeinflussen (u. a. Vergütungsmodalitäten, Fallzahlen, mögliche Fehlanreize), in den Versorgungsbereichen deutlich voneinander unterscheiden.

4.3 Auswahl von Themen, Leistungen oder Leistungsbereichen für ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen

4.3.1 Empfohlenes Auswahlprozedere

Wenn also – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – ein Thema, eine Leistung oder ein Leistungsbereich mit Eignung für die Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen ausgewählt werden soll, empfiehlt das IQTIG die folgende Vorgehensweise vor:

1. Vorauswahl eines Themas, einer Leistung oder eines Leistungsbereichs mit Verbesserungspotential über das TuP-Verfahren (Anwendung der Auswahlkriterien für ein QS-Thema)
2. Bezogen auf das ausgewählte Thema, die Leistung oder den Leistungsbereich: Prüfung der Möglichkeit einer übergeordneten Bewertung „außerordentlich guter“ Qualität (in der Konzeptstudie)
3. Bezogen auf das ausgewählte Thema, die Leistung oder den Leistungsbereich: Nutzen-Risiko-Bewertung (nur teilweise in der Konzeptstudie durch das IQTIG leistbar)

4.3.2 Begründung und Vorgehensweise

Da die genannten Auswahlkriterien denen des bereits etablierten TuP-Verfahrens entsprechen, können Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche in einem ersten Schritt auf dieselbe Weise ausgewählt werden wie Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche für andere QS-Verfahren (siehe Abbildung 1). Wie im TuP-Verfahren ebenfalls vorgesehen, sieht auch das IQTIG hier die Möglichkeit der Auswahl von Querschnittsthemen. Diese Auswahl bedeutet aber nicht im Umkehrschluss, dass damit alle mit Hilfe des TuP-Verfahrens ausgewählten Versorgungsthemen automatisch auch für ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen geeignet sind. Die Priorisierung eines Versorgungsthemas mit Verbesserungspotential kann hier nur der erste notwendige, aber nicht hinreichende Schritt im Sinne einer Vorauswahl sein. Denn die aktuelle Beauftragung durch den G-BA sieht darüber hinaus vor zu prüfen, ob ein Thema, eine Leistung oder ein Leistungsbereich besonders gut geeignet ist, vom Einsatz einer qualitätsorientierten Vergütung mit Zu- und Abschlägen hinsichtlich der Verbesserung der Versorgungsqualität zu profitieren. D.h. es wird danach gefragt, ob in diesem Bereich positive Auswirkungen durch Qualitätszu- und -abschläge zu erwarten sind oder nicht. Außerdem sieht der Auftrag vor, dass nicht nur „unzureichende“, sondern auch „außerordentlich gute Qualität“ abgebildet und bewertet werden soll, d. h., es muss sichergestellt sein, dass dies im ausgewählten Bereich möglich ist.

Deshalb sind weitere Prüfschritte nötig, die bezogen auf das ausgewählte Thema, die Leistung oder den Leistungsbereich, nach einer Priorisierung im TuP-Verfahren durchgeführt werden müssen. Diese Prüfschritte umfassen einerseits die Einschätzung zu den Darlegungsmöglichkeiten „außerordentlich guter“ Qualität und andererseits die Frage, ob die zu erwartenden positiven Auswirkungen die negativen Auswirkungen überwiegen (Nutzen-Risiko-Bewertung).

Insbesondere im Hinblick auf die Darstellbarkeit „außerordentlich guter“ Qualität muss das Qualitätsmodell eines QS-Verfahrens für Qualitätszu- und -abschläge alle relevanten Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts enthalten. Diese Prüfung kann im Rahmen der Konzeptstudie erfolgen, die für das gewählte Thema geeignete Qualitätsaspekte identifiziert, welche dann bei der Verfahrensentwicklung über Qualitätsindikatoren abgebildet werden. Die konkrete Erarbeitung der Qualitätsaspekte und Qualitätsindikatoren erfolgt wie in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben unter Einbezug von Fachexpertinnen und -experten des jeweiligen Fachgebiets (siehe Abschnitt 4.4, (IQTIG 2017: 40 ff)). Falls das entwickelte Qualitätsmodell nicht alle relevanten Dimensionen des Rahmenkonzepts abbildet, ist zu begründen, ob und wenn ja, warum dennoch auf Basis dieses Qualitätsmodells „außerordentlich gute“ Qualität abgebildet werden kann.

Der zweite zu prüfende Gesichtspunkt ist die Einschätzung, ob die Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen im gewählten Versorgungsbereich voraussichtlich die gewünschten Wirkungen erzielen wird und welche unerwünschten Effekte ggf. auftreten könnten, die vor einer Beauftragung zur Verfahrensentwicklung bedacht werden sollten oder die ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen nicht sinnvoll erscheinen lassen.

Ein Teil dieser Prüfung ist ebenfalls in der Konzeptstudie möglich. So kann eine Einschätzung abgegeben werden, ob durch eine entsprechende Verfahrensgestaltung bestimmten zu er-

wartenden Nebenwirkungen begegnet werden kann. Dies wäre dann später bei der Verfahrensentwicklung zu berücksichtigen (z. B. durch Erhebung zusätzlicher Kennzahlen oder besonderen Maßnahmen bei der Datenvalidierung etc.)

Andere Auswirkungen sind nicht vom IQTIG in der Konzeptstudie prüfbar. Insbesondere die Einschätzungen der ökonomischen Auswirkungen ist u. a. aufgrund der hohen Komplexität der Vergütungsmodalitäten eine umfassende Aufgabe, die viele Akteure betrifft und nicht vom IQTIG übernommen werden kann. Dabei hängen die zu erwartenden Auswirkungen einer qualitätsorientierten Vergütung nicht nur, aber ganz wesentlich vom verwendeten Anreizsystem ab, also z. B. davon, wie die Höhe von Qualitätszu- und -abschlägen auch im Vergleich zueinander ist oder wann diese fällig werden. Die Frage der Gestaltung der finanziellen Anreize liegt aber in den Händen der Vertragspartner und müsste zum Zeitpunkt der Konzeptstudie bekannt sein, um eine entsprechende Einschätzung (z.B. eine Modellrechnung) vornehmen zu können.

Auch die Frage, ob und wie Qualitätszu- und -abschläge die Leistungserbringer erreichen und ihre Motivation beeinflussen, ist wichtig für die Vorhersage der Auswirkungen, kann aber ebenfalls nicht vom IQTIG beantwortet werden. Zu diesen und ggf. weiteren Aspekten, die im jeweiligen Versorgungsbereich wichtig sind, gibt es bisher nur wenige Erkenntnisse, so dass hier weiterer Forschungsbedarf besteht. Hinsichtlich der Auswirkungen der gesetzlichen Grundlagen gibt es keine Projekte mit ähnlichen Vorgaben, aus denen Erkenntnisse abgeleitet werden könnten. Hinweise zu möglichen Auswirkungen und Einschränkungen sind in Tabelle 23 zusammengestellt.

In Tabelle 20 sind die zu beachtenden bzw. vor einer konkreten Verfahrensentwicklung zu prüfenden Sachverhalte dargestellt. Sie basieren auf Erkenntnissen aus der internationalen Literatur und den Aussagen der Expertinnen und Experten in Deutschland zu den möglichen Auswirkungen einer qualitätsorientierten Vergütung (siehe Kapitel 3) und betreffen mögliche Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen auf die Versorgungsqualität, die Motivation der Leistungserbringer, den (bürokratischen) Aufwand und die steigende Komplexität durch ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen, mögliche finanzielle Folgen, Auswirkungen auf das Image / die öffentliche Wahrnehmung, Auswirkungen auf die Datenqualität und Qualitätsmessung, sowie Wirkungen im Gesamtsystem / der Krankenhauslandschaft. Für jeden Sachverhalt werden Beispielfragen aufgeführt, die auf Erkenntnissen aus der Literatur beruhen oder auf Aussagen von Expertinnen und Experten. Diese Fragen sind nicht abschließend. Da in verschiedenen Themenbereichen unterschiedliche Sachverhalte, Vergütungsmodalitäten, Arbeitsbedingungen etc. gegeben sind, werden auch die Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen und die Ausweichstrategien unterschiedlich sein. Daher müssen, wenn ein bestimmtes Thema, eine Leistung oder ein Leistungsbereich ausgewählt wurde, über die hier aufgeführten Fragen hinaus weitere relevante Fragen, die im betreffenden Bereich wichtig sind, ermittelt und beantwortet werden. Am Anwendungsbeispiel (siehe Kapitel 5) wird deutlich, dass z. B. in der Geburtshilfe Besonderheiten vorliegen, die nur dort spezifisch zu adressieren sind, ein mögliches Verfahren für Qualitätszu- und -abschläge aber in der Gestaltung und Wirksamkeit beeinflussen.

In Tabelle 20 werden außerdem, wo es möglich ist, Beispiele für mögliche (Gegen-)Maßnahmen gegeben, die unerwünschten Effekten entgegenwirken können. Auch diese (oder entsprechende) Maßnahmen müssten jeweils spezifisch für den ausgewählten Bereich geprüft und angepasst werden.

Tabelle 20: Zu prüfende Sachverhalte, Beispielfragen und möglichen Gegenmaßnahmen

Sachverhalt	Beispielfragen	Mögliche (Gegen-)Maßnahmen / Hinweise
<p>Auswirkungen auf die Versorgungsqualität <i>(kann vom IQTIG nicht in der Konzeptstudie beantwortet werden – Prüfung im Rahmen einer Evaluation)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche positiven oder negativen Auswirkungen sind durch die Verschiebung des Fokus auf den gewählten Bereich zu erwarten? z. B. durch <ul style="list-style-type: none"> ▫ interne Personalverschiebung ▫ positive oder negative Patientenselektion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ übergeordnete/umfassende Qualitätsmessung (erforderlich) (oder) ▪ Auswahl eines abgrenzbaren Bereichs, über den hinaus keine Ressourcenverschiebungen, erfolgen können (oder) ▪ über zusätzliche Kennzahlen mögliche Verschiebungen erfassen
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Auswirkungen werden Qualitätsabschläge in diesem Bereich haben? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beachtung bei der Gestaltung der Vergütungsmodalitäten (z. B. nur Qualitätszuschläge, wenn erwartet wird, dass mehr Geld für die Qualitätsverbesserung gebraucht wird)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie werden sich unter dem Einfluss von Qualitätszu- und -abschlägen die Fallzahlen und die Indikationsqualität entwickeln? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einbezug der Indikationsqualität in die Qualitätsmessung ▪ Qualitätszuschläge für indikationsgerechte konservative (oder ambulante statt stationäre) Behandlung, wenn ein Fehlanreiz zur Fallzahlsteigerung (oder zur stationären Aufnahme) gesehen wird
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Werden durch die Qualitätszuschläge Anreize für nicht geeignete Leistungserbringer geschaffen, die Leistung in ihr Portfolio aufzunehmen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beachtung bei der Krankenhausplanung und bei der Steuerung der Leistungserbringung (Zulassung)

Sachverhalt	Beispielfragen	Mögliche (Gegen-)Maßnahmen / Hinweise
Motivation <i>(kann vom IQTIG nicht in der Konzeptstudie beantwortet werden)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie wird das gewählte Anreizmodell im gewählten Setting die Motivation der Leistungserbringer beeinflussen? ▪ Ist die Belohnung außerordentlich guter Qualität als nachträgliche „Subvention“ eines erhöhten Aufwands ausdrücklich erwünscht oder wird dies als unerwünschter Mitnahmeeffekt ohne Qualitätsverbesserung gesehen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akzeptanz fördern, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▫ Beteiligung der Leistungserbringer, insbesondere den Nutzen für das interne Qualitätsmanagement prüfen ▫ Qualitätszuschläge zur Refinanzierung des durch die Qualitätsverbesserung erhöhten Aufwandes können die intrinsische Motivation unterstützen (nur bei nachgewiesener Verbesserung) ▫ gute Kommunikation über (gemeinsame) Qualitätsziele ▪ Beachtung bei der Gestaltung der Vergütungsmodalitäten (z. B. Qualitätszuschläge für Verbesserung)
Aufwand <i>(kann vom IQTIG in der Konzeptstudie eingeschätzt werden)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie hoch ist der Aufwand für <ul style="list-style-type: none"> ▫ das Verfahren selbst, ▫ zusätzliche Stellungnahmen, ▫ juristische Verfahren und ▫ durch Qualitätszu- und -abschläge noch komplexere Budgetverhandlungen und ▪ Sind weniger aufwändige Instrumente der Qualitätssicherung ausgeschöpft? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beachtung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen ▪ effiziente Gestaltung des Strukturierten Dialogs ▪ möglichst hohe Qualität der Daten, der Qualitätsindikatoren und der Messergebnisse ▪ das richtige Instrument für das Qualitätsdefizit auswählen
Finanzielle Folgen <i>(kann vom IQTIG nicht in der Konzeptstudie beantwortet werden)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Interferenzen mit den aktuellen Vergütungsmodalitäten gibt es? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Fixkostendegressionsabschläge (machen ggf. erhöhten Zustrom von Patientinnen und Patienten unattraktiv) ▫ Bonuszahlungen für Umsatzsteigerung etc. können negative Aus- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszu- und -abschläge sollten nicht in den Budgetverhandlungen untergehen, sondern sichtbar sein. ▪ Höhe der Qualitätszu- und -abschläge muss spürbar sein. ▪ weitere Interferenzen müssen ggf. geprüft werden (Liste nicht abschließend)

Sachverhalt	Beispielfragen	Mögliche (Gegen-)Maßnahmen / Hinweise
	<p>wirkungen von Qualitätsabschlägen (z. B. Patientenselektion) verstärken</p>	
<p>Image (kann vom IQTIG nicht in der Konzeptstudie beantwortet werden)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Auswirkungen auf das Image des Gesundheitssystems sind durch Qualitätszu- und -abschläge zu erwarten? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Eindruck von Zweiklassenmedizin verschärft sich? ▫ Unzureichende Qualität wird gegen Qualitätsabschlag (zu lange) toleriert? ▫ Eindruck einer weiteren Kommerzialisierung des Gesundheitswesens zulasten der Patientinnen und Patienten verschärft sich? ▫ Verbesserung der Wahrnehmung „außerordentlich guter“ Qualität? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Qualitätsabschläge ▪ Vorherige Abzüge, „withdrawals“, die dann umverteilt werden ▪ Verfahrensbeschleunigung ▪ Zusammenwirken mit anderen planerischen/regulatorischen Aktivitäten
<p>Daten/Qualitätsmessung (kann vom IQTIG in der Konzeptstudie beantwortet werden)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kann eine ausreichend gute Datengrundlage sichergestellt werden? ▪ Datenmanipulation möglich? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gutes Datenvalidierungskonzept ▪ ggf. Erhebung zusätzlicher Kennzahlen (Beispiel Verlegung) zur Erfassung von Ausweichstrategien
<p>Sonstige Wirkungen (kann vom IQTIG nicht in der Konzeptstudie beantwortet werden)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche weiteren Wirkungen auf Gesamtsystemebene sollten berücksichtigt werden? ▪ Prüfung, ob Qualitätszu- und -abschläge im gewählten Bereich als Steuerungsinstrument (Herausnahme von Plankrankenhäusern aus dem Krankenhausplan nach drei Jahren mit Abschlägen) geeignet sind ▪ Prüfung, ob Qualitätszu- und -abschläge auf Populationsebene die Versorgungsqualität verschlechtern 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ das richtige Instrument für das jeweilige Problem auswählen ▪ sinnvolles Zusammenwirken mit anderen QS-Maßnahmen und regulatorischen Aktivitäten ▪ Evaluation durchführen

Nur wenige der genannten Sachverhalte können vom IQTIG im Rahmen der Konzeptstudie geprüft werden, da für eine ganze Reihe von Sachverhalten weitergehende Untersuchungen, z. B.

auch auf Systemebene nötig wären, um zu einer Einschätzung zu kommen. Daher ist nicht zu erwarten, dass zum Zeitpunkt einer Entscheidung für oder gegen ein Thema zur Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen zu allen Punkten eine umfassende Aussage möglich sein wird. Auch wenn absehbar ist, dass nicht immer alle Punkte umfassend abgearbeitet werden können, werden sie aufgeführt, weil grundsätzlich von einem Einfluss dieser Sachverhalte auf den Erfolg von Qualitätszu- und -abschlägen ausgegangen werden muss. Sofern in manchen Bereichen Informationen fehlen, muss dies bei der Entscheidung für oder gegen die Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen berücksichtigt werden.

