

A rbeitsgemeinschaft der	<i>Association of the</i>
W issenschaftlichen	<i>Scientific</i>
M edizinischen	<i>Medical</i>
F achgesellschaften e.V.	<i>Societies in Germany</i>



Berlin, 06.06.2017

Stellungnahme
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
(AWMF)
zum Vorbericht
„Qualitätsorientierte Vergütung Teil 1: Qualitätszu- und –abschläge“
Stand: 04. Mai 2017
des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
zum Auftrag des G-BA vom 20.10. 2016

Die AWMF wurde am 04.05.2017 um eine Stellungnahme zu oben genanntem Vorbericht des IQTIG gebeten. Die AWMF hat ihrerseits ihre Mitgliedsfachgesellschaften gebeten, bei gegebenem Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen. Die bis einschließlich 05.06.2017 bei der AWMF eingegangenen Stellungnahmen von 8 Fachgesellschaften sind der Stellungnahme der AWMF als Anlage beigefügt (s. Anlage 1). Wir verweisen zudem auf die Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF). In diesen Stellungnahmen finden sich auch Kommentare zu Aspekten, die im Folgenden nicht adressiert sind und die wir zu berücksichtigen bitten.

Die AWMF begrüßt die ausführliche Darlegung der spezifischen Methodik, nach der das IQTIG sich in einem ersten Schritt der Einführung eines qualitätsorientierten Vergütungsverfahrens (Pay for Performance, P4P) in Deutschland durch Auswahl eines einzelnen Leistungsbereichs als Erprobungsschritt annähern will. Naturgemäß kann ein Vorbericht als Erstentwurf nicht vollständig ausgereift sein. Allerdings sehen wir substantielle Verbesserungspotentiale, deren Ausschöpfung wir für die Finalisierung eines weitergehenden Entwurfs als besonders dringlich ansehen und auf die wir im Folgenden eingehen.

1. Allgemeine Anmerkungen

Mit dem vorliegenden Papier kommt das IQTIG dem Auftrag des G-BA von Oktober 2016 nach, wonach die Vorgaben, die sich aus dem Krankenhausstrukturgesetz in Hinblick auf die Einführung von Leistungen oder Leistungsbereichen mit „qualitätsorientierten Zu- oder Abschlägen“ ergeben, in drei Schritten umgesetzt werden sollen. Im Auftrag wird ausgeführt: „Da gemäß § 136b Abs. 9 Satz 1 SGB V ein erster Beschluss des G-BA bis zum 31. Dezember 2017 zu erfolgen hat, sehen die Schritte 1 und 2 der Beauftragung des Instituts nach § 137a SGB V vor, zunächst Leistungen oder Leistungsbereiche aus dem Kontext der QSKH-RL

auszuwählen.“¹ Erst im dritten Schritt (ab 2018) soll das IQTiG ein Konzept für die zukünftige Neuentwicklung von QS-Verfahren für Qualitätszu- und Abschlüsse entwickeln.

Der Rückgriff auf bestehende Indikatoren der esQS in den ersten beiden Schritten wird im Vorbericht des IQTiG, wie auch im Auftrag des G-BA, mit der kurzen Frist bis zur erforderlichen Vorlage erster Ergebnisse begründet.

Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass mit dem Krankenhausstrukturgesetz ein ganzes Bündel von Maßnahmen für die stationäre Versorgung als Antwort auf demografische und regionale Änderungen in der Bevölkerungsstruktur beschlossen wurde, die alle mit einer sehr kurzen Frist im Verlauf des Jahres 2017 umzusetzen sind.

Wenn wir im Folgenden den vorgelegten Vorbericht in Bezug auf das Fehlen eines Gesamtkonzepts kritisieren, tun wir dies in dem Bewusstsein, dass der Gesetzgeber selbst die rasche Realisierung möglichst vieler Maßnahmen avisiert hat (Stichwort: Qualitätsoffensive). Dem gegenüber wäre aus wissenschaftlicher Sicht die Gestaltung eines Gesamtkonzepts im Sinne einer evidenzbasierten Strategie zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung vordringlich.

Wir teilen in diesem Kontext die an verschiedenen Stellen des Vorberichts durch das IQTiG formulierten Limitationen und Risiken dieses Ansatzes. Wir vermissen jedoch die Konsequenz, die aus unserer Sicht bestehen muss in der Vorsehung eines Plans zum systematischen Monitoring der Einführung und zur Evaluation der potentiellen (erwünschten und unerwünschten) Effekte dieses mächtigen und nicht durch konsistente, belastbare Evidenz gestützten Ansatzes zur Versorgungssteuerung.

