

## **Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung zu den vom IQTIG vorgelegten „Methodische Grundlagen; Entwurf für Version 2.0, Stand: 16. August 2021“**

(Bearbeitung: AG QPSF, Mitwirkende hier: Geraedts, Döbler, Kuske)

### Zu Kapitel 1 „Qualität der Gesundheitsversorgung“

Die im Rahmenkonzept benannten Qualitätsdimensionen sind nachvollziehbar, auch wenn die Gleichstellung von Dimensionen, die international zum Teil als Subkategorien verstanden werden, eine Besonderheit darstellt.

In Bezug auf die Betrachtung der Systemqualität wird die Dimension der Versorgungsgerechtigkeit angesprochen. Hier gibt es international eine Diskussion, dass Versorgungsgerechtigkeit nicht nur auf der Systemebene, sondern gerade auch auf der Ebene individueller Leistungserbringer geprüft werden sollte, da Lücken in der Diskriminierungsfreiheit der Gesundheitsversorgung in fast allen Systemen offensichtlich sind. In Anbetracht der Tatsache, dass in Deutschland 25 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund haben und diese Gruppe zum Teil von Diskriminierungserfahrungen berichtet, wären hier also nicht nur Einzelfälle betroffen. Hierzu wäre also zu prüfen, ob diese Dimension noch im Rahmenkonzept zusätzlich benannt werden sollte.

In Anlehnung an die WHO und an das Institute of Medicine der National Academies of Sciences wird die Qualität der Gesundheitsversorgung wie folgt definiert: „Qualität der Gesundheitsversorgung ist der Grad, in dem die Versorgung von Einzelpersonen und Populationen Anforderungen erfüllt, die patientenzentriert sind und mit professionellem Wissen übereinstimmen.“

Diese Definition vereint sowohl den konsentierten grundsätzlichen Begriff von Qualität (DIN-Norm EN ISO 9000:2015) als auch ausgewählte qualitätsattribuierte Anforderungen wie „patientenzentriert“ und „Übereinstimmung mit professionellem Wissen“. Es wird an dieser Stelle eine Auswahl getroffen, die die Ebenen der Qualitätsdimensionen nicht berücksichtigt. Der Begriff professionelles Wissen, sollte auch näher erläutert werden. Ebenso greift die vorgeschlagene Definition zu kurz, da sie nicht die Formulierung der „inhärenten Merkmale“ (DIN-Norm EN ISO 9000:2015) der Versorgung aufgreift, welche notwendig ist, um eine Operationalisierbarkeit/Messbarkeit der Qualitätsanforderungen herzustellen.

Das Subkapitel 1.1 sollte nicht getrennt vom Subkapitel 1.2 betrachtet werden. Im Subkapitel 1.1. ist daher unklar, worin sich die Dimension „patientenzentriert“ als übergreifendes Konstrukt des in Anlehnung an das Rahmenkonzept des Institute of Medicine begründet (Institute of Medicine/Committee on Quality of Health Care in America 2001: 39 f.). Insbesondere ist die Dimension „Angemessenheit“ nicht ausschließlich patientenzentriert, sondern auch unter Allokationsaspekten zu betrachten, welches über eine Patientenzentrierung hinausgeht und eine Populationsperspektive adressiert, wie auch in Kapitel 1.2 beschrieben.

(siehe dazu: Lavis, J. N., & Anderson, G. M. [1996]. Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications. CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 154(3), 321.) sowie Ethikrat, D. (2012). Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen: Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Stellungnahme. Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, 16(1), 379-439.)

### Zu Kapitel 2 „Grundlagen der gesetzlichen Qualitätssicherung“

In 2.1 muss die Neuformulierung des Paragraphen 136 bedacht werden, der Zuschläge und Abschläge in dieser Form nicht mehr vorsieht.

Der in Kapitel 2.3 genutzte Begriff der Variation sollte wie im deutschen Duden-konform genutzt werden und nicht wie hier in Form der Fehlinterpretation eines englischen Begriffes.