Letztendlich müssen alle im jeweiligen gewählten Bereich relevanten Punkte in eine Nutzen-Risiko-Bewertung einfließen. Auf der Basis der Einschätzung der Darstellbarkeit „außerordentlich guter“ Qualität in Zusammenschau mit dem Ergebnis der Nutzen-Risiko-Bewertung kann dann entschieden werden, ob ein Auftrag für eine Neuentwicklung eines Verfahrens mit Qualitätszu- und -abschlägen sinnvoll und zielführend erscheint.

4.3.3 Zusammenfassung Auswahlprozedere

Nach Auswertung der wissenschaftlichen Literatur im Rahmen der Projekt- und Literaturrecherche sowie der Erkenntnisse aus der Einbindung von externen Expertinnen und Experten ((Ergebnisse der leitfadengestützten qualitativen Experteninterviews und des Expertenworkshops) kommt das IQTIG zu dem Ergebnis, dass es nur zwei spezifische Auswahlkriterien gibt, über die sich die besondere Eignung eines Versorgungsthemas für den Einsatz von Qualitätszu- und -abschlägen bestimmen ließe. Dies sind 1. die Möglichkeit einer übergeordneten Bewertung „außerordentlich guter“ Qualität und 2. die erwartete Wirksamkeit von Qualitätszu- und -abschlägen. Alle anderen Kriterien werden entweder kontrovers diskutiert oder sind bereits ins TuP-Verfahren integriert.

Das IQTIG empfiehlt daher:

1. Die Vorauswahl eines Themas, einer Leistung oder eines Leistungsbereichs mit Verbesserungspotential über das etablierte TuP-Verfahren des G-BA.
2. Bezogen auf das ausgewählte Thema, die Leistung oder den Leistungsbereich: Die Prüfung der Möglichkeit einer übergeordneten Bewertung/ Darstellbarkeit von „außerordentlich guter“ Qualität im Rahmen der Konzeptstudie.
3. Bezogen auf das ausgewählte Thema, die Leistung oder den Leistungsbereich: Durchführung einer Nutzen-Risiko-Bewertung, welche nur bedingt in der Konzeptstudie durch das IQTIG leistbar ist.

Das IQTIG weist darauf hin, dass für die Nutzen-Risiko Bewertung weitergehende, insbesondere ökonomische Analysen erforderlich sind, die das IQTIG nicht durchführen kann. Der Aufwand dieser Analysen wird als erheblich eingeschätzt und es ist fraglich, ob eine abschließende Bewertbarkeit von Nutzen und Risiko möglich sein wird.

4.4 Besonderheiten der Verfahrensentwicklung für Qualitätszu- und -abschläge

Weitgehende Übereinstimmung mit den bisherigen QS-Verfahren besteht bei der Verfahrensentwicklung. So soll wie in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben im Rahmen der Konzeptstudie von einem Qualitätsmodell für den jeweiligen Themenbereich ausgegangen werden (IQTIG 2017: 40 ff).

Das Qualitätsmodell für einen Versorgungsbereich fasst zusammen, für welche Themen in dem Versorgungsbereich im nächsten Schritt der Verfahrensentwicklung Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren entwickelt werden sollen. Dadurch wird sichtbar, welche Aspekte durch die Qualitätsindikatoren abgebildet werden und bei welchen Aspekten eine Darstellung der Versorgungsqualität nicht möglich ist. Für ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen muss überprüft werden, ob wirklich alle für die Abbildung „außerordentlich guter“ Qualität erforderlichen Qualitätsaspekte vorhanden sind. So darf zum Beispiel in einem Bereich, in dem die Indikationsstellung ein wichtiger Bestandteil der Qualität ist, die Qualitätsbewertung nicht ohne Erfassung der Indikationsqualität erfolgen.

Bei der Entwicklung konkreter Qualitätsindikatoren ist zu beachten, dass für ein Verfahren mit qualitätsorientierter Vergütung für die gemessenen Qualitätsmerkmale insgesamt nicht nur ein Verbesserungspotenzial im Grenzbereich zwischen „unzureichender“ und erwartbarer Qualität vorhanden sein muss, sondern auch innerhalb des Bereichs guter Qualität, damit sowohl Qualitätsabschläge als auch -zuschläge differenziert vergeben werden können. Da hohe Erfüllungsgrade maßgeblich für die Feststellung „außerordentlich guter“ Qualität sind, müssen also bereits bei der Festlegung der Inhalte der Qualitätsmessung auch solche Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale ausgewählt werden, bei denen nennenswerte Einrichtungsunterschiede im Bereich guter bis „außerordentlich guter“ Qualität angenommen werden können, d. h., es sollen im interessierenden Qualitätsbereich der Messskala keine Decken- bzw. Bodeneffekte vorliegen (de Vet et al. 2017: 227 ff).

4.4.1 Zusammenschau Verfahrensentwicklung

Die Gemeinsamkeiten der Verfahren sowie die Besonderheit eines Verfahrens für Qualitätszu- und -abschläge sind in Tabelle 21 zusammengefasst. Zusätzlich umzusetzende Verfahrensbestandteile eines QS-Verfahrens mit Qualitätszu- und -abschlägen sind kursiv dargestellt.

Tabelle 21: Gemeinsamkeiten und Besonderheiten in der Verfahrensauswahl und Entwicklung ohne und mit qualitätsorientierter Vergütung

Entwicklungsschritt	QS-Verfahren ohne Qualitätszu- und -abschläge	QS-Verfahren mit Qualitätszu- und -abschläge ¹
Auswahl Qualitätsthema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsdefizit mit Verbesserungspotenzial (Priorisierung durch TuP-Verfahren) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsdefizit mit Verbesserungspotenzial (Priorisierung durch TuP-Verfahren)

Entwicklungsschritt	QS-Verfahren ohne Qualitätszu- und -abschläge	QS-Verfahren mit Qualitätszu- und -abschläge ¹
Auswahl Qualitätsaspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vollständiges Qualitätsmodell 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vollständiges Qualitätsmodell unter besonderer Beachtung aller Dimensionen
Auswahl Qualitätsmerkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserungspotenzial im Grenzbereich zwischen „unzureichender“ und erwartbarer Qualität 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserungspotenzial im Grenzbereich zwischen unzureichender und erwartbarer Qualität ▪ <i>Verbesserungspotenzial innerhalb des Bereichs guter Qualität</i>
Einschätzung Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzbarkeit für die Qualitätsförderung, Verständlichkeit usw. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzbarkeit für die Qualitätsförderung, Verständlichkeit usw. ▪ <i>Prüfung der möglichen positiven und negativen Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen, insbesondere im Hinblick auf unerwünschte Effekte und Interferenzen</i>
Verfahrensentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Indexbildung und Bewertungskonzept für die übergeordnete Bewertung von „außerordentlich guter“ und ggf. „unzureichender“ Qualität (Indizes mit den jeweiligen Indikatoren)</i> ▪ <i>Ggf. „Gegenmaßnahmen“ zur Minimierung von unerwünschten Effekten</i> ▪ <i>Anpassung des Strukturierten Dialogs und der Datenvalidierung an die Bedarfe des Verfahrens</i> ▪ <i>Anpassung der Zeitachsen an die Bedarfe des Verfahrens</i>

Entwicklungsschritt	QS-Verfahren ohne Qualitätszu- und -abschläge	QS-Verfahren mit Qualitätszu- und -abschläge ¹
Verfahrensumsetzung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erprobungsphase 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erprobungsphase und ▪ vor der Hinzunahme von Qualitätszu und -abschlägen Prüfung, ob die Qualitätsergebnisse dies noch notwendig erscheinen lassen

*Zusätzlich umzusetzende Verfahrensbestandteile eines Verfahrens mit Qualitätszu- und -abschlägen sind kursiv dargestellt.

4.4.2 Hinweise zur praktischen Umsetzung und zur Zeitachse

Der Vollständigkeit halber seien hier noch weitere Anmerkungen zur praktischen Umsetzung angefügt. In indirekten QS-Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen sind die entsprechenden Einrichtungen auf Landesebene für die Krankenhäuser zuständig. Sie betreuen die Leistungserbringer und übernehmen die Qualitätsförderung, die Datenvalidierung, das Stellungnahmeverfahren und das Berichtswesen. Neue, verbindliche Regeln für das Stellungnahmeverfahren und die Datenvalidierung vereinheitlichen deren Durchführung. Ausnahmetatbestände, die als Entschuldung der Einrichtungen vorgebracht werden, werden in Fachkommissionen beim IQTIG geprüft und freigegeben. Die dabei gesammelten Erkenntnisse werden zur kontinuierlichen Verbesserung des Verfahrens genutzt.

Tabelle 22 zeigt exemplarisch die für eine Verfahrensneuentwicklung erforderlichen Zeitabläufe.

Tabelle 22: Exemplarische Zeitplanung der Neuentwicklung eines QS-Verfahrens mit Qualitätszu- und -abschlägen

Phase Verfahrensneuentwicklung	Benötigte Zeit	Exemplarischer Zeitablauf
Regelbetrieb	-	Ab 1. Januar 2027
Erprobungsphase im Regelbetrieb: kompletter Verfahrensdurchlauf inkl. Follow-up-QI (kurzfristig: 30 Tage bis max. 3 Monate) und SD	3 Jahre	Bis 31. Dezember 2026
Verfahrensneuentwicklung inkl. Beratungen des G-BA	Machbarkeitsprüfung	Bis 31. Dezember 2023
	QI-Neuentwicklung	-
	Konzeptstudie	Ab 1. Juli 2019

4.5 Nutzen-Risiko-Bewertung

4.5.1 Mögliche Auswirkungen der gesetzlichen Grundlagen

Die aktuellen gesetzlichen Vorgaben enthalten bereits bedeutsame Festlegungen zum Anreizsystem. Da diese die Verfahrensgestaltung direkt beeinflussen, werden die möglichen Auswirkungen dieser Festlegungen hier gesondert dargestellt.

Die gesetzlichen Vorgaben enthalten eine Reihe von Elementen wie ein „Bewährungsjahr“ für Abschläge, prospektive Qualitätszu- und -abschläge auf zukünftige Leistungen auf der Basis der vorher gemessenen Ergebnisse, Herausnahme von Plankrankenhäusern aus dem Krankenhausplan nach drei Jahren mit Abschlägen, die neu sind und auch international in P4P-Projekten bisher so nicht angewendet werden. Anders als den USA oder in England sieht das Gesetz auch keine gemeinsame Entwicklung des (Mess-)Verfahrens und der Anreizgestaltung vor.

Aus diesen Vorgaben ergeben sich einerseits Unwägbarkeiten, die bei der Entwicklung eines grundlegenden Konzepts für solche QS-Verfahren nicht berücksichtigt werden können. So können die Auswirkungen zu Qualitätszu- und -abschlägen nur partiell eingeschätzt werden, wenn deren Ausgestaltung nicht bekannt ist. Andererseits lassen die Vorgaben wenig Spielraum für Anpassungen des Anreizmodells an die in einem ausgewählten Bereich vorliegenden Gegebenheiten.

Die aktuelle Gesetzgebung sieht z. B. den direkten Zusammenhang zwischen dem Zuschlag und dem Vorliegen „außerordentlich guter“ Qualität sowie zwischen dem Abschlag und einer unzureichenden Qualität vor. Die Intention dieser Vorgabe ist vermutlich, dass drohende Abschläge abschrecken sollen, dass gute und „unzureichende“ Qualität nicht gleich vergütet werden soll und dass hohe Versorgungsqualität sich lohnen soll. Grundsätzlich ist die Frage der Qualitätsbewertung aber von der Frage unabhängig, was mit Qualitätszu- und -abschlägen belegt werden soll. Es sind prinzipiell auch andere Arten des Vergütungsanschlusses denkbar. Beispielsweise könnten auch Qualitätszuschläge auf Verbesserungen der Qualität gezahlt werden, so wie dies im US-amerikanischen Value-Based-Purchasing-Programm (HHS, CMS 2017) erfolgt (siehe Abschnitt 3.2). Statt „außerordentlich gute“ Qualität mit Zuschlägen zu versehen, könnte alternativ auch durch Gewichtungen einzelner Aspekte ein Fokus auf Qualitätsziele gesetzt werden, die aus bestimmten Gründen als besonders relevant angesehen werden (OECD 2008, Seite 33, Schwartz et al. 2015). Unter der Annahme, dass sich der Anreiz durch Qualitätszu- und -abschläge besonders auf die Aspekte auswirkt, die über die Qualitätsmessung Einfluss auf die Höhe der Qualitätszu- und -abschläge haben, könnte für solche Qualitätsziele ein besonderer Anreiz zur Verbesserung geschaffen werden.

Aufgrund der besonderen Gestaltung der gesetzlichen Vorgaben ist es besonders wichtig darauf zu achten, dass die ausgewählten Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche im vorgegebenen gesetzlichen Rahmen durch Qualitätszu- und -abschläge adressierbar sind und die Erfolgsaussichten im Vorfeld sorgfältig geprüft werden.

Das IQTIG hält unter den aktuellen Vorgaben die Entwicklung einer zielführenden und für den Anstoß von Verbesserungen im jeweiligen Bereich geeigneten Gestaltung des Verfahrens inklusive des Anreizsystems für sehr schwierig. Eine nähere Prüfung der Erfolgsaussichten unter diesen Vorgaben wird voraussichtlich häufiger zu negativen Ergebnissen führen als bei freieren Vorgaben. Dies wird aus den in Tabelle 23 angeführten „kritischen Anmerkungen“, die auf den qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews beruhen, ebenfalls deutlich.

