

## **Positionspapier des VLK zur Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren**

### **1.**

Der VLK unterstützt ausdrücklich eine sachgerechte und mit Augenmaß geführte „Qualitätsoffensive“, die zu einer Verbesserung der qualitativen Standards bei der Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich führen kann.

### **2.**

Vor diesem Hintergrund hat der VLK erhebliche - methodische und inhaltliche - Bedenken, dass dieser Weg auf der Basis des vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vorgelegten Abschlussberichtes zur „Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ zielführend beschränkt werden kann.

Aus VLK-Sicht sind hier folgende Kritikpunkte anzuführen.

- 2.1** Aus Sicht des IQTIG ist die Patientengefährdung das entscheidende Selektionskriterium für die Beurteilung planungsrelevanter Indikatoren, anhand derer unzureichende Qualität der Leistungserbringung im Krankenhaus gemessen werden soll.

Das Konzept „Patientengefährdung“ ist abzulehnen und steht im Widerspruch zu dem international üblichen Prinzip der Patientensicherheit und Prävention, das – im Gegensatz zum Konzept „Patientengefährdung“ - nicht auf der Suche nach Schuld und Strafe basiert. Der Begriff „Patientengefährdung“ stammt aus dem Katastrophenschutz und ist nach Expertenmeinung rechtsunsicher. Es handelt sich um ein Konstrukt zur Legitimierung der Einschränkung der beruflichen Praxis in Planungsentscheidungen. Es ist zu befürchten, dass die positiven Entwicklungen in der Qualitätsverbesserung durch dieses Konzept langfristig gefährdet werden.

- 2.2** Durch das für die Auswahl der mit Qualitätsindikatoren zu überziehenden Fachbereiche gewählte Repräsentationsprinzip wurden zwei Leistungsbereiche ausgewählt, die für qualitätsorientierte Krankenhausplanung eine allenfalls geringe Aussagekraft und Relevanz aufweisen. Politisch gewollte Vorgaben sind im Bereich der Herzchirurgie bereits erfüllt. Dies hat dazu geführt, dass dieses Fachgebiet im letzten Moment wieder entfernt wurde und nur der Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe und Mamachirurgie übrig blieb. Dabei handelt es sich um zu kleine Fachbereiche, d.h. sie sind für relevante Gesamtaussagen über die Qualität eines Krankenhauses ungeeignet.

- 2.3** Vor dem Hintergrund existenzbedrohender Konsequenzen der Anwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Krankenhäuser ist eine stark ausgeprägte Evidenz-Basierung notwendig, auch um die Rechtssicherheit der empfohlenen Qualitätsindikatoren zu gewährleisten. Der Nachweis des Zusammenhangs zwischen Prozessstandard und potentiellm Schadensereignis muss demnach wissenschaftlich hochgradig abgesichert sein. Dies ist bei einem Teil der ausgewählten Indikatoren nicht gegeben.