Das IQTiG hätte als unabhängiges wissenschaftliches Institut auf Grundlage der Literatur hierzu Empfehlungen und Vorschläge unterbreiten können².

2. Anmerkungen zu Einzelaspekten des Vorberichts

- Einzelbeispiel bei fehlendem Gesamtkonzept

Dies ist das zweite spezifische Methodenpapier des IQTiG, das zu Qualitätssicherungsverfahren entwickelt wurde, die für die deutsche Versorgung eine neue Dimension der externen Qualitätssicherung bedeuten. Dabei stellt das IQTiG hier, ähnlich wie beim ersten Bericht zur Einführung Planungsrelevanter Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser³ heraus, dass die vorliegenden Ausführungen aus Zeitgründen als eine erste Erprobung an einem Beispiel zu verstehen sind unter Verwendung existierender Indikatoren aus der externen Qualitätssicherung.

Es ist zu betonen, dass diese Indikatoren(-sets) primär für die Qualitätsförderung entwickelt wurden. Für die speziellen Zwecke der neuen Versorgungssteuerung wurden sie weder entworfen noch validiert oder wenigstens getestet. Auch daher bleibt völlig unverständlich, dass ein Konzept zum Monitoring und zur Evaluation fehlt.

¹ IQTiG. Qualitätsorientierte Vergütung Teil 1. Vorbericht zu Schritt 1 des Auftrags Qualitätszu- und Abschlüsse. Stand: 04.05.2017. Vertrauliches Dokument zur Vor-Begutachtung.

² Beispiel: Witter et al. Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. BMC Health Services Research 2013, 13:367

³ IQTiG. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. Stand: 31.08.2016. Verfügbar: https://www.iqtig.org/downloads/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitaetsindikatoren_Abschlussbericht.pdf, Zugriff am 05.06.2016

- **Nicht – Überschneidung als Auswahlkriterium**

Bei der Beschreibung des Auswahlprozesses für den Leistungsbereich wird als Ausschluss-Kriterium unter anderem eine „Überschneidung mit anderen Vergütungsmodellen mit qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen und/oder regulativen QS-Verfahren“ genannt, konkret mit Indikatoren, die für den Zweck der Planungsrelevanten Indikatoren oder für Qualitätsverträge herangezogen wurden. (S.32, 4.1.2). Dabei wird auf einen Kommentar zum Gesetzestext rekurriert, der besagt, dass Überschneidungen vermieden werden sollen. Andererseits wird ein weiterer Kommentar zitiert:

„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).

Gleich zu Beginn stellt sich hier erneut das Manko eines fehlenden Gesamtkonzepts dar mit einem fehlenden nachvollziehbaren Ineinandergreifen der bisher existierenden und der neu dazu gekommenen Maßnahmen. Dieses soll erst „zu einem späteren Zeitpunkt“ erfolgen. Auch aus diesem Grund erscheint eine Erprobung am Beispiel zwar pragmatisch machbar, aber nicht zielführend. Aus Sicht der AWMF wird mit der Einzelbetrachtung lediglich suggeriert, dass diese in ihren Effekten auch einzeln beurteilt werden könnte⁴.

Erneut vermissen wir hier ein Konzept zum Monitoring und zur Evaluation.

- **Indirektes Verfahren als Auswahlkriterium**

Das IQTIG argumentiert, dass es sinnvoll sei, leistungsorientierte Vergütung mit einem indirekten Verfahren zu erproben, das heißt einem Verfahren, das über die Landesgeschäftsstellen abgewickelt wird, die auch den Strukturierten Dialog zu diesem Verfahren durchführen. Der Grund wird in den regional zu treffenden Konsequenzen gesehen wie Budget Verhandlungen, für die auf Landesebene entsprechende Ressourcen zur Verfügung stehen müssten. Damit das Verfahren für den neuen Zweck geeignet ist, ist eine Vereinheitlichung mit nachvollziehbaren, nationale geltenden Festlegungen für den Strukturierten Dialog erforderlich.

Die Einbeziehung der Landesgeschäftsstellen ist in diesem Zusammenhang zu begrüßen, da diese sicher über mehr Kompetenz und Anerkennung verfügen als andere Akteure.