Tabelle 23: Gesetzliche Vorgaben und kritische Anmerkungen

Vorgabe Gesetz	Kritische Anmerkungen auf der Basis der Ergebnisse (Kapitel 3 und Literatur)
Abschläge für unzureichende Qualität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dass Kostenträger für Patientinnen und Patienten, die eine unzureichende Behandlung erhalten haben, Geld sparen und damit einen eigennützigen Vorteil ziehen, ist Patientinnen und Patienten nicht kommunizierbar ▪ Verbesserung erfordert typischerweise höhere finanzielle Ressourcen statt geringere
Herausnahme aus dem Krankenhausplan nach drei Jahren mit Qualitätsabschlagen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgehen ggf. nicht geeignet zur „Marktbereinigung“ (zu ungezielt und zu langsam) ▪ ggf. Entstehen von Versorgungsdefiziten, wenn Leistungserbringer „aufgeben“, die in der Region gebraucht werden
Zuschläge für außerordentlich gute Qualität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitnahmeeffekte der Leistungserbringer mit ohnehin schon guter Versorgungsqualität ohne weitere Verbesserung ▪ Verbesserung der Versorgungsqualität sollte (auch) belohnt werden und damit finanziell unterstützt werden. ▪ Aussicht auf Refinanzierung des Mehraufwands für die Verbesserung motiviert ▪ Interferenzen mit anderen Vergütungsbestandteilen (z. B. Fixkostendegressionsabschläge) können Zuschläge teilweise oder ganz aufheben.
prospektive Vergütungsanpassung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weniger Geld für Leistungen, deren Qualität noch gar nicht bekannt ist ▪ je nach Verfahren langer Zeitraum zwischen Ereignis und Vergütungsanpassung ▪ ggf. nicht gerecht und wird angefochten → Ressourcen laufen in juristische Auseinandersetzung statt in Qualitätsverbesserung
Qualitätszuschläge werden sofort fällig, Qualitätsabschläge erhalten ein Jahr zur Verbesserung („Bewährungsjahr“)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine finanzielle Ausgeglichenheit (für die Kostenträger) ▪ Zeitraum zu groß, bis Qualitätsabschläge eintreten; Möglichkeit, abwechselnd schlecht und gut zu sein, führt nicht zur dauerhaften Verbesserung ▪ insbesondere im Hinblick auf den hierdurch nochmals verzögerten Leistungsausschluss wird zu lange schlechte Qualität toleriert (kein gutes Steuerungsinstrument).
Qualitätszu- und -abschläge sind nur für den stationären Sektor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine sektorenübergreifende Qualitätsförderung mit Qualitätszu- und -abschlägen möglich; gerade an den Schnittstellen finden sich aber Qualitätsdefizite

4.5.2 Fazit

Die Entscheidung über eine Neuentwicklung eines QS-Verfahrens mit qualitätsorientierter Vergütung unterscheidet sich von der Neuentwicklung eines herkömmlichen QS-Verfahrens (nur) durch die Frage, ob eine Darlegung „außerordentlich guter“ Qualität (Bewertungskonzept für eine übergeordnete Bewertung) möglich ist und ob Qualitätszu- und -abschläge den gewünschten Erfolg haben werden. Ersteres ist relativ einfach in der Konzeptstudie zu klären, die zu erwartenden Auswirkungen, die für eine Nutzen-Risiko-Bewertung benötigt werden, sind jedoch nur schwer zu ermitteln und nur sehr begrenzt durch das IQTIG prüfbar.

Das Ergebnis der Konzeptstudie soll den G-BA in die Lage versetzen, eine wissenschaftlich fundierte Entscheidung über die Entwicklung eines QS-Verfahrens zu treffen. Wenn es um eine Empfehlung für ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen geht, wird das IQTIG jedoch im entsprechenden Abschlussbericht der Konzeptstudie möglicherweise keine Empfehlung an den G-BA aussprechen können, da die erwartete Wirksamkeit der Qualitätszu- und -abschläge nicht vollumfänglich vom IQTIG geprüft werden kann. Damit wird die Nutzen-Risiko-Bewertung seitens des IQTIG sehr wahrscheinlich unvollständig bleiben. Dies soll am folgenden Anwendungsbeispiel verdeutlicht werden.

Vor der Beauftragung einer Konzeptstudie wäre aus Sicht des IQTIG deshalb zu bedenken, ob der zu betreibende Prüfaufwand zur Einschätzung der Erfolgsaussichten von Qualitätszu- und -abschlägen bei der vorhandenen Evidenzlage gerechtfertigt ist.

5 Anwendungsbeispiel

5.1 Primäre Themenauswahl (TuP-Verfahren)

Das folgende, frei gewählte Beispiel stellt keine Empfehlung für einen geeigneten Leistungsbe-
reich für die Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen dar. Das Anwendungsbeispiel wird
genutzt, um das empfohlene Auswahl- und Prüfprozedere exemplarisch darzustellen.

Mittels TuP-Verfahren wird durch die zuständige AG im G-BA ein relevantes Versorgungsthema
mit Verbesserungspotential unter Darlegung des Qualitätsziels für die Qualitätssicherung aus-
gewählt (Ausgangspunkt). Dies erfolgt auf dieselbe Vorgehensweise, wie bei anderen QS-Ver-
fahren. Als Beispiel für die Darlegung des weiteren Prozederes nach Auswahl eines Versorgungs-
themas mit Verbesserungsbedarf im TUP-Verfahren wurde der Versorgungsbereich *Geburtshilfe*
mit dem Qualitätsziel „Förderung der physiologischen Geburt“ gewählt – ohne Präjudiz auf eine
künftige Auswahlentscheidung.

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden weltweit jährlich 6,2 Milli-
onen medizinisch nicht begründete Kaiserschnitte durchgeführt, in einigen Regionen wie z. B.
Lateinamerika werden schätzungsweise 44,3 % aller Kinder per Kaiserschnitt entbunden
(Boerma et al. 2018). Innerhalb der letzten 30 Jahre ist weltweit eine deutliche Zunahme der
Kaiserschnittentbindungen zu verzeichnen (Boerma et al. 2018). Begründet wird die weltweite
Zunahme durch kulturelle und finanzielle Faktoren. In diesem Zusammenhang kann davon aus-
gegangen werden, dass der Wunschkaiserschnitt nicht nur eine Modeerscheinung ist, sondern
Resultat der verbreiteten Unwissenheit der Frauen in Bezug auf die physiologische Geburt. So
wird die physiologische Geburt oftmals von den Frauen als riskanter eingeschätzt als sie tatsäch-
lich ist ([Anonym] 2018b). Hier wird deutlich, dass eine adäquate Information der Schwangeren
zum Geburtsmodus sowie zu den damit verbundenen Risiken für Mutter und Kind dringend not-
wendig ist ([Anonym] 2018b). Kaiserschnittentbindungen sind mit gesundheitlichen Risiken für
Mütter (z. B. ungünstigere perinatale Outcomes bei Folgeschwangerschaften) und für ihre Kin-
der, auch in Bezug auf die Gesundheit im späteren Lebensverlauf, assoziiert (Lumbiganon et al.
2010, Villar et al. 2007, Souza et al. 2010). Auf Deutschland bezogen zeigen Daten des Statisti-
schen Bundesamtes von 2016 einen deutlichen Anstieg der Kaiserschnitttrate bis 2009. Für den
Zeitraum 2009 bis 2011 habe es allerdings nur noch eine geringe Steigerung gegeben ([Anonym]
2017). Für das Jahr 2017 gab das Statistische Bundesamt an, dass der Anteil der Krankenhausent-
bindungen per Kaiserschnitt bei 30,5 % lag und dieser damit unverändert gegenüber dem Vor-
jahr blieb (Destatis 2018a). Die WHO schlussfolgert im WHO Statement on Caesarean Section
Rates, dass Kaiserschnitttraten höher als 10 % nicht mit einer Reduktion mütterlicher Sterblich-
keit oder Neugeborenensterblichkeit assoziiert sind (WHO 2015). Das öffentliche Interesse hin-
sichtlich dieses Themenbereichs ist groß (Gesundheitsziele.de 2017). Derzeit wird durch die zu-
ständigen Fachgesellschaften eine interdisziplinäre Leitlinie zur „Sectio caesarea“ entwickelt
([Anonym] 2017).

Als übergeordnete Qualitätsziele werden in diesem Szenario daher angenommen:

- Förderung der physiologischen Geburt
- Verbesserung der Schwangerenversorgung

5.2 Prüfung der Möglichkeit „außerordentlich gute“ Qualität mehrdimensional darzulegen

Wie bereits in 4.1 dargelegt, ist ein zentrales Element von Verfahren mit qualitätsorientierter Vergütung die Möglichkeit der Darlegung und Bewertung von „außerordentlich guter“ und „unzureichender“ Qualität über mehrere Dimensionen. Darüber hinaus ist die Abschätzung von möglichen Auswirkungen und Interferenzen mit aktuellen Vergütungsmodalitäten, insbesondere hinsichtlich unerwünschter Auswirkungen, von besonderer Wichtigkeit. Dies schließt auch eine Prüfung hinsichtlich der voraussichtlichen Wirksamkeit der Qualitätszu- und -abschläge im ausgewählten Thema im Sinne einer angestrebten Qualitätsverbesserung mit ein.

Alle im Folgenden getroffenen Aussagen erfolgen unter der Annahme, dass im TuP-Verfahren alle Kriterien, z.B. hinsichtlich der Relevanz des Themas, der epidemiologischen Maßzahlen, der Qualitätsdefizite und Potentiale für eine Qualitätsverbesserung, der Krankheitslast und Auswirkungen usw. für die Auswahl erfüllt wurden.

Als nächster Schritt muss nun geprüft werden, ob voraussichtlich im gewählten Bereich die Entwicklung eines Qualitätsmodells mit allen wichtigen Dimensionen und insbesondere auch eine Darstellung „außerordentlich guter“ Qualität möglich ist. Dies erfolgt im Rahmen der Konzeptstudie, in der die Entwicklung eines Qualitätsmodells mit allen relevanten Qualitätsdimensionen erarbeitet wird.

Am Beispiel „Förderung der physiologischen Geburt“ wird deutlich, dass das vorhandene Set an Qualitätsindikatoren nicht ausreicht für die in 4.1 empfohlene übergeordnete Qualitätsbewertung. Diese fordert eine Berücksichtigung möglichst aller für ein umfassendes Qualitätsmodell relevanten Dimensionen der Versorgungsqualität. Aus der Auflistung in Tabelle 24, die die bisherigen Qualitätsindikatoren den Dimensionen des Rahmenkonzepts zuordnet, wird deutlich, dass im gewählten Bereich vor der Einführung finanzieller Konsequenzen noch einige Neu- und Weiterentwicklungen nötig sind. Die Vorüberlegungen, ob und wie die relevanten Dimensionen mit Inhalten gefüllt werden können, würden später – sollte die entsprechende Beauftragung einer Konzeptstudie erfolgen - in der Entwicklung eines Qualitätsmodells vertieft.

Sollte sich später herausstellen, dass zu bestimmten Dimensionen des Qualitätsmodells keine Qualitätsindikatoren entwickelt werden können, ist deren Wegfall zu begründen oder es zeigt sich an dieser Stelle, dass das Thema für Qualitätszu- und -abschläge nicht geeignet ist.

Tabelle 24: Mögliche Abbildung der Qualitätsdimensionen durch Qualitätsindikatoren im Beispielthema

Dimensionen des Rahmenkonzepts	Qualitätsaspekte / Qualitätsindikatoren	Ableich ergibt
Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bisherige Qualitätsindikatoren der Geburtshilfe (z.B. Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten) ▪ Ggf. QI-Neuentwicklungen 	ggf. Entwicklung ergänzender Indikatoren
Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bisherige Qualitätsindikatoren der Geburtshilfe (z. B. Rate an Dammrissen und andere Komplikationen) ▪ Ggf. QI-Neuentwicklungen 	ggf. Entwicklung ergänzender Indikatoren
Ausrichtung an den Patientinnen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung/ Sprechstunden zum Geburtsmodus ▪ Kommunikation/Selbstbestimmung ▪ Bedürfnisgerechte Ausstattung (Downe et al. 2018) 	Neuentwicklung: Patientinnenbefragung
Rechtzeitigkeit/Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bisherige Qualitätsindikatoren der Geburtshilfe (z. B. E-E-Zeit) ▪ 1:1-Betreuung unter der Geburt durch Hebamme (Sandall et al. 2016) 	Entwicklung ergänzender Indikatoren
Angemessenheit/Indikationsqualität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rate an (indizierten) Kaiserschnitten ▪ Rate an (indizierten) physiologischen Geburten ▪ Rate vaginal operativer Eingriffe ▪ ... 	Weiterentwicklung (ggf. Subgruppenanalysen)
Koordination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Z. B. Zusammenarbeit zwischen Entbindungsstation und Wöchnerinnenstation ▪ Zusammenarbeit mit niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen und Hebammen und Kinderärztinnen und -ärzten 	Neuentwicklung

Prüfergebnis für das geburtshilfliche Beispielthema: Wie aus Tabelle 24 ersichtlich ist, erscheint ein mehrdimensionales Qualitätsmodell mit Identifikation von Qualitätsaspekten in allen Dimensionen nach umfangreichen Weiterentwicklungen möglich. Auch aufgrund der hohen Varianz in der Sectorate und der „neuen“ Indikatoren zur Darstellung der „Ausrichtung an den Patientinnen“ wird „außerordentlich gute“ Qualität abbildbar sein (Kolip et al. 2012).

5.3 Vorab-Prüfung möglicher Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen

In einem weiteren, wichtigen Prüfschritt (siehe Abschnitt 4.3) muss nun beurteilt werden, ob der Einsatz des Instrumentes Qualitätszu- und -abschläge im betrachteten Bereich sinnvoll erscheint (Nutzen-Risiko-Bewertung).

Die zu prüfenden Sachverhalte wurden in Abschnitt 4.2.1 hergeleitet und betreffen die zu erwartenden Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen:

- Auswirkungen auf die Motivation (der Leistungserbringer)
- Verhältnis von Nutzen und Aufwand
- Auswirkungen auf die Datenqualität / Qualitätsmessung und -beurteilung
- Finanzielle Folgen
- Auswirkungen auf das Image / Vermittlungsproblem
- Wirkungen im Gesamtsystem / Krankenhaus-Landschaft

Tabelle 25 stellt die Prüfung möglicher Auswirkungen des Einsatzes von Qualitätszu- und -abschlägen dar. Die Darstellung ist beispielhaft und nicht abschließend. Für den jeweiligen Bereich muss insbesondere die ökonomische Seite der Interferenzen und Auswirkungen mit der entsprechenden Expertise analysiert werden. Dies liegt außerhalb der Möglichkeiten des IQTIG, ist aber für eine Einschätzung des Erfolgs von Qualitätszu- und -abschlägen wichtig, denn ob ein Thema für Qualitätszu- und -abschläge geeignet ist, hängt von den Erfolgsaussichten im Hinblick auf die angestrebten Verbesserungen ab. Es erfolgt erneut der Hinweis darauf, dass die erwartete Wirksamkeit wesentlich mitbestimmt wird durch die Ausgestaltung der Anreize. Die Wirksamkeit kann daher nur abschließend beurteilt werden, wenn diese Regelungen, die durch GKV-SV und DKG auszuhandeln sind, bekannt sind.