- 2.4** Bei der Validierung der von den Krankenhäusern an die Daten-Annahme-Stelle gelieferten Daten der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) bedarf es der qualitativen Aufrüstung des MDK, indem ausschließlich Fachärzte und – wo entsprechend der Weiterbildungsordnung gegeben – Fachärzte mit Schwerpunkt eingesetzt werden.
- 2.5** Die im Vorbericht noch „Verifizierung der Daten“ genannte, jetzt als „Kommentierungsverfahren“ inklusiver fachlicher Klärung bezeichnete abschließende Stellungnahme des IQTIG von auffälligen Leistungserbringern bedarf einer Klärung hinsichtlich der Einbindung eines Teams medizinischer Fachexperten. Sie müssen einerseits vor jeder planungsrelevanten Entscheidung zwingend hinzugezogen werden, andererseits bedarf es eines Besetzungsrechts durch die Fachgesellschaften (mindestens 50 %). Die Argumentation des IQTIG, dass Fachexperten durch ihre Zugehörigkeit zu den Leistungserbringern nicht frei von Interessenskonflikten seien und daher nicht beteiligt werden können, wird strikt abgelehnt. Mit dieser Argumentation wäre keines der in der Qualitätssicherung erfolgreich eingeführten Peer Review-Verfahren mehr möglich.
- 2.6** Stellungnahme der Einrichtung: Das IQTIG lässt keine Einzelfallanalysen zu, sondern nur Ausnahmekonstellationen der Kliniken zu spezifischen Risikokonstellationen einer Klinik, die nicht in der Risikoadjustierung berücksichtigt sind, da alle anderen Faktoren in den statistischen Verfahren bewertet sind. Diese Argumentation ist abzulehnen, da die Risikoadjustierung der esQS unzureichend ist. Es sollen nur systematische Einflüsse erfasst werden, die es aber bei der Bewertung von Komplikationen häufig nicht gibt, insbesondere wenn diese selten auftreten. Hier ist die medizinische Konstellation des Einzelfalles mit all seinen Facetten entscheidend für die Bewertung, wie sie heute üblicherweise in Peer Review Verfahren bewertet wird.
- 2.7** Die für den Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe vom IQTIG empfohlenen Qualitätsindikatoren waren aus VLK-Sicht bereits als esQS Indikatoren überholt und ungeeignet und sind erst recht für den geplanten Zweck der Planungsrelevanz teilweise ungeeignet bzw. nach derzeitigem Stand des medizinischen Wissens nur zu einem geringen Teil zielführend. Sie beinhalten besonders im Bereich der Geburtshilfe einen hohen Fehlanreiz zu einer Steigerung der Kaiserschnitte oder zur Unterdokumentation von Komplikationen.
- 2.8** Es dürfen nicht ungeeignet esQS aus dem Fachbereich Gynäkologie nur deshalb zum Einsatz kommen, um das Repräsentationsprinzip zu erhalten, um in einer Art Testlauf für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu ermöglichen, der die Übertragung von esQI in andere Fachbereiche vorbereitet.

### **3.**

Nach Auffassung des VLK kann die vorgenannte Zielstellung einer sachgerechten „Qualitätsoffensive“ - nämlich die Verbesserung der qualitativen Standards bei der Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich - nachhaltig nur durch folgende Vorgehensweise erreicht werden:

- 3.1** Es müssen aussagefähige Indikatoren für die Bewertung der Ergebnisqualität der Krankenhausleistungen entweder aus dem Pool der esQS-Daten entnommen oder anderenfalls neu erarbeitet werden. Neue Indikatoren zur Ergebnisqualität, die wissenschaftlich fundiert und rechtssicher entwickelt werden, sind nicht im Schnellverfahren bereitzustellen, sondern erfordern einen Zeitraum von bis zu 10 Jahren. Sie müssen manipulations- und rechtssicher sein und einen möglichst geringen Fehlanreiz bieten.
- 3.2** Die Heranziehung von Indikatoren zur Struktur- und Prozess-Bewertung von Krankenhausleistungen sollte vor dem Hintergrund möglicher existenzgefährdender Konsequenzen für die Krankenhäuser nicht oder nur bei gesicherter Gegenfinanzierung erfolgen. Bei diesen Indikatoren werden aller Voraussicht nach kostenintensive Vorgaben im Personal- und Sachkostenbereich durch den G-BA getätigt, die vor dem Hintergrund der seit Jahren zu konstatierenden Unterversorgung der Krankenhäuser im Betriebskostenbereich und vor allem auch im Bereich der Investitionsfinanzierung nur schwer erfüllt werden können.
- 3.3** Zur Vermeidung einer in qualitativer Hinsicht unterschiedlichen Entwicklung der stationären Versorgung in den einzelnen Bundesländern macht die Vorgabe planungsrelevanter Qualitätsindikatoren nur dann Sinn, wenn die entwickelten Qualitätsindikatoren bundesweit einheitlich angewendet werden müssen.
- 3.4** Das gesamte Verfahren im GBA und IQTIG bedarf dringend einer Transparenz. Es liegen von 51 Fachgesellschaften und Verbänden Stellungnahmen zu dem Vorbericht des IQTIG vor, die konkrete, wissenschaftlich begründete Einwände gegen das jetzt geplante Verfahren enthalten. Sie sollen beim IQTIG bis zur Abschlussentscheidung in der Sache beim GBA unter Verschluss bleiben. Dies verhindert jeden konstruktiven Dialog in diesem komplexen Verfahren zwischen den medizinischen Fachleuten und dem GBA/IQTIG in der entscheidenden Phase der Entwicklung. Dies ist nicht zu akzeptieren, da es zu unausgewogenen Entscheidungen vor allem bei den Mehrheitsverhältnissen im GBA führt.