Die Darstellung in Abbildung drei zu den Wirkmechanismen zur Steigerung der Versorgungsqualität gibt unseres Erachtens die Ursprungsliteratur falsch wieder. Ursprünglich wird von einem change pathway und selection pathway gesprochen, wobei Messung und Darstellung von Qualität zum einen direkt auf die hier linke Seite der Abbildung einwirken und auf die rechte Seite, nämlich die Leistungserbringer. Die Leistungserbringer erfahren damit einen Anreiz zur Veränderung von Strukturen und Prozessen auf direktem Weg und andererseits auf indirektem Weg über die Kenntnis bzw. Befürchtung von Auswahlentscheidungen durch „Prinzipale“. Das in der Abbildung benannte Feld „Förderung“ ist letztlich falsch platziert. Besser wäre es, das Feld „Förderung“ durch den Begriff Motivation zu ergänzen und zwischen die Felder „Leistungserbringer“ und „Veränderung von Strukturen und Prozessen“ zu platzieren. Aus der rezenten Literatur könnte die Revised Healthcare QI context map hilfreich sein. Der Aspekt der Messung wäre jedoch zu ergänzen.

(siehe: Coles, E., Anderson, J., Maxwell, M., Harris, F. M., Gray, N. M., Milner, G., & MacGillivray, S. (2020). The influence of contextual factors on healthcare quality improvement initiatives: a realist review. *Systematic reviews*, 9(1), 1-22.)

In Kapitel 2.4 fehlt eine Betrachtung der wesentlichen Voraussetzung für Auswahlentscheidungen, die darin besteht, dass solche Entscheidungen nur in Bezug auf nicht zeitkritische Behandlungen relevant sein können, zumindest was die Auswahl von Leistungserbringern durch Patientinnen und Patienten angeht.

Zu 2.5 insbesondere Abb. 4 fehlt die Operationalisierung der „inhärenten Merkmale“ der Versorgung. In der „Definition von Anforderungen“ wird zwar die Bezugsebene erwähnt, die jedoch die „inhärenten Merkmale“ der Versorgung nicht in den Blick nimmt.

Darüber hinaus sollte noch einmal die Zuordnung der Definition von Mindestanforderungen unter die Maßnahme „Auswahlentscheidungen“ überdacht werden. Unseres Erachtens wäre eher eine Einordnung in den Bereich der Definition von Anforderungen an den Soll-Zustand angebracht. Die Forderung nach der Erfüllung struktureller Voraussetzungen (u.a. Personal und Sachmittel) für die Leistungserbringung und die Definition solcher Anforderungen wird in Zukunft sicher einen wesentlichen Teil der Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung darstellen.

### Zu Kapitel 3 „Patientenzentrierung in der Qualitätssicherung“

Die vom IQTIG in diesem Abschnitt erläuterte, angestrebte Ausrichtung der Qualitätssicherung wird vom DNVF ausdrücklich befürwortet. Erläuterungen wären hilfreich, um die Patientenzentrierung in die Gesamtbetrachtung der externen Qualitätssicherung einzuordnen. Auch sollten die unterschiedlichen Modelle in der Gesamtschau betrachtet werden, um ein umfassendes Bild über die Teilansätze zu erhalten.

### Zu Kapitel 4 „Grundlagen der Qualitätsmessung“

Die Grundlagen der Qualitätsmessung sind insgesamt nachvollziehbar dargestellt; überarbeitenswert sind jedoch Kapitel 4.3 zum formativen Messmodell und die Operationalisierbarkeit von Kausalrichtungen über Indikatoren.

#### Zu Kapitel 5 „Umsetzbarkeitsstudie für Qualitätsmessungen“

Das IQTIG beabsichtigt auf der Basis einer detailliert dargestellten Methodik zu prüfen, ob für bestimmte Themenbereiche eine „angemessene und praktikable Qualitätsmessung mit Indikatoren voraussichtlich möglich ist und welche Voraussetzungen gegebenenfalls vor Einführung und Umsetzung eines QS-Verfahrens geschaffen werden müssen“. Auf der Basis der Prüfung soll eine Empfehlung ausgesprochen werden. Wie die verschiedenen Kriterien zusammengeführt werden und anhand welcher Bewertung dann die subjektive Einschätzung „Angemessenheit“ und „Praktikabilität“ erfolgt, wird jedoch nicht weiter spezifiziert.

Unseres Erachtens sollte hier noch der Aspekt der Bedeutung des Themenbereichs bzw. Qualitätsproblems, für das eine Prüfung vorgesehen ist, mit einbezogen werden. Die Angemessenheit zum Beispiel des Aufwands für eine Qualitätsmessung muss von der Bedeutung des Problems abhängig gemacht werden. Am Beispiel des vor einiger Zeit verurteilten Massenmörders N.H., der als Pflegekraft in verschiedenen Kliniken wirkte und dessen Taten durch die bisherigen Maßnahmen der Qualitätssicherung nicht aufgedeckt werden konnten, kann dies verdeutlicht werden.