Tabelle 25: Prüfung möglicher Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschläge am Beispiel Kaiserschnitt-rate

Sachverhalt	Beispielfragen	Einschätzung
<p>Auswirkungen auf die Versorgungsqualität (kann vom IQTIG nicht in der Konzeptstudie beantwortet werden)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche positiven oder negativen Auswirkungen sind durch die Verschiebung des Fokus auf den gewählten Bereich zu erwarten? z. B. durch: <ul style="list-style-type: none"> ▫ interne Personalverschiebung ▫ Patientenselektion „Rosinenpickerei“, Benachteiligung „schwieriger“ Patienten (chronisch Kranke, Suchtkranke etc.) ▫ ... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Themen „Verbesserung der Schwangerschaftsversorgung“ und Förderung der natürlichen Geburt“ sollen in den Fokus gerückt werden, da ein langjährig bekannter Verbesserungsbedarf vorliegt. ▪ Die Geburtshilfe ist ein gut abgrenzbarer Bereich, in dem aufgrund der speziellen Qualifikation von Hebammen z.B. eine Personalverschiebung aus anderen Bereichen weniger wahrscheinlich ist. ▪ Eine Verschlechterung der Indikationsqualität ist nicht zu erwarten. Ca. 97 % der Geburten in Deutschland fanden 2017 im Krankenhaus statt; die „konservative“ (natürliche Geburt) und die operative Versorgung (Sectio) finden in derselben Abteilung statt (Destatis 2018a, Destatis 2018b). Dies eröffnet eine einfache Erfassung beider „Therapieoptionen“ und damit zukünftig ggf. auch der Indikationsqualität; aber auch ohne explizite Messung der Indikationsqualität ist

Sachverhalt	Beispielfragen	Einschätzung
		<p>eine Verbesserung der Indikationsqualität zu erwarten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Da alle Einrichtungen erfasst werden, wird eine Verschiebung zwischen (benachbarten) Kliniken sichtbar.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche finanziellen Auswirkungen sind durch Qualitätsabschlüsse in diesem Bereich zu erwarten? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch die derzeitige Vergütung besteht eine finanzielle Benachteiligung der physiologischen Geburt (Fehlanreiz). ▪ Qualitätszuschläge für eine Senkung der Kaiserschnitttrate (durch Förderung der natürlichen Geburt) können Einbußen durch geringere Bezahlung der physiologischen Geburt bei ggf. höherem Aufwand ausgleichen, so dass der Fehlanreiz entschärft wird.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welchen Einfluss haben Qualitätszu- und abschlüsse voraussichtlich auf die Fallzahlen und die Indikationsqualität? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Zahl der Geburten insgesamt kann nicht durch die Einrichtungen gesteigert werden ▪ Die „Mengenausweitung“ natürlicher Geburten bei entsprechender Indikation ist Qualitätsziel. ▪ Eine Verbesserung der Indikationsqualität wird angestrebt (Fokus auf die Förderung der physiologischen Geburt). Eine Messung der Indikationsqualität für die verschiedenen Geburtsmodi wäre wünschenswert.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Werden durch die Qualitätszuschläge Anreize für nicht geeignete Leistungserbringer geschaffen, die Leistung in ihr Portfolio aufzunehmen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktuell ist eher eine Verringerung geburts-hilflicher Abteilungen zu beobachten, weil die Abteilungen sich nicht rechnen. ▪ Die flächendeckende Versorgung muss bei der Krankenhausplanung und bei der Steuerung der Leistungserbringung (Zulassung) beachtet werden.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind unerwünschte Mitnahmeeffekte ohne Qualitätsverbesserung zu erwarten? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Derzeit erreichen nur wenige Einrichtungen Kaiserschnittraten in Nähe der von der WHO als gut befundenen Rate (WHO 2015). Verbesserungsbedarf liegt bei praktisch allen Einrichtungen vor, sodass Mitnahmeeffekte kaum auftreten dürften.

Sachverhalt	Beispielfragen	Einschätzung
Auswirkungen auf die Motivation <i>(kann vom IQTIG nicht in der Konzeptstudie beantwortet werden)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie wird das gewählte Anreizmodell im gewählten Setting die Motivation der Leistungserbringer beeinflussen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktuell sind bereits Bestrebungen erkennbar, die Kaiserschnitttrate zu senken (WHO 2015, Gesundheitsziele.de 2017). Dem stehen aber strukturelle und finanzielle Schwierigkeiten und fehlende Anreize entgegen. Eine qualitätsorientierte Vergütung könnte hier die vorhandenen Bestrebungen unterstützen. ▪ Qualitätszuschläge zur Refinanzierung des durch die Qualitätsverbesserung erhöhten Aufwandes können die intrinsische Motivation unterstützen. Dies wäre im vorgeschlagenen Setting der Fall.
Aufwandschätzung <i>(kann vom IQTIG in der Konzeptstudie eingeschätzt werden)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie ist der durch das Verfahren entstehende Aufwand des Verfahrens einzuschätzen? <p>Prüfung des Aufwands für</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ das Verfahrens selbst, ▫ zusätzliche Stellungnahmen, ▫ juristische Verfahren sowie <ul style="list-style-type: none"> ▪ komplexe Verhandlungen für Qualitätszu- und -abschläge <p>Prüfung, ob weniger aufwändige Maßnahmen ausgeschöpft sind, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsförderung ▪ ... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es kann teilweise auf ein bestehendes Verfahren aufgesetzt werden. ▪ Das Qualitätsziel „Senkung der Kaiserschnitttrate“ erfordert aber eine Weiterentwicklung ggf. mehrerer Qualitätsindikatoren (indizierte Kaiserschnitte, indizierte physiologische Geburten, ggf. Subgruppen) mit adäquater Risikoadjustierung und Referenzbereichen. ▪ Zur Wahrscheinlichkeit juristischer Verfahren und zu den Auswirkungen auf die Budgetverhandlungen können vom IQITG keine Aussagen getroffen werden. ▪ Nach der Erprobungsphase der Neu- und Weiterentwicklung des QS-Verfahrens muss geprüft werden, ob Qualitätszu- und -abschläge weiterhin notwendig erscheinen. ▪ Zur Ausschöpfung weiterer Instrumente und deren Aufwand müssten weitere Recherchen und Studien erfolgen (nicht Teil der Konzeptstudie)
Finanzielle Folgen <i>(kann vom IQTIG nicht in der Konzeptstudie beantwortet werden)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung der Interferenzen mit den aktuellen Vergütungsmodalitäten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse der aktuellen Vergütungsmodalitäten und der möglichen Interferenzen. Darüber hinaus müsste das Anreizsystem (z.B. auch die Höhe und Umsetzung der Qualitätszu- und abschläge) bekannt sein.

Sachverhalt	Beispielfragen	Einschätzung
Auswirkungen auf das Image / Vermittlungsproblem <i>(kann vom IQTIG nicht in der Konzeptstudie beantwortet werden)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entsteht ein Imageschaden für das Gesundheitssystem durch Qualitätsabschläge, z. B. dadurch, dass „unzureichende“ Qualität gegen Qualitätsabschlag (zu lange) toleriert wird? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsabschläge sind möglicherweise gerade in der Geburtshilfe problematisch im Hinblick auf ein Tolerieren „unzureichender“ Versorgungsqualität. ▪ Qualitätszuschläge für Verbesserung könnten den Fokus in der Wahrnehmung auf den „Erfolg“ verschieben, sind aber im Gesetz ebenfalls nicht vorgesehen.
Daten/Qualitätsmessung <i>(kann vom IQTIG in der Konzeptstudie beantwortet werden)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kann eine ausreichend gute Datengrundlage sichergestellt werden? ▪ Datenmanipulation möglich? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gutes Datenvalidierungskonzept besteht bereits. ▪ Mitbetrachtung der Qualitätsdaten der außerklinischen Geburtshilfe QUAK
Sonstige Wirkungen <i>(kann vom IQTIG nicht in der Konzeptstudie beantwortet werden)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind Qualitätszu- und -abschläge im gewählten Bereich als Steuerungsinstrument geeignet? ▪ Verschlechtern Qualitätszu- und -abschläge auf Populationsebene die Versorgungsqualität? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszu- und -abschlägen sind im Gesetz als Steuerungsinstrument vorgesehen. Ihre Eignung dafür wird grundsätzlich in Frage gestellt (siehe Abschnitt 5.3). Dies trifft insbesondere auch für die Geburtshilfe zu, da hier die Frage der optimalen flächendeckenden Versorgung bereits jetzt sehr umstritten ist und auf jeden Fall gezielt erfolgen sollte. Dies kann nur im Zusammenhang mit den Regelungen zur Gestaltung der Qualitätszu- und -abschläge erfolgen. ▪ Später ist dann die Wirkung zu evaluieren.
Auswirkungen der gesetzlichen Vorgaben		<p>Das in Abschnitt 4.5.1 hierzu gesagte trifft auch für den gewählten Bereich zu.</p>

5.4 Nutzen-Risiko-Bewertung bezogen auf das Anwendungsbeispiel

Wie bereits in Kapitel 4 dargelegt, kann die Prüfung im Hinblick auf das Qualitätsmodell und die Qualitätsmessung vom IQTIG in der Konzeptstudie durchgeführt werden. Im vorliegenden Fall kann prima vista die Aussage getroffen werden, dass ein QS-Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen (also mit der Möglichkeit „außerordentlich gute“ Qualität mehrdimensional abzubilden) möglich erscheint. Die Prüfung hinsichtlich der erwarteten Auswirkungen von Qualitätszu- und -abschlägen kann zum größten Teil nicht vom IQTIG durchgeführt werden. Eine ökonomische Prüfung kann nur erfolgen, wenn die Gestaltung der Qualitätszu- und -abschläge geregelt und bekannt ist.

Das Ergebnis der Konzeptstudie soll den G-BA in die Lage versetzen, eine wissenschaftlich fundierte Entscheidung über die Entwicklung eines QS-Verfahrens zu treffen. Wenn es um eine Empfehlung für ein Verfahren mit Qualitätszu- und -abschlägen geht, wird das IQTIG jedoch im entsprechenden Abschlussbericht der Konzeptstudie möglicherweise keine Empfehlung an den G-BA aussprechen können, da die erwartete Wirksamkeit der Qualitätszu- und -abschläge nicht vollumfänglich vom IQTIG geprüft werden kann. Damit wird die Nutzen-Risiko-Bewertung seitens des IQTIG vermutlich unvollständig bleiben.

Literatur

- [Anonym] (2018a): Wikipedia: Excellence. 16.07.2018. MediaWiki. URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Excellence> (abgerufen am: 26.10.2018).
- [Anonym] ([kein Datum]): The Free Dictionary: Excellence. Huntingdon Valley, US-PA: Farlex. URL: <https://www.thefreedictionary.com/Excellence> (abgerufen am: 26.10.2018).
- [Anonym] (2017): Kaiserschnittraten der Kliniken sind unterschiedlich. *Ärzteblatt*, 23.06.2017. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/76531/Kaiserschnittraten-der-Kliniken-sind-unterschiedlich> (abgerufen am: 19.10.2018).
- [Anonym] (2018b): WHO sucht nach Maßnahmen gegen hohe Zahl an Kaiserschnitten. *Ärzteblatt*, 12.10.2018. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98472/WHO-sucht-nach-Massnahmen-gegen-hohe-Zahl-an-Kaiserschnitten> (abgerufen am: 15.10.2018).
- Ahluwalia, SC; Damberg, CL; Silverman, M; Motala, A; Shekelle, PG (2017): What Defines a High-Performing Health Care Delivery System: A Systematic Review. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 43(9): 450-459. DOI: 10.1016/j.jcjq.2017.03.010.
- Altarum (2017a): Briges to Excellence®. Ann Arbor, US-MI: Altarum. URL: <http://www.bridgestoexcellence.org/> (abgerufen am: 25.09.2018).
- Altarum (2017b): Briges to Excellence®. Recognition Programs. Ann Arbor, US-MI: Altarum. URL: <http://www.bridgestoexcellence.org/recognition-programs> (abgerufen am: 25.09.2018).
- Arah, OA; Westert, GP; Hurst, J; Klazinga, NS (2006): A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 5-13. DOI: 10.1093/intqhc/mzl024.
- BCBS [Blue Cross Blue Shield of Michigan] (2017): 2018 Hospital Pay-for-Performance Program. Peer Groups 1-4. [Stand:] November 2017. Detroit, US-MI: BCBS. URL: <https://www.bcbsm.com/content/dam/public/Providers/Documents/value/2018-hospital-pay-performance-program.pdf> (abgerufen am: 17.10.2018).
- Bhattacharyya, T; Freiberg, AA; Mehta, P; Katz, JN; Ferris, T (2009): Measuring The Report Card: The Validity Of Pay-For-Performance Metrics In Orthopedic Surgery. *Health Affairs* 28(2): 526-532. DOI: 10.1377/hlthaff.28.2.526.
- BMBF [Bundesministerium für Bildung und Forschung] ([kein Datum]): Die Exzellenzstrategie: Die Exzellenzinitiative stärkt die universitäre Spitzenforschung. Berlin: BMBF. URL: <https://www.bmbf.de/de/die-exzellenzinitiative-staerkt-die-universitaere-spitzenforschung-1638.html> (abgerufen am: 26.10.2018).
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2017): Begriffe A-Z: Krankenhausstrukturgesetz (KHSG). [Stand:] 20.10.2017. Berlin: BMG. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/krankenhausstrukturgesetz-khsg.html> (abgerufen am: 26.10.2018).

- Boerma, T; Ronsmans, C; Melesse, DY; Barros, AJD; Barros, FC; Juan, L; et al. (2018): Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* 392(10155): 1341-1348. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31928-7.
- Bottle, A; Gnani, S; Saxena, S; Aylin, P; Mainous, AG; Majeed, A (2008): Association between quality of primary care and hospitalization for coronary heart disease in England: National cross-sectional study. *Journal of General Internal Medicine* 23(2): 135-141. DOI: 10.1007/s11606-007-0390-2.
- Cashin, C; Chi, Y-L; Smith, P; Borowitz, M; Thomson, S; Hrsg. (2014): Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability. New York: WHO [World Health Organization] [u. a.]. ISBN: 978-0-33-526439-1. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf (abgerufen am: 31.05.2018).
- Cheng, AHY; Sutherland, JM (2013): British Columbia's pay-for-performance experiment: Part of the solution to reduce emergency department crowding? *Health Policy* 113(1): 86-92. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.07.010.
- Commonwealth of Massachusetts (2018): MassHealth. Boston, US-MA: Commonwealth of Massachusetts. URL: <https://www.mass.gov/topics/masshealth> (abgerufen am: 17.10.2018).
- Crosson, JC; Ohman-Strickland, PA; Campbell, S; Phillips, RL; Roland, MO; Kontopantelis, E; et al. (2009): A comparison of chronic illness care quality in US and UK family medicine practices prior to pay-for-performance initiatives. *Family Practice* 26(6): 510-516. DOI: 10.1093/fampra/cmp056.
- de Vet, HCW; Terwee, CB; Mokkink, LB; Knol, DL (2017): Measurement in Medicine: A Practical Guide. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN: 978-0-521-13385-2.
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2018a): 30,5 % der Krankenhausentbindungen per Kaiserschnitt im Jahr 2017 [Pressemitteilung Nr. 349 vom 17.09.2018]. Wiesbaden: Destatis. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/09/PD18_349_231.html (abgerufen am: 19.10.2018).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2018b): Mehr Sterbefälle und weniger Geburten im Jahr 2017 [Pressemitteilung Nr. 262 vom 13.07.2018]. Wiesbaden: Destatis. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/07/PD18_262_126.html (abgerufen am: 26.10.2018).
- Doebler, K; Geraedts, M (2018): Ausgewogenheit der Qualitätsindikatorenssets der externen Qualitätssicherung nach §136 SGB V. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 134: 9-17. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.11.004.
- Donabedian, A (2003): An introduction to quality assurance in health care. Oxford [u. a.]: Oxford University Press. ISBN: 0-19-515809-1.