Allerdings ist die Implementierung dieses neuen strukturierten Dialogs nach Einschätzung der AWMF mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Zudem werden bislang die konkreten Kriterien und die Ausgestaltung der Umsetzung nicht transparent gemacht. Wir halten Empfehlungen zur Ausgestaltung des strukturierten Dialogs unter den neuen Rahmenbedingungen aber für erforderlich (siehe hierzu auch die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)).

⁴ Siehe auch Stellungnahme der AWMF zum Methodenpapier des IQTIG, verfügbar: http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/AWMF_Stellungnahme_IQTIG_Metho den1.0sf2017-03-30.pdf. Zugriff am 05.06.2017

- Auswahl eines ersten Leistungsbereichs

Allgemeinem Verständnis entsprechend, argumentiert das IQTiG mit Referenz auf eine neuere Publikation (Kondo et al. 2016), dass das Kriterium „Verbesserungspotential“ ein geeignetes Auswahlkriterium für einen ersten Leistungsbereich von Indikatoren mit Zu- und Abschlägen sei.

Allerdings nimmt es dabei nicht in den Blick, ob die im Gesetzestext aufgeführten „Anreize zur Verbesserung der Qualität“ durch die – neben den bereits etablierten Massnahmen der im Rahmen der esQS angewendeten Maßnahmen – einzuführenden Maßnahmen der Zu- und Abschläge für den ausgewählten Leistungsbereich sinnvoll erreicht werden können. Auch wird die Risikoadjustierung unterschätzt, insbesondere für den schliesslich ausgewählten Leistungsbereich.

Der ausgewählte Leistungsbereich „Hüftkopfnähe Femurfrakturen“ wird bereits seit Jahren im Rahmen der esQS beobachtet. Für einen der hier erfassten Indikatoren (präoperative Verweildauer) schreibt die Bundesfachgruppe des AQUA Institut 2013 bereits im Qualitätsreport⁵: „Auffällig im Zusammenhang mit einer erhöhten präoperativen Verweildauer ist auch, dass der Anteil der an einem Freitag aufgenommenen Patienten, die länger als 48 Stunden auf ihre Operation warten mussten, auch in diesem Jahr mit 19,2 % (2012: 14,3 %) deutlich über dem der anderen Wochentage (Montag — Donnerstag im Durchschnitt 11,5 %, Samstag 16,2 %, Sonntag 10,2 %) liegt. Laut Bundesfachgruppe sind hierfür mutmaßlich strukturelle Defizite verantwortlich, die in einer eingeschränkten Personaldecke an Wochenenden ihre Ursachen haben könnten. Somit ergibt sich für diesen Indikator ein Hinweis auf ein strukturelles Defizit an Personal, das über Abschläge potentiell verstärkt werden könnte. Keinesfalls können aufgrund der bisher erhobenen Daten Abschläge als Anreiz zur Verbesserung geeignet sein. Dies wird dadurch verstärkt, dass das Gesetz zur Behebung des Mangels nur ein Jahr Zeit vorsieht. Es ist eher wenig vorstellbar, dass unter wirtschaftlichen Aspekten das Risiko eines Abschlags in Kauf genommen wird. Eher ist vorstellbar, dass die Leistung bewußt nicht mehr angeboten wird.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass mehr als 60% der betroffenen Patinten/Patientinnen und Patienten ein hohes perioperatives Risiko aufweisen (ASA 3), welche potentiell eine präoperative Vorbereitung zur Risikominimierung, beispielsweise in Hinblick auf kardiovaskuläre Ereignisse, benötigen könnten⁶.

Ca. 45% der Krankenhäuser können auf der anderen Seite nach dem bisherigen Bericht auch bei vorgelegter überdurchschnittlicher Qualität allein aufgrund ihrer geringen Fallzahl (> 40) keinen Zuschlag erhalten. Somit fällt für viele diese vorgesehene Motivation zur Leistungssteigerung weg. Zu weiteren, ggf. juristischen Aspekten dieser Einschränkung siehe auch die Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Abschläge in der vorgesehenen Umsetzung für die ausgewählte Leistung potentiell nicht geeignet sind, Qualität zu verbessern und Zuschläge ebenso potentiell nicht für eine Qualitätsverbesserung geeignet sind. Dem stehen substantielle Risiken in Hinblick auf die Entwicklung patientenrelevanter outcomes gegenüber.