#### Zu Kapitel 6 „Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren“

In Bezug auf die Ableitung von Qualitätsindikatoren aus Leitlinien sollte das auf der Basis eines DFG Projekts entwickelte Instrument beachtet werden (Deckert S, Arnold K, Becker M, et al. Methodischer Standard für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Rahmen von S3-Leitlinien – Ergebnisse einer strukturierten Konsensfindung. ZEFQ 2021; 160: 21–33. doi: 10.1016/j.zefq.2020.11.008).

Für beide Arten von Indikatoren wird in diesem Abschnitt nur sehr wenig auf die Problematik der Datenqualität selbstberichteter Daten hingewiesen. Während für die sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren insbesondere zu bedenken ist, dass die Dokumentation von Nebendiagnosen unter Umständen davon abhängt, ob sie in einem Jahr DRG-relevant waren und daher wechseln kann. Die gesonderte, oftmals doppelte Dokumentation von Daten für Qualitätsindikatoren und die Patientenakten unterliegen verschiedenen Anreizen, die die Datenqualität beeinflussen können.

Deshalb könnte grundsätzlich überlegt werden, ob es sinnvoll ist, zunächst Qualitätsindikatoren und danach Datenfelder zu formulieren. Stattdessen sollte eine Gesamtschau der typischen Datenfelder angefertigt werden, die zur Berechnung von Qualitätsindikatoren bisher formuliert wurden. Letztlich geht es bei den meisten Indikatoren der Prozessqualität um die Überprüfung der Konformität der Behandlung mit Leitlinien bzw. wissenschaftlich begründeten Empfehlungen sowie bei der Ergebnisqualität um verschiedene Komplikationen. Definiert man nun also diejenigen Datenfelder zur Überprüfung dieser beiden Faktoren, die typischerweise in einer elektronischen Patientenakte existieren müssten, dann könnten im Nachgang Qualitätsindikator formuliert werden. Zudem wäre es möglich, die Indikatoren kurzfristig zu wechseln, um neu entstandene Qualitätsprobleme oder Versorgungsveränderungen einer Messung unterziehen zu können. In diesem Bereich möchten wir das IQTIG zu weiteren Überlegungen anregen.

Die Zusammensetzung des Indikatorensets wird durch mehrere Schritte bestimmt, in denen Auswahlentscheidungen getroffen werden, insbesondere für die Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale. Teilweise werden dabei Eignungskriterien angewendet, die nur wenig konkret

operationalisiert sind. Sowohl die letztlich entscheidenden Personen (oder Gremien) als auch der Prozess (z.B. Umgang mit Dissens) sind nur wenig konkret beschrieben. Es handelt sich daher um recht ausgeprägt implizite Entscheidungen. Gerade da dies teilweise unvermeidlich ist, sollte größtmögliche Transparenz darüber hergestellt werden, wie und durch wen eine Auswahlentscheidung zustande gekommen ist.

#### Zu Kapitel 7 „Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren“

Die Gleichgewichtung der Items, die in Fragebögen zu Qualitätsmerkmalen erhoben werden sollen, wäre unter Umständen nicht sachgerecht – das müsste einzeln überprüft werden. Zudem fehlt ein Hinweis auf die Verwendung bereits eingeführter Erhebungsinstrumente. Somit sind die Methoden zur Entwicklung eines angestrebten (quantitativen) Fragebogens zum großen Teil nachvollziehbar, jedoch fehlt eine abschließende Validierung des Fragebogens. Die zu messende Zieldimension sollte bereits zu Beginn (möglichst evidenzbelegt) definiert sein.

#### Zu Kapitel 8 „Anpassung indikatorbasierter Instrumente der Qualitätssicherung“

In diesem Kapitel sollte benannt werden, in welchen zeitlichen Abständen welche Form der genannten Überprüfungen stattfinden sollen. Hier wird zwar Bezug genommen auf die Eignungskriterien, die erst im Kapitel 13 ausgeführt werden, jedoch wäre es angebracht, gerade in Bezug auf das noch bestehende Verbesserungspotenzial hier bereits genauere Ausführungen vorzunehmen: ab wann gilt zum Beispiel ein Verbesserungspotenzial als ausgeschöpft und ein Indikator deshalb als hinfällig?