- Downe, S; Finlayson, K; Oladapo, O; Bonet, M; Gülmezoglu, AM (2018): What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *Plos One* 13(4): e0194906. DOI: 10.1371/journal.pone.0194906.
- Downing, A; Rudge, G; Cheng, Y; Tu, Y-K; Keen, J; Gilthorpe, MS (2007): Do the UK government's new Quality and Outcomes Framework (QOF) scores adequately measure primary care performance? A cross-sectional survey of routine healthcare data. *BMC: Health Services Research* 7(116). DOI: 10.1186/1472-6963-7-166.
- EFQM [European Foundation for Quality Management] ([kein Datum]): What is Excellence? Brüssel: EFQM. URL: <http://www.efqm.de/what-is-excellence.html> (abgerufen am: 17.10.2018).
- Eijkenaar, F (2012): Pay for Performance in Health Care: An International Overview of Initiatives. *Medical Care Research and Review* 69(3): 251-276. DOI: 10.1177/1077558711432891.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung des Themenfindungs- und Priorisierungsverfahrens für Themen der Qualitätssicherung im Rahmen von Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und Regelungen nach § 137 Abs. 3 SGB V. [Stand:] 19.03.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2226/2015-03-19_Neufassung-TuP-Verfahren.pdf (abgerufen am: 18.10.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des Instituts nach § 137a SGB V: Entwicklungen für ein Qualitätssicherungsverfahren für Qualitätszu- und -abschläge. [Stand:] 20.10.2016. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2744/2016-10-20_IQTIG-Beauftragung_Qualitaetszu-Abschlaege.pdf (abgerufen am: 28.04.2017).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 20. Oktober 2016 über eine Beauftragung des Instituts nach § 137a SGB V: Entwicklungen für ein Qualitätssicherungsverfahren für Qualitätszu- und -abschläge. [Stand:] 21.09.2017. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3064/2017-09-21_IQTIG-Beauftragung_Aenderung-Beschluss-20-10-2016_Nachbess_IQTIG-Bericht-Qualitaetszu-abschlaege.pdf (abgerufen am: 27.09.2017).
- Gershlick, B (2016): Best Practice Tariffs. Country Background Note: United Kingdom (England). [Stand:] April 2016. London: Health Foundation. URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-Ways-to-Pay-for-Health-Care-Background-Note-England-Best-practice-tariffs.pdf> (abgerufen am: 11.10.2018).
- Gesundheitsziele.de [Forum Gesundheitsziele Deutschland] (2017): Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. Stand: Januar 2017. Berlin: GVG [Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung]. URL: http://gesundheitsziele.de//cms/medium/1330/20170207_broschuere_GRUDG.pdf (abgerufen am: 22.10.2018).

- Goodwin, LD (1996): Focus on Quantitative Methods: Determining Cut-Off Scores. *Research in Nursing & Health* 19(3): 249-256. DOI: 10.1002/(SICI)1098-240X(199606)19:3<249::AID-NUR8>3.0.CO;2-K.
- Herbst, T; Emmert, M (2017): Characterization and effectiveness of pay-for-performance in ophthalmology: a systematic review. *BMC: Health Services Research* 17: 385. DOI: 10.1186/s12913-017-2333-x.
- HHS [U. S. Department of Health and Human Services], CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services] (2017): Hospital Value-Based Purchasing. [Stand:] September 2017. Baltimore, US-MD: CMS. ICN 907664. URL: https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Hospital_VBPurchasing_Fact_Sheet_ICN907664.pdf (abgerufen am: 30.05.2018).
- HHS [U. S. Department of Health and Human Services], CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services] (2018a): Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP). Page last Modified: 26.03.2018. Baltimore, US-MD: CMS. URL: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/HRRP/Hospital-Readmission-Reduction-Program.html> (abgerufen am: 25.09.2018).
- HHS [U. S. Department of Health and Human Services], CMS [Centers for Medicare and Medicaid Services] (2013): Hospital Quality Initiative. Premier Hospital Quality Incentive Demonstration. Page last Modified: 09.01.2013. Washington, D.C.: CMS. URL: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalPremier.html> (abgerufen am: 17.10.2018).
- HHS [U. S. Department of Health and Human Services], CMS [Centers for Medicare and Medicaid Services] (2018b): Hospital-Acquired Condition (HAC) Reduction Program. Page last Modified: 30.07.2018. Baltimore, US-MD: CMS. URL: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/HAC/Hospital-Acquired-Conditions.html> (abgerufen am: 18.10.2018).
- HSCRC [Health Services Cost Review Commission] ([kein Datum]): Maryland Hospital Acquired Conditions (MHAC). Baltimore, US-MD: HSCRC. URL: http://www.hscrc.state.md.us/Pages/init_qi_MHAC.aspx (abgerufen am: 25.09.2018).
- Hughes, JS; Averill, RF; Goldfield, NI; Muldoon, J; McCullough, E; Xiang, J (2013): 3M™ Potentially Preventable Complications (PPCs). Methodology Overview. Version 31.0. [Stand:] Oktober 2013. Wallingford, US-CT: 3M Health Information Systems. Document number GRP-146. URL: <http://multimedia.3m.com/mws/media/1042609O/resources-and-references-his-2015.pdf> (abgerufen am: 30.05.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Methodische Grundlagen V1.1s. Entwurf für das Stellungnahmeverfahren. Stand: 15.11.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1s-2018-11-15.pdf (abgerufen am: 20.11.2018).
- Kiefe, CI; Allison, JJ; Williams, OD; Person, SD; Weaver, MT; Weissman, NW (2001): Improving Quality Improvement Using Achievable Benchmarks For Physician Feedback. A Randomized Controlled Trial. *JAMA – Journal of the American Medical Association* 285(22): 2871-2879. DOI: 10.1001/jama.285.22.2871.
- Klassen, A; Miller, A; Anderson, N; Shen, J; Schiariti, V; O'Donnell, M (2010): Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 22(1): 44-69. DOI: 10.1093/intqhc/mzp057.
- Kolip, P; Noltin, H-D; Zich, K (2012): Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Kaiserschnitt.pdf (abgerufen am: 26.10.2018).
- Kondo, KK; Damberg, CL; Mendelson, A; Motúapuaka, M; Freeman, M; O'Neil, M; et al. (2016): Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine* 31(Suppl. 1): 61-69. DOI: 10.1007/s11606-015-3567-0.
- Kuckartz, U (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchgesehene Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Jventa. ISBN: 978-3-7799-2922-2.
- Leapfrog Group ([kein Datum]): Leapfrog Value-Based Purchasing Program. Washington, D.C.: Leapfrog Group. URL: <http://www.leapfroggroup.org/VBP-Program> (abgerufen am: 18.10.2018).
- Lowther, CM (2008): Are pay-for-performance programs a threat to medical professionalism? [Letter to the Editor]. *Annals of Internal Medicine* 148(8): 630. DOI: 10.7326/0003-4819-148-8-200804150-00020.
- Lumbiganon, P; Laopaiboon, M; Gülmezoglu, AM; Souza, JP; Taneepanichskul, S; Ruyan, P; et al. (2010): Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *Lancet* 375(9713): 490-499. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61870-5.
- Markovitz, AA; Ryan, AM (2017): Pay-for-Performance: Disappointing Results or Masked Heterogeneity? *Medical Care Research and Review* 74(1): 3-78. DOI: 10.1177/1077558715619282.
- Martin, LA; Nelson, EC; Lloyd, RC; Nolan, TW (2007): Whole System Measures. Cambridge, US-MA: IHI [Institute for Healthcare Improvement]. URL: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/WholeSystemMeasuresWhitePaper.aspx> [Download] (abgerufen am: 17.10.2018).

- Maxwell, RJ (1992): Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care* 1(3): 171-177. DOI: 10.1136/qshc.1.3.171.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.
- Mendelson, A; Kondo, K; Damberg, C; Low, A; Motúapuaka, M; Freeman, M; et al. (2017): The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care. A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine* 166(5): 341-354. DOI: 10.7326/M16-1881.
- Milstein, R; Schreyögg, J (2015): A review of pay-for-performance programs in the inpatient sector in OECD countries. (Research Paper, No. 9). Hamburg: Universität Hamburg, Hamburg Center for Health Economics. URL: <https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/research-papers/hche-online-version-09paper2015-12-22.pdf> (abgerufen am: 25.01.2017).
- Milstein, R; Schreyoegg, J (2016): Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy* 120(10): 1125-1140. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.08.009.
- NHS England; NHS Improvement ([kein Datum]): 2017/18 and 2018/19 National Tariff Payment System. London. URL: https://improvement.nhs.uk/documents/1044/2017-18_and_2018-19_National_Tariff_Payment_System.pdf (abgerufen am: 17.10.2018).
- Norcini, JJ; Shea, JA (1997): The Credibility and Comparability of Standards. *Applied Measurement in Education* 10(1): 39-59. DOI: 10.1207/s15324818ame1001_3.
- OECD (2008): Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide. Paris: OECD Publications. ISBN: 978-92-64-04345-9.
- OECD (2016a): Better Ways to Pay for Health Care. Paris: OECD Publishing. ISBN: 978-92-64-25820-4.
- OECD (2016b): Reforming traditional health care provider payments. Chapter 1. In: OECD: *Better Ways to Pay for Health Care*. Paris: OECD Publishing, 37-58. DOI: 10.1787/9789264258211-en.
- Ryan, AM; Blustein, J (2011): The Effect of the MassHealth Hospital Pay-for-Performance Program on Quality. *Health Services Research* 46(3): 712-728. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01224.x.
- Sandall, J; Soltani, H; Gates, S; Shennan, A; Devane, D (2016): Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Seeger, A; Seeger, W (2016): Chancen, Risiken und Grenzen einer Qualitätsorientierten Vergütung im internationalen Kontext – Ein Modell für Deutschland? *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 70(6): 32-41. DOI: 10.5771/1611-5821-2016-6-32.
- Shwartz, M; Restuccia, JD; Rosen, AK (2015): Composite Measures of Health Care Provider Performance: A Description of Approaches. *Milbank Quarterly* 93(4): 788-825. DOI: 10.1111/1468-0009.12165.

- Snyder, L; Neubauer, RL (2007): Pay-for-Performance Principles That Promote Patient-Centered Care: An Ethics Manifesto [*Position Paper*]. *Annals of Internal Medicine* 147(11): 792-794. DOI: 10.7326/0003-4819-147-11-200712040-00011.
- Souza, JP; Gülmezoglu, AM; Lumbiganon, P; Laopaiboon, M; Carroli, G; Fawole, B; et al. (2010): Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC: Medicine* 8(1): 71. DOI: 10.1186/1741-7015-8-71.
- Spiegelhalter, DJ (2005): Funnel plots for comparing institutional performance. *Statistics in Medicine* 24(8): 1185-1202. DOI: 10.1002/sim.1970.
- SVR [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 [*Kurzfassung*]. Bonn: SVR. URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf (abgerufen am: 25.01.2017).
- U.S. Department of Commerce, NIST [National Institute of Standards and Technology] ([kein Datum]): Quest For Excellence Trademark Information. Washington, D.C.: NIST. URL: <https://www.trademarkia.com/quest-for-excellence-85645479.html> (abgerufen am: 17.10.2018).
- Veit, C; Hertle, D; Bungard, S; Trümner, A; Ganske, V; Meyer-Hofmann, B (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Düsseldorf: BQS [Institut für Qualität & Patientensicherheit]. URL: <https://www.bqs.de/images/downloads/P4P-Gutachten-BQS.compressed.pdf> (abgerufen am: 27.04.2017).
- Villar, J; Carroli, G; Zavaleta, N; Donner, A; Wojdyla, D; Faundes, A; et al. (2007): Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ – British Medical Journal* 335(7628): 1025. DOI: 10.1136/bmj.39363.706956.55.
- WHO [World Health Organization] (2015): WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: WHO. WHO/RHR/15.02. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=52F9C53A1C64731E8645A2B70E10F644?sequence=1 (abgerufen am: 19.10.2018).



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Qualitätsorientierte Vergütung Teil 2

Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung

Anhang zum Abschlussbericht
Qualitätszu- und -abschläge, Schritt 3

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Januar 2019

Impressum

Thema:

Qualitätsorientierte Vergütung Teil 2. Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung. Anhang zum Abschlussbericht. Qualitätszu- und -abschläge, Schritt 3

Ansprechpartnerin:

Dr. Dagmar Hertle

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

20. Oktober 2016

Datum der Abgabe:

31. Januar 2019

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

Tabellenverzeichnis.....	4
Anhang A: Fragenkatalog zu potenziellen Interessenkonflikten	5
Anhang B: Leitfäden für die Durchführung von qualitativen Experteninterviews zum Thema „Qualitätsorientierte Vergütung mit Zu- und Abschlägen“	6
Interviews mit Expertinnen und Experten mit praktischer Erfahrung im Krankenhausmanagement oder der Krankenhausvergütung.....	6
Interviews mit Wissenschaftlerinnen / Wissenschaftlern und Patientenvertretung.....	9
Anhang C: Kurzfragebogen zur Studie	12
Anhang D: Kurzbeschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Experteninterviews..	14
Anhang E: Ergebnisse der qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews.....	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Negative und positive Auswirkungen des DRG-Systems auf die Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	18
Tabelle 2: Auswirkungen von Krankenhausplanung und -finanzierung, Vorhalten bestimmter Strukturen auf die Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	20
Tabelle 3: Auswirkungen durch Zielvereinbarungen / Bonuszahlungen auf Chefarzzebene auf die Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten).....	21
Tabelle 4: Allgemeine / sonstige genannte Auswirkungen der derzeitigen Vergütungsmodalitäten und QS-Verfahren auf die Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)	21
Tabelle 5: Auswirkungen im Zusammenhang mit Erfahrungen mit Selektivverträgen (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)	22
Tabelle 6: Allgemeine Aussagen zur Qualitätsmessung und -beurteilung (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)	23
Tabelle 7: Voraussetzungen der Qualitätsmessung und -beurteilung (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)	26
Tabelle 8: Berücksichtigung der Bewertungsebene (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)	27

Anhang A: Fragenkatalog zu potenziellen Interessenkonflikten

Fragennummer	Frage
Frage 1	Anstellungsverhältnisse: Sind oder waren Sie bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter abhängig beschäftigt (angestellt)?
Frage 2	Beratungsverhältnisse: Beraten Sie oder haben Sie ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt ¹ beraten?
Frage 3	Honorare: Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreters Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-)wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?
Frage 4	Drittmittel: Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution ² , bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten?
Frage 5	Sonstige Unterstützung: Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten?
Frage 6	Aktien, Geschäftsanteile: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört?

¹ „Indirekt“ heißt in diesem Zusammenhang z. B. im Auftrag eines Instituts, das wiederum für eine entsprechende Person, Institution oder Firma tätig wird.

² Sofern Sie in einer sehr großen Institution tätig sind, ist es ausreichend, die geforderten Angaben auf Ihre Arbeitseinheit (z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.) zu beziehen.