⁵ Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA). Qualitätsreport 2013. Verfügbar: <http://www.sgg.de/sqg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2013/AQUA-Qualitaetsreport-2013.pdf>. Zugriff am 05.06.2017

⁶ IQTiG. Qualitätsreport 2015. Verfügbar: <https://www.iqtig.org/ergebnisse/qualitaetsreport/> Zugriff am 06.06.2017

Es ist vom IQTIG im zweiten Schritt sehr sorgfältig zu prüfen, inwieweit andere Leistungen oder Leistungsbereiche der vorhandenen esQS – Indikatoren hier besser geeignet sind. Wir verweisen hierzu beispielhaft auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK).

- **Evidenz als Kriterium für den ausgewählten Leistungsbereich**

Zu Recht folgt das IQTIG der Empfehlung von Kondo et al, 2016: „Process-of-care measures should be evidence-based“.

Das IQTIG prüft die Evidenzgrundlage zunächst auf Grundlage von Leitlinien, im Weiteren, sofern in den Leitlinien keine ausreichende Darlegung gefunden wird, mittels systematischer Übersichtsarbeiten. Dies ist im Sinne der Arbeitseffizienz grundsätzlich sinnvoll. Schwierig wird dies jedoch, wenn, wie beispielsweise bei dem Indikator zur präoperativen Verweildauer bei hüftgelenknaher Femurfraktur, Leitlinien und systematische Reviews lediglich Evidenz moderater oder geringer Qualität für die dem Indikator zugrundeliegende Empfehlung feststellen (s.a. Stellungnahme des DNEbM). Der Konsens von Klinikern und Patienten über die Relevanz eines Indikators bleibt bei der rein formal-methodischen Betrachtung außen vor.

Der Nutzer erfährt nicht den Grund für die Einschätzung der (Studien-)Evidenz und keine Information zur Frage, wie ergänzend die Perspektive von Klinikern und Patienten berücksichtigt wurde. Zudem wird suggeriert, dass es ausreicht, wenn ein Indikator allein auf Studien gegründet ist, unabhängig von deren Qualität. Dies ist auch im Hinblick auf die erforderliche Rechtssicherheit als kritisch zu bewerten (s.a. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, DGOU).

- **Bilden eines Indikatorensets:**

Es wird nicht deutlich, warum das IQTIG grundsätzlich von Indikatorensets ausgeht (Siehe auch Stellungnahme des DNVF).

- **Heranziehen von Ergebnisindikatoren**

Die vom IQTIG für die hüftgelenknahe Femurfraktur herangezogenen Ergebnisindikatoren in Bezug auf die osteosynthetische Versorgung sind in hohem Maße patientenrelevant.

Gerade für Ergebnisindikatoren stellt sich aber die Frage nach der Risikoadjustierung (siehe auch Stellungnahme der DGK). Unseres Erachtens kann sich das IQTIG in deren Beurteilung nicht auf die angegebene Einzelbetrachtung zurückziehen.

Abschließende Bemerkung

Das IQTIG hat in der ihm vom G-BA gesetzten Frist politische Vorgaben aus dem Krankenhausstrukturgesetz umzusetzen. Allerdings steht dem IQTIG als unabhängigem wissenschaftlichen Institut nach unserem Verständnis die Bewertung dieser Vorgaben und deren Weiterentwicklung durch wissenschaftlich begründete Beratung, bzw. Unterbreitung wissenschaftlich begründeter Vorschläge zu einer optimalen Umsetzung im Interesse der Patienten/ Bürger offen. Wir würden uns wünschen, dass das IQTiG von diesen Möglichkeiten mehr Gebrauch macht.

Vordringlich ist aus unserer Sicht die Entwicklung eines Konzepts zum Monitoring und zur Evaluation der neuen QS-Verfahren.

Der im ersten Schritt zur Erprobung der qualitätsorientierten Vergütung ausgewählte Leistungsbereich sollte zunächst einer Testung unterzogen werden, um einerseits die Praktikabilität sowie erwünschte/unerwünschte Effekte abschätzen zu können und andererseits es allen am Verfahren Beteiligten zu ermöglichen, vor einem Routinebetrieb Erfahrungen mit dem neuen QS-Verfahren zu sammeln.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit sehr gern zur Verfügung.

Dr. med. Monika Nothacker, MPH, nothacker@awmf.org

Prof. Dr. med. Ina B. Kopp, kopp@awmf.org

Anlage 1: Stellungnahmen von Fachgesellschaften und DNVF

1. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM)
2. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
3. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)
4. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
5. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
6. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)
7. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
8. Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)