#### Zu Kapitel 9 „Informationsbeschaffung“

Falls tatsächlich eine systematische Recherche angestrebt wird, ist das PRISMA Statement der wissenschaftliche Standard. Ansonsten kann mit Hilfe der folgenden Klassifizierung eine eindeutige Bezeichnung gewählt werden: Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108.

Unklar ist, warum sich die Evidenzaufbereitung an einem Typ systematischer Recherche orientiert. Die Evidenzaufbereitung aus systematischen Recherchen erfolgt üblicherweise durch Datenextraktion, Inhaltsanalyse und Datensynthese. Verfahren siehe: Hong, Q. N., Pluye, P., Bujold, M., & Wassef, M. (2017). Convergent and sequential synthesis designs: implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence. *Systematic reviews*, 6(1), 1-14.

#### Zu Kapitel 10 „Beratung durch externe Expertinnen und Experten“

Auch hier wäre eine Konkretisierung der Zeitpunkte notwendig, zu denen eine Einbindung von Expertinnen und Experten bei den verschiedenen Aufgaben jeweils stattfinden soll.

#### Zu Kapitel 11 „Auswahl von Inhalten bei der Entwicklung von Qualitätsmessungen“

---

Als Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sollte nach Meinung des DNVF in diesem Kapitel nicht nur das Vorgehen nach einer Beauftragung für bestimmte Themenbereiche, sondern auch ein Vorgehen beschrieben werden, mit dem Themen ausgewählt werden, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss als dringliche Themen benannt werden, für die eine Qualitätsmessung eingeführt werden sollte.

Die Reihenfolge bei der Bearbeitung eines Themas könnte unseres Erachtens auch anders gestaltet werden, wenn Indikatorensets in möglichst allen Themenfeldern die vom IQTIG benannten Qualitätsdimensionen abbilden sollen. Wir würden daher vorschlagen, dass in diesen Fällen zunächst der Versuch unternommen werden sollte, zu allen Qualitätsdimensionen Qualitätsaspekte abzuleiten (wobei es in Einzelfällen durchaus möglich sein kann, dass zu einer Qualitätsdimension keine Qualitätsaspekte gefunden werden). Bei der Suche nach relevanten Qualitätsaspekten sollten die in einem späteren Schritt benannten Versorgungsanalysen im Hinblick auf eine eventuelle Über-, Unter- und Fehlversorgung bereits einbezogen werden. D. h., Teile der für die Prüfung des Qualitätsmodells vorgesehenen Aufgaben sollten bereits in diesem Schritt erledigt werden. Unseres Erachtens wird bei der Indikatorenentwicklung unter Einbeziehung der Betroffenen oftmals ein iteratives Vorgehen sinnvoll sein, bei dem auch erst nach der Benennung von Qualitätsmerkmalen die übergeordneten Qualitätsaspekte definiert werden.

Zudem sei explizit genannt, dass das Kriterium einer kürzlich empfohlenen Veränderung der Versorgung, die Vorteile für die Patientinnen und Patienten, jedoch noch keinen umfassenden Einzug erfahren hat, ein wichtiges Auswahlkriterium für Inhalte sein könnte.

Aus Sicht des DNVF sollten darüber hinaus jedoch auch methodische Instrumente zur Verfügung stehen, um eine Konzentration und Fokussierung der Indikatorensets zu ermöglichen. Zwar primär abhängig vom Zweck der Messung, jedoch auch aus der übergeordneten Notwendigkeit, Ressourcen effizient einzusetzen, sollte die Möglichkeit bestehen, reduzierte und fokussierte Indikatorensets zu entwickeln. Hierfür sollten methodische Instrumente zur Priorisierung und Fokussierung beschrieben und eingesetzt werden. Die Verwendung von Qualitätsindikatoren verursacht Aufwand für die Datenerfassung, Auswertung und Bewertung der Ergebnisse ebenso wie für die Identifikation und Umsetzung daraus folgender Handlungen. Große Indikatorensets können zwar den Vorteil einer breiten und ausgewogeneren Perspektive der Qualitätsbetrachtung aufweisen, können andererseits aber ggf. auch dazu führen, dass die relevantesten Aspekte nicht den angemessenen Stellenwert erhalten.

Dieser Aspekt gewinnt zusätzlich an Bedeutung, wenn primär lange Entwicklungszeiten anzunehmen sind, so dass ggf. erst erheblich verzögert auf erkannte oder vermutete Qualitätsdefizite reagiert werden kann.