Anhang B: Leitfäden für die Durchführung von qualitativen Experteninterviews zum Thema „Qualitätsorientierte Vergütung mit Zu- und Abschlägen“

Interviews mit Expertinnen und Experten mit praktischer Erfahrung im Krankenhausmanagement oder der Krankenhausvergütung

Warming-up: Persönlicher Bezug zu qualitätsorientierter Vergütung / Vorstellung Interviewpartnerin / Interviewpartner	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
Zum Einstieg möchten wir Sie bitten, Ihr aktuelles Tätigkeitsfeld mit ihren (bisherigen) Berührungspunkten zu qualitätsorientierter Vergütung / Pay for Performance zu beschreiben.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können Sie dies an ein paar Beispielen deutlich machen?
1. Thema: „außerordentlich gute“ Versorgungsqualität	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<p>Wenn Sie an die Patientenversorgung in Ihrer oder einer Ihnen bekannten Einrichtung denken: Was kennzeichnet hier „außerordentlich gute“ / exzellente Versorgungsqualität?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Was sind Bestandteile / Dimensionen „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität? ▪ Was sind Ihre Kriterien für „außerordentlich gute“ Qualität? ▪ Auf welcher Ebene (Krankenhaus, Leistung, Abteilung, Patientengruppen, einzelne Personen) betrachten Sie „außerordentlich gute“ Qualität? ▪ Gibt es aus Ihrer Sicht Leistungen / Themen, in denen die Darlegung von „außerordentlich guter“ Qualität besonders sinnvoll wäre? Warum? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können Sie Beispiele „außerordentlich guter“ Versorgung aus Ihrer oder aus anderen Einrichtungen nennen? ▪ Welche Gewichtung / Wichtigkeit würden Sie den einzelnen Komponenten „außerordentlich guter“ Qualität in Ihren Beispielen zuschreiben?
2. Thema: „unzureichende“ Versorgungsqualität	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<p>Bezogen auf Ihre oder eine Ihnen bekannte Einrichtung, woran wird für Sie deutlich, dass ein Qualitätsdefizit vorliegt bzw. Verbesserungspotenzial besteht?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn Sie Verbesserungspotenzial erkennen wollen, worauf schauen Sie? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können Sie Beispiele aus Ihrer oder einer Ihnen bekannten Einrichtung nennen? ▪ Welche Gewichtung / Wichtigkeit würden Sie ggf. einzelnen

2. Thema: „unzureichende“ Versorgungsqualität	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf welcher Ebene (Krankenhaus, Leistung, Abteilung, Patientengruppen, einzelne Personen) betrachten Sie „unzureichende“ Qualität? ▪ Welche Auswirkungen hat die Darlegung „unzureichender“ Qualität in Ihrer Einrichtung? ▪ Gibt es aus Ihrer Sicht Leistungen / Leistungsbereiche, in denen die Darlegung von „unzureichender“ Qualität besonders sinnvoll wäre? Warum? 	<p>Komponenten „unzureichender“ Qualität zuschreiben?</p>

3. Thema: Zusammenhang Geld / Qualität unter den derzeitigen Vergütungsmodalitäten	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<p>Wie wirkt sich in Ihrer Einrichtung die Vergütung auf die Versorgungsqualität aus?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kennen Sie Beispiele, wo sich die derzeitigen Vergütungsmodalitäten positiv auf die Qualität der erbrachten Leistungen auswirken? Wenn ja, wie? Erläutern Sie das bitte. ▪ Kennen Sie Beispiele aus Ihrer oder einer Ihnen bekannten Einrichtung, wo sich die derzeitigen Vergütungsmodalitäten negativ auf die Qualität der erbrachten Leistungen auswirken? Wenn ja, wie? Erläutern Sie das bitte. ▪ Gibt es Patientengruppen, die aufgrund der derzeitigen Vergütungsmodalitäten systematisch benachteiligt werden? Wenn ja, welche? Beschreiben Sie bitte. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche direkten finanziellen Anreize (z. B. Fallzahl / Geld) fallen Ihnen ein? ▪ Welche indirekten finanziellen Anreize (z. B. Verweildauer / Geld) fallen Ihnen ein? ▪ Welche weiteren Einflüsse, z. B. ausgehend von Pauschalen, Sonderentgelten etc. fallen Ihnen ein? ▪ Welche ökonomischen Analysen führen Sie durch?

4. Thema: Thema: Erfolgsfaktoren / wirksame Konstellationen für Qualitätszu- und -abschläge (kontextuelle Faktoren)	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<p>Können Sie uns relevante (kontextuelle) Einflussfaktoren auf die Wirkung von Qualitätszu- und -abschlägen nennen? Wenn ja, welche?</p> <p>Wenn Sie an Ihre oder an eine Ihnen bekannte Einrichtung denken,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Voraussetzungen begünstigen die Wirksamkeit von Qualitätszu- und -abschlägen hinsichtlich einer Verbesserung der Versorgungsqualität? ▪ Welche Bedingungen behindern die Wirksamkeit von Qualitätszu- und -abschlägen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf welche Bedingungen müssen Qualitätszu- und -abschläge treffen, um wirksam zu sein? ▪ Wie würden Sie Qualitätszu- und -abschläge verteilen?

4. Thema: Thema: Erfolgsfaktoren / wirksame Konstellationen für Qualitätszu- und -abschläge (kontextuelle Faktoren)	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterscheiden sich die Bedingungen, unter denen Qualitätszuschläge wirksam sind, von denen, unter denen Qualitätsabschläge wirksam sind? ▪ Können Sie aus Ihrer Erfahrung heraus „Konstellationen“ nennen, die für Qualitätszu- und -abschläge besonders günstig oder ungünstig sind? ▪ Auf welcher Ebene würden Qualitätszu- und -abschläge in Ihrer Einrichtung wirksam, wo kommen sie an? ▪ Expecten Sie unerwünschte Effekte? Wenn ja, welche? In welchen Bereichen? 	

5. Thema: Auswahlkriterien für Themen, in denen die Qualität durch Zu- und Abschläge positiv beeinflussbar ist	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<p>Aus Ihrer Erfahrung: Fallen Ihnen Versorgungsthemen und / oder Leistungen ein, in denen Qualitätszu- und -abschläge zu Qualitätsverbesserungen führen könnten? Wenn ja, welche?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn Sie für Ihre oder Ihnen bekannte Einrichtungen Themen, Leistungen oder einen Leistungsbereich für die Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen vorschlagen könnten, welche(n) würden sie nehmen? Nach welchen Gesichtspunkten haben Sie diese ausgewählt? ▪ Wo wäre die Aussicht auf Qualitätszu- und -abschläge für Ihre Einrichtung ein besonderer Ansporn für eine Qualitätsverbesserung? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inwiefern glauben Sie, dass Qualitätszuschläge an der von Ihnen genannten Stelle wirksam sind? ▪ Inwiefern glauben Sie, dass Qualitätsabschläge an der von Ihnen genannten Stelle wirksam sind?

6. Thema: Gesamtfazit / Ausblick	
Fragen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gibt es etwas, das wir noch nicht gefragt haben, Ihnen aber beim Thema Qualitätszu- und -abschläge wichtig ist? 	

Interviews mit Wissenschaftlerinnen / Wissenschaftlern und Patientenvertretung

Warming-up: Persönlicher Bezug zu qualitätsorientierter Vergütung / Vorstellung Interviewpartnerin / Interviewpartner	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
Zum Einstieg möchten wir Sie bitten, Ihre (bisherigen) Berührungspunkte zu qualitätsorientierter Vergütung / Pay for Performance zu beschreiben.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können Sie dies an ein paar Beispielen deutlich machen?
1. Thema: „unzureichende“ Versorgungsqualität	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<p>Was kennzeichnet aus Ihrer Sicht „unzureichende“ Versorgungsqualität?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wann liegt Ihrer Meinung nach „unzureichende“ Versorgungsqualität vor? ▪ Woran können Patientinnen und Patienten „unzureichende“ Versorgungsqualität erkennen? ▪ Wenn Sie Verbesserungspotenzial erkennen wollen, worauf schauen Sie? (Krankenhaus, Leistung, Abteilung, Patientengruppen, einzelne Personen)? ▪ Welche Auswirkungen hat die Darlegung unzureichender Qualität in einer Einrichtung auf Systemebene? ▪ Gibt es aus Ihrer Sicht Leistungen / Leistungsbereiche, in denen die Darlegung von „unzureichender“ Qualität besonders sinnvoll wäre? Warum? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können Sie Beispiele nennen? ▪ Welche Gewichtung / Wichtigkeit würden Sie den einzelnen Komponenten zuschreiben?
2. Thema: „außerordentlich gute“ Versorgungsqualität	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<p>Was sind aus Ihrer Sicht die Bestandteile / Dimensionen „außerordentlich guter“ / exzellenter Versorgungsqualität?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gibt es aus Ihrer Sicht Leistungen / Themen, in denen die Darlegung von „außerordentlich guter“ Qualität besonders sinnvoll wäre? Warum? ▪ Auf welcher Ebene/Versorgungseinheit würden Sie „außerordentlich gute“ Versorgungsqualität betrachten (Krankenhaus, Leistung, Abteilung, Patientengruppen, einzelne Personen)? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können Sie Beispiele „außerordentlich guter“ Versorgung aus Ihnen bekannten Einrichtungen / aus Forschungsergebnissen nennen? ▪ Welche Gewichtung / Wichtigkeit würden Sie den einzelnen Komponenten „außerordentlich guter“ Qualität in Ihren Beispielen zuschreiben?

2. Thema: „außerordentlich gute“ Versorgungsqualität	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche konkreten Auswirkungen hat die Definition / Auslobung von „außerordentlich guter“ Qualität Ihrer Meinung nach (auf Systemebene)? ▪ Fallen Ihnen Kriterien für „außerordentlich gute“ Qualität ein? Wenn ja, welche? 	

3. Thema: Zusammenhang Geld / Qualität unter den derzeitigen Vergütungsmodalitäten	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<p>Gibt es positive oder negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung durch die derzeitigen Vergütungsmodalitäten? Wenn ja, welche? In welchen Bereichen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kennen Sie Beispiele, wo sich die derzeitigen Vergütungsmodalitäten positiv auf die Qualität der erbrachten Leistungen auswirken? Wenn ja, wie? Erläutern Sie das bitte. ▪ Kennen Sie Beispiele, wo sich die derzeitigen Vergütungsmodalitäten negativ auf die Qualität der erbrachten Leistungen auswirken? Wenn ja, wie? Erläutern Sie das bitte. ▪ Beeinflussen die Kosten bzw. die Erlöse direkt oder indirekt, welche Qualität erbracht wird? Und wenn ja, wo? ▪ Könnten durch hohe/bessere Qualität Kosten gespart werden? Wenn ja, wo? ▪ Gibt es Patientengruppen, die aufgrund der derzeitigen Vergütungsmodalitäten systematisch benachteiligt werden? Wenn ja, welche? Beschreiben Sie bitte. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche direkten finanziellen Anreize (z. B. Fallzahl / Geld) fallen Ihnen ein? ▪ Welche indirekten finanziellen Anreize (z. B. Verweildauer / Geld) fallen Ihnen ein? ▪ Welche weiteren Einflüsse, z. B. ausgehend von Pauschalen, Sonderentgelten etc. fallen Ihnen ein? ▪ Welche Rolle spielt aus Ihrer Sicht das DRG-System mit den diversen Entgelten? ▪ Können Sie uns Beispiele ökonomischer Analysen nennen?

4. Thema: Erfolgsfaktoren / wirksame Konstellationen für Qualitätszu- und -abschläge (kontextuelle Faktoren)	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<p>Können Sie uns relevante (kontextuelle) Einflussfaktoren auf die Wirkung von Qualitätszu- und -abschlägen nennen? Wenn ja, welche?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Voraussetzungen / Rahmenbedingungen begünstigen die Wirksamkeit von Qualitätszu- und -abschlägen hinsichtlich einer Verbesserung der Versorgungsqualität? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf welche Bedingungen müssen Qualitätszu- und -abschläge treffen, um wirksam zu sein? ▪ Wie würden Sie Qualitätszu- und -abschläge verteilen?

4. Thema: Erfolgsfaktoren / wirksame Konstellationen für Qualitätszu- und -abschläge (kontextuelle Faktoren)	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Bedingungen behindern die Wirksamkeit von Qualitätszu- und -abschlägen? ▪ Unterscheiden sich die Bedingungen, unter denen Qualitätszuschläge wirksam sind, von denen, unter denen Qualitätsabschläge wirksam sind? ▪ Können Sie aus Ihrer Erfahrung heraus „Konstellationen“ nennen, die für Qualitätszu- und -abschläge besonders günstig oder ungünstig sind? ▪ Auf welcher Ebene sind Qualitätszu- und -abschläge wirksam, wo sollten Sie ankommen? ▪ Erwarten Sie unerwünschte Effekte? Wenn ja, welche? In welchen Bereichen? ▪ Kennen Sie erfolgreiche Pay-for-Performance-Projekte / -Verfahren? Wenn ja, was oder welche Konstellationen machen/machten diese erfolgreich? 	

5. Thema: Auswahlkriterien für Themen / Leistungen, in denen die Qualität durch Qualitätszu- und -abschläge beeinflussbar ist	
Fragen	Mögliche Vertiefungsfragen
<p>Aus Ihrer Erfahrung: Fallen Ihnen relevante potenziell durch Qualitätszu- und -abschläge beeinflussbare Themen / Qualitätsdefizite ein? Wenn ja, welche?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Kriterien würden Sie heranziehen, um in Deutschland „geeignete“ Themen / Qualitätsdefizite für Qualitätszu- und -abschläge auszuwählen? Warum diese? ▪ Wenn Sie Themen, Leistungen oder einen Leistungsbereich für die Einführung von Qualitätszu- und -abschläge vorschlagen könnten, welche(n) würden Sie nehmen? Warum diese? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inwiefern glauben Sie, dass Qualitätszuschläge an der von Ihnen genannten Stelle wirksam sind? ▪ Inwiefern glauben Sie, dass Qualitätsabschläge an der von Ihnen genannten Stelle wirksam sind?

6. Thema: Gesamtfazit / Ausblick	
Fragen	
<p>Was ist Ihr Fazit zum Thema Qualitätszu- und -abschläge?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn Sie Pay for Performance ins deutsche Gesundheitssystem einführen würden, wie würden Sie vorgehen? ▪ Möchten Sie uns noch etwas Wichtiges zum Thema mitteilen, wonach wir nicht gefragt haben? 	



Anhang C: Kurzfragebogen zur Studie

Erstellung eines Konzepts zum Thema „Qualitätsorientierte Vergütung mit Zu- und Abschlägen“ – Einzelinterviews mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Expertinnen und Experten mit praktischer Erfahrung im Krankenhausmanagement oder der Krankenhausvergütung und Patientenvertreterinnen und -vertretern

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich kurz Zeit nehmen, ein paar Fragen zu Ihrer Person zu beantworten. Uns interessiert dabei v. a. Ihre berufliche Expertise sowie Ihre (beruflichen) Erfahrungen bzw. Berührungspunkte mit qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen. Sie helfen uns damit, die Ergebnisse der Experteninterviews besser inhaltlich einordnen zu können.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 5 Minuten und ist freiwillig. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und anonym ausgewertet, d. h., niemand kann Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen.