So könnte beispielsweise die Implementierung einer neuen oder aktualisierten Leitlinie durch Indikatoren unterstützt werden, die die relevantesten (und ggf. auch am einfachsten bzw. validesten operationalisierbaren) Empfehlungen umsetzt (Deckert et al. 2021). Hier wären die potentiellen Nachteile eines reduzierten „Qualitätsmodells“ gegenüber dem Nutzen einer raschen und gezielten Unterstützung der Implementierung evidenzbasierter Versorgungsprozesse abzuwägen.

Auch könnte eine gestufte Entwicklung erfolgen: im ersten Schritt Konzentration auf die relevantesten Empfehlungen (oder ggf. auch die relevantesten Qualitätsdefizite) und erst in weiteren Schritten die Entwicklung eines umfassenden Qualitätsmodells.

---

## Zu Kapitel 12 „Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V“

Das DNVF hat bereits des Öfteren im Rahmen seiner Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass die Beteiligung erst nach Fertigstellung eines ersten Vorberichts im Rahmen des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens oftmals nicht zielführend ist. Stattdessen wäre eine Beteiligung in früheren Entwicklungsphasen sinnvoller. Hierzu sollte das IQTIG einen Vorschlag unterbreiten.

Wie bereits oben erwähnt, sollte der Begriff der regelmäßigen Prüfung der Notwendigkeit eines Anpassungsbedarfs konkretisiert werden.

## Zu Kapitel 13 „Eignung von Qualitätsindikatoren“

Ein insgesamt nachvollziehbares Konzept, um relevante Eigenschaften von Qualitätsindikatoren zu beschreiben und zu bewerten.

Die letztlich zur Entscheidung führende Operationalisierung dieser Kriterien ist allerdings noch zu wenig konkret beschrieben.

Besonders bedeutsam erscheint dies für das Kriterium, das die Beeinflussbarkeit von Indikatorenergebnissen durch Leistungserbringer bewertet. Hier sollte eine differenziertere Bewertung erwogen werden, insbesondere für Follow-up-Indikatoren, bei denen andere Leistungserbringer das Ergebnis beeinflussen haben können oder die Compliance von Patient:innen eine besondere Rolle spielt.

Diskutabel erscheint der Begriff „Eignungskriterien“. Eignung bedeutet zwangsläufig Eignung für einen bestimmten Zweck. Da Indikatoren für verschiedene Zwecke eingesetzt werden können (z.B. gleichzeitig zur Qualitätsförderung und für ein Public Reporting), die Bewertung jedoch generisch zu erfolgen scheint, ist nicht ersichtlich, für welchen Zweck eine „Eignung“ festgestellt wird.

## Zu Kapitel 14 „Eignung von Qualitätsindikatorensets“

Der Aspekt der Gewichtung einzelner Indikatoren innerhalb eines Sets wird hier nicht angesprochen. Wenn man davon ausgeht, dass gerade für die Öffentlichkeit die Bewertung der Qualität in einzelnen Leistungsbereichen eher auf der Basis zusammenfassender Indices als auf der Basis einzelner Indikatoren beruht, sollte stärker darauf eingegangen werden, dass im Bereich der Inhaltsvalidität tatsächlich alle wesentlichen Qualitätsdimensionen berücksichtigt sind. Allerdings sollte das Konzept auch ermöglichen, fokussierte Indikatorensets angemessen zu bewerten (siehe oben).

## Zu Kapitel 15 „Veröffentlichung von Indikator- und Kennzahlergebnissen“

In diesem Kapitel wird nur darauf eingegangen, dass alle geeigneten Indikatoren auch leistungserbringerbezogen veröffentlicht werden sollen. Die alleinige Veröffentlichung schafft aber, wie vom IQTIG selber vorab ausgeführt, kaum Transparenz. Da in dieser Version der methodischen Grundlagen dazu keine weiteren Erläuterungen vorgenommen werden, kann aus Sicht des DNVF nur dringend empfohlen werden, auch dieses Kapitel zu ergänzen bzw. Kapitel 15 entsprechend zu erweitern. Eine Konkretisierung der Kriterien zur Entscheidung über eine Veröffentlichung von Indikatoren-Ergebnissen wäre wünschenswert.