1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

Männlich Weiblich

2. Wie alt sind Sie?

Jahre

3. Bitte nennen Sie uns Ihre gegenwärtige Tätigkeit / Funktion:

4. Bitte beschreiben Sie in kurzen Worten Ihre wissenschaftliche/ berufliche Expertise, die Sie bewogen hat, sich als Expertin / Experte für das Projekt „Qualitätsorientierte Vergütung mit Zu- und Abschlügen“ registrieren zu lassen.

5. Bitte schildern Sie uns Ihre berufliche Laufbahn / akademische Laufbahn (kurz):

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang D: Kurzbeschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Experteninterviews

ID ¹	Geschlecht	Expertise
W.01	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Betriebs-)Wirtschaftswissenschaften ▪ Medizincontrolling ▪ Krankenhausmanagement ▪ Health Care Management
W.02	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsmanagement ▪ Gesundheitsökonomie ▪ Analyse der Krankenhauswahlentscheidung von Patientinnen und Patienten ▪ Arbeiten zur Präferenzmessung ▪ Pay for Performance, Value-based purchasing ▪ Alternative Vergütungssysteme der stationären Versorgung
W.03	Weiblich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wirtschaftspolitik ▪ Gesundheitsökonomie ▪ Durchführung wirtschaftswissenschaftlicher Experimente zu Über- und Unterversorgung sowie Pay for Performance bei Ärztinnen und Ärzten
W.04	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissenschaftliche Forschung zur Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten und zur Struktur von Gesundheitssystemen ▪ Risikokommunikation, Risikokompetenz ▪ Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung
W.05	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitssystemforschung ▪ Gesundheitsmanagement, Integrierte Versorgung ▪ Pay for Performance, Vergütungsmodalitäten stationärer Sektor
W.06	Weiblich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsmanagement, Risikomanagement mit berufspolitischem Engagement auf Landes- und Bundesebene ▪ Qualitätssicherung (EFQM, IQM) ▪ Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung / EbM ▪ Fachärztin
W.07	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Volkswirtschaftswissenschaften Schwerpunkt Gesundheit ▪ Krankenhausversorgung und -finanzierung ▪ Qualitätssicherung (IQM) ▪ Gesundheitsversorgung

ID ¹	Geschlecht	Expertise
P.01	Weiblich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätssicherung ▪ Versorgungsmanagement ▪ Patientenvertretung
KK.01	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Versorgung ▪ Entwicklung von Vergütungssystemen ▪ Erfolgsabhängige Vergütung
KK.01.1	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhaushausstrategie/-recht ▪ Krankenhausfinanzierung ▪ Qualitätssicherung ▪ Budgetverhandlungen stationärer Sektor ▪ Ökonomie
KK.02	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umsetzung Qualitätsverträge nach § 110 SGB V ▪ Krankenhausfinanzierung, Krankenhausvergütung ▪ Budgetverhandlungen stationärer Sektor ▪ Stationäre Versorgung/Rehabilitation
KH.01	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozialwissenschaften ▪ Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik ▪ Arbeitsschutz ▪ Krankenhausbetriebslehre ▪ Krankenhausfinanzierung ▪ Krankenhausmanagement
KH.02	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätssicherung ▪ Medizincontrolling
KH.03	Weiblich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsmanagement ▪ Medizincontrolling ▪ Vergütungssysteme im stationären Sektor/DRG
KH.03.1	Weiblich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhausmanagement ▪ Medizincontrolling ▪ Total Quality Management (TQM)
KH.04	Weiblich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätssicherung ▪ Qualitätsmanagement ▪ Risikomanagement ▪ Umgang mit wirtschaftlichen Kennzahlen und deren Verknüpfung mit Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung ▪ Fachärztin

ID ¹	Geschlecht	Expertise
KH.05	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsökonomie ▪ Qualitätsmanagement ▪ Medizinische Informatik ▪ Gesundheitsökonomie ▪ DRG-System ▪ Facharzt
KH.06	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsmanagement ▪ Risikomanagement ▪ Medizincontrolling ▪ Peer Reviews (IQM) ▪ Externe und interne Qualitätssicherung ▪ Facharzt
KH.07	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betriebswirtschaftslehre ▪ Qualitätsmanagement ▪ Facharzt
KH.07.1	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizincontrolling ▪ Qualitätsmanagement ▪ Qualitätssicherung ▪ Risikomanagement ▪ Krankenhausmanagement ▪ Betriebswirtschaftslehre ▪ Facharzt
KH.08	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wirtschaftswissenschaften ▪ Krankenhausmanagement ▪ (internes) Qualitätsmanagement ▪ Re-Zertifizierungsverfahren nach KTQ ▪ Krankenhausmanagement ▪ Unternehmensberatung
KH.09	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betriebswirtschaftswissenschaften ▪ Qualitätsmanagement ▪ Krankenhausmanagement

ID ¹	Geschlecht	Expertise
KH.10	Weiblich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhausmanagement ▪ Medizinökonomie ▪ DRG-System ▪ Kostenkalkulation ▪ Externe Qualitätssicherung ▪ Budgetverhandlungen ▪ Betriebswirtschaftswissenschaften ▪ Fachärztin
KH.11	Männlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsmanagement ▪ Medizincontrolling ▪ Externe Qualitätssicherung ▪ Krankenhausmanagement ▪ Facharzt

*Sämtliche Daten stammen aus den n = 24 freiwillig ausgefüllten Kurzfragebögen

1: W=Wissenschaft; KK=Krankenkasse; KH=Krankenhaus; P=Patientenvertretung

Anhang E: Ergebnisse der qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews

Tabelle 1: Negative und positive Auswirkungen des DRG-Systems auf die Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Mengenauweitungen und damit verbundene mögliche Verschlechterung der Indikationsqualität und Überversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz zu Mengenauweitungen ggf. ohne gesicherte Indikationsstellung; DRG-System belohnt „Machen“ (z. B. kardiologische Interventionen, „aggressive“ Chirurgie z. B. Magenentfernung bei präfinalem Karzinom, Beatmung von Patientinnen und Patienten in der Notfall- oder Intensivmedizin (sehr hohe Vergütung pro Beatmungstag und damit Anreiz, Patientinnen und Patienten nicht wieder von der Beatmung zu entwöhnen), elektive Bewegungsapparatchirurgie). ▪ Anreiz, auf Leistungserbringerseite dahin zu steuern, wo Erlöse mit möglichst geringem Aufwand erzielt werden können, weil die Fälle planbar sind und/oder sich höhere DRGs abrechnen lassen (abhängig von der Möglichkeit einen Deckungsbeitrag durch die jeweiligen DRGs zu erwirtschaften). ▪ Andere Vergütungsmodalitäten wie Bonuszahlungen für Fallzahlsteigerungen im Rahmen von Zielvereinbarungen können (finanziellen) Anreizen des DRG-Systems entgegenwirken oder diese zusätzlich verstärken.
Stationäre Verweildauer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz, die stationäre Verweildauer möglichst kurz zu halten, um größtmögliche Gewinne aus DRG-Fall zu erwirtschaften, ggf. mit der Folge einer möglichen Verschlechterung der Versorgungsqualität. ▪ Effizienzsteigerung: Anreiz, Patientinnen und Patienten effizienter von der Aufnahme bis hin zur Entlassung zu behandeln (z. B. Vermeidung von unnötigen Wartezeiten). ▪ Bei Abweichungen von der jeweiligen vorgegebenen stationären Verweildauer ist aufseiten der Leistungserbringer ein (sehr) hoher Dokumentationsaufwand notwendig (Rechtfertigung für zusätzliche stationäre Verweildauer), andernfalls tragen die Leistungserbringer selbst die zusätzlich angefallenen Kosten. ▪ Eine angemessene stationäre Verweildauer ist seitens des Krankenhausmanagements / Medizincontrolling ggf. (kodierte DRGs, OPS) nicht überprüfbar. Je nachdem welche DRGs codiert werden und in welcher Reihenfolge können Parameter wie z. B. die stationäre Verweildauer beeinflusst werden.

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
(Systematische) Benachteiligung bestimmter Patientengruppen / Patientenselektion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz, Patientinnen und Patienten abzuweisen / zu verlegen oder zeitlich versetzt mehrfach einzubestellen, um alle relevanten Diagnosen in getrennten stationären Aufenthalten möglichst gewinnbringend abrechnen zu können: komplexe / multimorbide / kostenintensive Fälle (z. B. Patientinnen und Patienten mit alkoholinduzierten Verletzungen / Alkoholintoxikationen, zusätzlichen psychischen Erkrankungen und körperlicher oder Mehrfachbehinderung) können nicht immer adäquat durch das derzeitige DRG-System abgebildet werden (Vergütung nicht kostendeckend).
Interne Konkurrenz auf Fachabteilungsebene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die krankenhausinterne Verteilung der DRG-Erlöse / Kosten ist ggf. abhängig vom (zeitlichen) Anteil der an der Versorgung beteiligten Fachabteilungen einer Patientin / eines Patienten. Dies führt ggf. zu Konkurrenz auf Fachabteilungsebene und setzt krankenhausintern einen Fehlanreiz ggf. auf Kosten der Versorgungsqualität.
Innovationen / medizinisch-technischer Fortschritt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein Anreiz, neuere / innovativere Methoden (Bsp. Nasen-sonde / High-flow-Beatmung) ins Leistungsspektrum aufzunehmen, da diese nicht über das DRG-System abgebildet und abgerechnet werden können (Eigenleistung durch Leistungserbringer).
Förderung von guter / „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein Anreiz für Verbesserungen in der Versorgungsqualität durch die derzeitige Ausrichtung des DRG-Systems. Abrechenbar ist ggf. auch „unzureichende“ Qualität (z. B. Komplikation wird zusätzlich vergütet).
Angebote Prävention / präventive Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein Anreiz, präventive Maßnahmen anzubieten (weder stationär noch ambulant), da „Reparaturen“ vergütet werden.
Komplexität DRG-System	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wird versucht, Fehlanreize, die durch das DRG-System verursacht wurden (z. B. Mengenausweitung), durch weitere Gegensteuerungsinstrumente zu kompensieren (z. B. MDK-Prüfungen). Dies steigert den Aufwand („Interventionsspirale“).
Impulse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wichtige Impulse für den deutschen Krankenhaussektor durch das DRG-System, u. a. z. B. durch einen Beitrag zur Schaffung eines Kostenbewusstseins oder einen Anstoß zur Professionalisierung im Management der Krankenhäuser.

Tabelle 2: Auswirkungen von Krankenhausplanung und -finanzierung, Vorhalten bestimmter Strukturen auf die Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Krankenhausplanung / Planung „aus einer Hand“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Krankenhausplanung, Finanzierung von Strukturen sowie die Vergütung erbrachter Leistungen sollten nicht voneinander getrennt ablaufen (Schnittstellen identifizieren): übergreifende Abstimmung, um mögliche Fehlanreize zu minimieren.
Erfüllung von Strukturvorgaben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Vorhalten bestimmter Strukturen in bestimmten Fachbereichen (z. B. Geburtshilfe, Neonatologie, Notfallversorgung) im Vergleich zu anderen Fachbereichen (z. B. Kardiologie) kann für die Krankenhäuser zu finanziellen Schwierigkeiten führen, da sie dort nicht kostendeckend wirtschaften können. Krankenhäuser streben nach „planbaren Fällen“, da diese den Erlös tendenziell maximieren (Beispiel statistische Modellierung von Infektionsfällen / Jahr). ▪ Das Erfüllen bestimmter Strukturvorgaben kann dazu führen, dass andere Bereiche vernachlässigt werden. Personalressourcen werden dort abgezogen, wo Strukturvorgaben nicht bestehen bzw. gemessen werden, um an anderer Stelle die Vorgaben erfüllen zu können. Dies führt zu einer möglichen Verschlechterung der Versorgungsqualität in Bereichen, in denen keine Qualitätsmessungen stattfinden. ▪ Durch die Erbringung von guter Qualität kann der Leistungserbringer in wirtschaftliche Probleme geraten: Durch die steigende Anzahl von Patientinnen und Patienten müssen entsprechende Strukturen vorgehalten und erweitert werden (z. B. Verdopplung der Geburtenanzahl), ohne zusätzliche Finanzierung. ▪ Strukturvorgaben, wie z. B. das Vorhalten von Hygienefachkräften, Krankenhaushygienikern, müssen zusätzlich finanziert werden. Dass durch die Erfüllung dieser Strukturvorgaben Kosten eingespart werden können, z. B. durch die Vermeidung von Infektionen, sollte sichtbar gemacht werden, um einen Anreiz zu schaffen, diese zusätzlichen Personalkosten zu investieren.
Krankenhausfinanzierung / Budgetplanung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unzureichende Finanzierung des stationären Sektors: Es werden Einsparungen am Personal (bspw. Pflegepersonal) vorgenommen, um Investitionsstau ausgleichen zu können bzw. zu minimieren. Dies führt zu einer möglichen Verschlechterung der Versorgungsqualität. Durch die Unterfinanzierung entsteht ggf. ein zusätzlicher Anreiz für Mengenausweitungen, um zusätzliche Erlöse zu generieren. Schieflagen in der Finanzierung müssen erkannt (z. B. durch Analysen des InEK) und behoben werden.

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhäuser als Unternehmen müssen Gewinne erwirtschaften. Derzeit ist die Versorgungsqualität nicht an Vergütung gekoppelt, daher ist es möglich, auch bei der Qualität zu sparen (bspw. mehrfache Verwendung von Einmal-Artikeln). ▪ Abschläge / Rechnungskürzung (z. B. bei Nicht-Erfüllung von Vorgaben zur Strukturqualität) erfolgt derzeit mit großer zeitlicher Verzögerung, u. a. durch späte Datenlieferungen. Im Rahmen der Gestaltung der sogenannten Erlösbudgets (DRGs und Zusatzentgelte) werden Zu- und Abschläge mit „verrechnet“ und verlieren daher ihre Sichtbarkeit / Wirksamkeit. Abschläge erfolgen nicht leistungsbezogen und ihre Wirksamkeit ist daher fraglich.

Tabelle 3: Auswirkungen durch Zielvereinbarungen / Bonuszahlungen auf Chefarzzebene auf die Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Zielvereinbarungen / Bonuszahlungen auf Chefarzzebene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz zu Mengenausweitungen / Überversorgung durch Bonuszahlungen / Zielvereinbarungen auf Chefarzzebene, die an das Erreichen bestimmter Mengen einer Leistung geknüpft sind (z. B. um Amortisierung bestimmter vorgehaltener Strukturen bzw. Zentren zu sichern) und eine damit verbundene mögliche Verschlechterung der Versorgungsqualität (u. a. Indikationsqualität). ▪ Anreiz zum Erbringen von innovativen / neuen Behandlungsformen oder zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit / Mitarbeiterzufriedenheit durch Bonuszahlungen / Zielvereinbarungen auf Chefarzzebene. Diese verschiedenen Anreize interferieren / konkurrieren ggf. miteinander.

Tabelle 4: Allgemeine / sonstige genannte Auswirkungen der derzeitigen Vergütungsmodalitäten und QS-Verfahren auf die Versorgungsqualität (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Indikationsqualität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wann eine gute Indikationsqualität vorliegt und wann nicht, ist eine schwer zu lösende Aufgabe in der Beurteilung. Die Wegnahme des ökonomischen Drucks würde die Versorgungsqualität maßgeblich verbessern, z. B. in Bezug auf die Entscheidung stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten ohne gesicherte Indikation, aber bei noch freien Kapazitäten des Krankenhauses.

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Belegkrankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konkurrierende Anreizmechanismen hinsichtlich der Vergütung aufseiten der Belegärztinnen und -ärzte (je nach Indikationsstellung Eingriff stationär oder ambulant) und dem Krankenhaus. Die Belegärztin / der Belegarzt bekommt unabhängig, ob er den Eingriff stationär oder ambulant vornimmt dieselbe Vergütung, das Krankenhaus nicht. ▪ Ärztinnen und Ärzte rechnen direkt mit Kassenärztlichen Vereinigungen ab. Sie sind von Qualitätszu- und -abschlägen ggf. nicht betroffen.
Gesundheitskompetenz wird nicht bezahlt, Überversorgung schon	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finanzieller Anreiz auf ärztlicher Seite: (massenhafte) Durchführung von medizinischen Tests (z. B. PSA-Screening, Krebsfrüherkennung) zum einen ohne Evidenzbasierung und zum anderen ggf. mit der Folge von Lebensqualitätsverlust auf Patientenseite. Nicht evidenzbasierte Tests (z. B. Krebsfrüherkennung) werden mitunter höher vergütet als Aufklärungsgespräche. ▪ Anreiz, personelle Ressourcen für Maßnahmen zu verwenden, die ggf. nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen, sondern eher Schaden anrichten (Gefährdung der Patientensicherheit).

Tabelle 5: Auswirkungen im Zusammenhang mit Erfahrungen mit Selektivverträgen (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Zusätzlicher (bürokratischer) Aufwand Selektivverträge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Großer Aufwand durch die Schließung eines Selektivvertrages, z. B. durch Daten, die geliefert werden müssen, zusätzliche Patientenaufklärung, Einholen der Einwilligung der Patientinnen und Patienten für den Selektivvertrag, Information an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (sektorenübergreifend).
Ungleichbehandlung von Patientengruppen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selektivverträge verbessern die Qualität innerhalb der geschlossenen Kooperation für bestimmte Patientengruppen, nicht aber auf übergeordneter Ebene, da Kassen den Anreiz haben, die dadurch erzeugte sehr gute Versorgungsqualität als Wettbewerbsvorteil zu nutzen. Selektivverträge tragen zur Ungleichbehandlung / Unzufriedenheit von Patientinnen und Patienten unterschiedlicher Krankenkassen bei. ▪ Selektivverträge sollten an Qualitätsziele/-aspekte gebunden werden. Die Qualitätsziele sollten neben der Ergebnisqualität auch Themen wie die Indikationsqualität abdecken.
Finanzielle Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IV-Verträge werden als Kostenreduktionsverträge (Rabattverträge) wahrgenommen und sind zu sehr kassenindividuell ausgerichtet. Qualitative Inhalte werden als „Feigenblatt“

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
	<p>wahrgenommen. Unterm Strich ergeben sich ggf. Vergütungsabschlüsse auf Krankenseite.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Anschubfinanzierung im Rahmen von IV-Verträgen hat Leistungserbringer in „Schwingung“ versetzt und zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beigetragen. Die „zusätzliche Finanzierung“ bzw. das Einbehalten von 1 % der Gesamtfinanzierung und das nachträgliche Wieder-Ausbezahlen bei nachweislicher Einführung von innovativen Projekten der Leistungserbringer haben zur Verbesserung der Versorgungsqualität beigetragen (bspw. Garantievereinbarung für Herzklappen). Verträge wurden durch eigene Finanzierung dann über die Anschubfinanzierung hinaus weiter geführt. ▪ Außerbudgetäre IV-Verträge: Patientinnen und Patienten werden Vertragspartnern empfohlen / „zugewiesen“ und können außerhalb des DRG-Systems abgerechnet werden (Steuerungsfunktion, zusätzliche Einnahmen). ▪ Anreiz zu Verbesserung der Versorgungsqualität durch Garantieverträge (z. B. Garantievereinbarungen für Herzklappen). Finanzielle Einbußen bei schlechter Qualität.
Verbesserung der Versorgungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sektorenübergreifende Verträge zur Erhöhung der Versorgungsqualität durch Behandlung „aus einer Hand“ bzw. durch erfolgreiche Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten aus dem stationären und ambulanten Bereich sowie den Leistungserbringern der Reha werden als sinnvolles Instrument wahrgenommen.

Tabelle 6: Allgemeine Aussagen zur Qualitätsmessung und -beurteilung (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Aufwand / Nutzen der externen Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Nutzen in Relation zu dem sehr hohen bürokratischen Aufwand wird infrage gestellt: Sehr hohe Komplexität durch erstens QS-Verfahren und zweitens die damit verbundene Dokumentation sowie drittens die derzeitigen Vergütungsmodalitäten (hohe Komplexität) wird infrage gestellt. ▪ Verfahren des Strukturierten Dialogs bringt einen erheblichen (bürokratischen) Aufwand mit sich, mitunter für Auffälligkeiten, die keine sind (schlechte Operationalisierung / Ausgestaltung der Verfahren). ▪ Der hohe Dokumentationsaufwand (z. B. bei Abweichungen von der stationären Verweildauer) führt indirekt zu weniger verfügbaren Ressourcen, die auf Patientenseite aufgebracht

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
	<p>werden können, z. B. Aufklärung, Information, d. h. ebenfalls zu einer möglichen Verschlechterung der Versorgungsqualität.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gefahr, dass ein sehr großer (bürokratischer) Aufwand betrieben werden muss, um „außerordentlich gute“ Qualität abbilden zu können, der dann nicht mehr in Relation zum Nutzen steht. ▪ Abrechnungsdaten und Daten der externen Qualitätssicherung spiegeln durch die vorgegebenen Kodier-Richtlinien mitunter nicht die medizinische Realität wieder, z. B. bei multimorbiden Patientinnen und Patienten können nicht alle medizinisch relevanten (Neben-) Diagnosen eingetragen werden. Auf Grundlage dieser Daten Analysen über die Versorgungsrealität zu machen birgt die Gefahr von Falschaussagen. ▪ Kodier-Richtlinien entsprechen zum Teil nicht medizinischen Indikationen, sodass Krankenhäuser zu Unrecht auffällig werden. Als Folge der Veröffentlichung im Qualitätsbericht erleiden Krankenhäuser ggf. einen Imageverlust in der Öffentlichkeit. ▪ Das Vorhandensein eines internen Qualitätsmanagements (rechtliche Regelung) lässt keine Aussage über die Qualität des Qualitätsmanagements zu. Die Daten der externen Qualitätssicherung sollten für das Qualitätsmanagement genutzt werden. Daten werden zwar erhoben, nicht aber für eine Verbesserung der Versorgungsqualität bei den jeweiligen Leistungserbringern genutzt. Darüber hinaus erscheint es fraglich, ob durch die Nutzung der Daten überhaupt eine Verbesserung der Versorgungsqualität erzielt werden kann. Andere Instrumente, wie Selektivverträge oder Benchmarkpartner (z. B. andere Leistungserbringer in ähnlicher Aufstellung / Situation) sind besser geeignet, um die Versorgungsqualität zu erhöhen, da ein größerer Nutzen vermutet wird, u. a. durch die Kommunikation darüber und den Austausch der Leistungserbringer untereinander. ▪ Es besteht eine Diskrepanz hinsichtlich der abgebildeten Fälle mit den jeweiligen OPS / ICD, die nicht widerspiegeln, wie hoch der Schweregrad der Erkrankung einer Patientin / eines Patienten tatsächlich ist. Für das Medizincontrolling ist auf Grundlage der Daten mitunter nicht ersichtlich, wie hoch der Schweregrad einer Erkrankung tatsächlich einzustufen ist. Als Folge können falsche Schlüsse gezogen werden (z. B. Warum wurde die Patientin / der Patient nicht längst entlassen?).
Datenmanipulation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz zur Datenmanipulation, um nicht außerhalb der durch die jeweiligen QS-Verfahren vorgegebenen Referenzbereiche zu liegen. Als Folge sind ggf. keine verlässlichen Auswertungen auf Grundlage der Daten möglich und somit wird die Versorgungsrealität ggf. nicht mehr hinreichend abgebildet.

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz in Leistungsbereichen, die nicht vergütungsrelevant sind, weniger gut zu dokumentieren (z. B. erhöhte Anzahl „missing values“). Als Folge können bestimmte Aspekte nicht oder nur mit Einschränkungen ausgewertet werden. ▪ Anreiz zur Datenmanipulation, um ggf. keinen Imageverlust hinnehmen zu müssen. Qualitätssicherung nach § 137 SGB V war ursprünglich zur internen Dokumentation / Überprüfung der Qualität in den jeweiligen Krankenhäusern gedacht. Durch den Beschluss zur Veröffentlichung der Daten (z. B. Qualitätsberichte) wächst auf Leistungserbringerseite der Druck nach außen gut dazustehen. Krankenhäuser, die ehrlich dokumentieren, stehen mitunter schlechter da, als Krankenhäuser, die ihre Daten manipulieren. Dies wird als ungerecht empfunden. ▪ Die Qualitätsbeurteilung fällt ggf. bei vollständigeren Daten / besseren Daten für die liefernden Krankenhäuser im Vergleich zu denen, die weniger vollständige Daten liefern, ggf. schlechter aus. Die Krankenhäuser werden also dafür „bestraft“, dass sie vollständigere / bessere Daten liefern. ▪ Anreiz, Fälle aus zwei Standorten auf einen Standort umzulenken, um entsprechende Mindestmengen zu erreichen. Hinsichtlich der Standorte war es in der Vergangenheit möglich, bezüglich der Auswertung willkürlich die Standorte zu Auswertungseinheiten zusammenzufassen. Aus Patientensicht führt dies zu einer Intransparenz, da die Erwartungshaltung ist, dass die Betrachtungsebene das Krankenhaus ist, in das die Patientin / der Patient geht (organisatorische Einheit versus physikalische Einrichtung).
Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz, auf Leistungserbringerseite unerwünschten Ereignissen hinsichtlich der Qualitätsstatistiken (Transparenz / Imageverlust) entgegenzuwirken (z. B. Mortalitätsraten). Dies geschieht nicht zwangsläufig durch eine Verbesserung der Versorgungsqualität, sondern durch die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen (Todesfällen) im eigenen Zuständigkeitsbereich oder durch Patientenselektion.
Beeinträchtigung der Messung durch Software Probleme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilweise unzureichende Softwaregestaltung bei QS-Verfahren, die es beispielsweise nicht zulassen, Sachverhalte korrekt abzubilden (z. B. keine adäquate Umsetzung der Aufgreifkriterien). ▪ Mitunter lange Zeiten für die Fehlerbehebung von bereits aktuell genutzter Software, sodass die Dokumentation über längere Zeiträume nicht korrekt erfolgen kann.

Tabelle 7: Voraussetzungen der Qualitätsmessung und -beurteilung (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Rechtssicherheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gefahr, dass die Beurteilung von „außerordentlich guter“ / „unzureichender“ Qualität nicht justiziabel sein wird. Erwartet werden vermehrte gerichtliche Auseinandersetzungen.
Zuordenbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Ergebnis muss zuordenbar sein, damit Zu- oder Abschläge an entsprechend richtiger Stelle angewendet werden können.
Verlässliche Daten-grundlage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Defizit an grundlegenden Daten: Um eine adäquate Beurteilung der Versorgungsqualität vornehmen zu können, muss eine entsprechende Datengrundlage vorliegen. ▪ Aus wissenschaftlicher Perspektive können keine verlässlichen Aussagen getroffen werden, da keine belastbare Datengrundlage vorhanden ist (Bsp. Sicherstellungszuschläge: Es bestehen ökonomische Defizite aufgrund von bestimmten Strukturen in einer Region oder es ergeben sich die Defizite aufgrund von schlechter Führung). ▪ Daten aus der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V reichen nicht aus bzw. sind nicht umfassend genug, um die erbrachte Qualität in den Krankenhäusern intern beurteilen zu können. Anreiz andere <i>tools</i> von extern einzubeziehen, um dies zu ermöglichen.
Validität der Qualitätsmessung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Derzeit keine Überprüfung adäquater Indikationsstellung möglich. ▪ Ergebnisqualität im stationären Sektor ist schwierig zu erfassen und zu beurteilen. Nebenwirkungsfreie Anreizmechanismen zu schaffen ist eine große Herausforderung.
Identifikation adäquater Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikatoren / Kriterien zur Bewertung von „außerordentlich guter“ Versorgungsqualität / Exzellenzqualität sind schwierig zu identifizieren. Sie müssen mitunter auch unterschiedlich gewichtet werden. ▪ Qualitätssicherung nach § 137 SGB V Grundlage für Qualität. Darüber hinaus weitere Indikatoren in Bereichen, die nicht durch die Qualitätssicherung nach § 137 SGB V abgedeckt werden. Gemessen werden Standards keine Exzellenz.
Gewichtung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ggf. adäquate Gewichtung der einbezogenen Qualitätsdimensionen.
Risikoadjustierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine adäquate Risikoadjustierung muss sichergestellt sein. Neben der Risikoadjustierung auf Patientenebene würde ggf. auch eine Risikoadjustierung auf Einrichtungsebene sinnvoll erscheinen.
Strukturierter Dialog	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein adäquates Verfahren für das Stellungnahmeverfahren / den Strukturierten Dialog muss sichergestellt sein.

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Vergleichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ermöglichung eines fairen Einrichtungsvergleichs.
Fallzahlen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallzahlen als belastbare Datengrundlage in bestimmten Bereichen müssen beachtet werden, um Aussagen über „unzureichende“ / „außerordentlich gute“ Qualität zu machen.
Transparenz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aus Patientensicht ist es mittels derzeitiger Informationen (z. B. Qualitätsbericht) nicht möglich zu erkennen, wo und wo nicht „außerordentlich gute“ bzw. „unzureichende“ Versorgungsqualität erbracht wird.

Tabelle 8: Berücksichtigung der Bewertungsebene (Aussagen der befragten Expertinnen und Experten)

Thema	Zusammengefasste und paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten
Bewertungsebene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsbewertung auf Fachabteilungsebene bzw. fachabteilungsübergreifend, da mehr als eine Fachabteilung an der Versorgung einer Patientin / eines Patienten beteiligt ist. Die Bewertungsebene sollte ggf. individuell berücksichtigt werden. ▪ Übergreifende Bewertung: Bewertung der Qualität sollte nicht auf Ebene von Einzelindikatoren erfolgen, sondern auf einer komplexeren Ebene, d. h. mittels Qualitätsindex, Indikatorenset. ▪ Aus Patientensicht sollte die Qualität sektorenübergreifend bewertet werden: was passiert vor dem stationären Aufenthalt, was passiert währenddessen und wie geht die Therapie/Reha/Versorgung danach weiter. ▪ Qualitätsmessung auf Systemebene, um den Zugang für verschiedene Bevölkerungsgruppen sicherzustellen, erscheint sinnvoll, wenn hierdurch die Krankenhausplanung / ambulante Bedarfsplanung verbessert werden kann.