### Zu Kapitel 16 „Bewertungskonzepte und Referenzbereiche“

Die strikte Bevorzugung fester Referenzbereiche ist unseres Erachtens nicht nachvollziehbar. Eine Diskussion zur Verwendung der verteilungsbezogenen Referenzbereiche als Mittel zur Qualitätsförderung wäre angebracht. Im Sinne der Transparenz könnte zum Beispiel berichtet werden, dass ein Leistungserbringer den festen Referenzbereich erfüllt, und gleichzeitig in die Gruppe der zum Beispiel 10 % besten Leistungserbringer bei diesem Indikator gehört.

Ebenso sollte die Problematik der Festlegung fester Referenzbereiche bei Ergebnisindikatoren dargestellt werden. Gerade bei bundesweiten Vollerhebungen wird es kaum Referenzdaten geben können, aus denen Grenzen für „erwartbare“ oder „gute“ Ergebnisse eindeutig abgeleitet werden können. Es wird somit faktisch ein Werturteil zu treffen sein.

### Zu Kapitel 17 „Bewertung von Indikatorergebnissen auf Systemebene“

In diesem Abschnitt zieht sich das IQTIG auf eine sehr konservative Rolle im Bereich der Qualitätssicherung zurück. Die alleinige Ableitung eines besonderen Handlungsbedarfs auf der Basis von Anteilen von Leistungserbringern, bei denen Qualitätsdefizite festgestellt werden, reicht unseres Erachtens nicht aus. Vielmehr muss das Ausmaß des Qualitätsdefizits und insbesondere der Patientengefährdung bzw. das Verbesserungspotenzial stärker in den Fokus genommen werden (im Übrigen handelt es sich hierbei um Überlegungen, die im Anhang A ausgeführt werden). Wir möchten hierzu wiederum den Fall des Krankenpflegers N.H. anführen: wenn ein solcher Massenmörder nicht vom System der Qualitätssicherung entdeckt wird, dann muss auf der Systemebene eine Änderung erfolgen. Genau ein solcher Fall würde aber bei dem vorgeschlagenen Vorgehen des IQTIG nicht zur Auslösung eines besonderen Handlungsbedarfs führen.

### Zu Kapitel 18 „Grundgesamtheit, Stichprobenziehung und Vollerhebung“

In diesem Kapitel werden nur grundlegende Überlegungen angestellt, aber keine Konsequenzen für das praktische Handeln des IQTIG benannt. Hier würde man erwarten, dass anhand einzelner Indikatoren der eQS dargelegt wird, ob diese in Zukunft weiterhin per Vollerhebung bei allen Leistungserbringern oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei einzelnen Leistungserbringern nur wenige Monate, bei anderen Leistungserbringern aber das ganze Jahr über stattfinden muss.

### Zu Kapitel 19 „Prüfung der Qualität von QS-Dokumentationsdaten“

Gerade in Anbetracht der potenziell immensen Folgen von Qualitätsdefiziten für die Leistungserbringer muss davon ausgegangen werden, dass Anreize zur fehlerhaften Dokumentation vorliegen. Hinweise dafür liegen zum Beispiel durch den Vergleich von Komplikationsraten der externe Qualitätssicherung mit Daten aus Studien vor. Darüber hinaus ist auffällig, dass bei den Strukturierten Dialogen ebenfalls Dokumentationsfehler als häufiger Grund für eine Auffälligkeit benannt werden. Um die Glaubwürdigkeit des gesamten Verfahrens zu erhöhen, wird es unseres Erachtens daher notwendig sein, die Konkordanz der berichteten Daten mit den Originaldaten stärker in den Fokus zu nehmen, auch wenn dafür ein erhöhter Aufwand betrieben werden muss.





## Zu Kapitel 20 „Methoden der Datenanalyse“

Die Ausführungen bleiben auf einem sehr allgemeinen Niveau und geben nicht explizit an, wann das IQTIG beispielsweise welches Verfahren der Risikoadjustierung nutzt. Aus der Literatur existieren Hinweise, dass die bisherige Risikoadjustierung bei vielen Indikatoren wahrscheinlich unzureichend ist (Vorbeck et al. Gesundheitswesen 2021. DOI: 10.1055/a-1341-1246). Auch könnte dargelegt werden, für welche bisher genutzten Qualitätsindikatoren welche Verfahren der follow-up-Analyse bevorzugt wurden und wie dies konkret in Zukunft gehandhabt werden soll.

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des DNVF-Vorstands von dem Vorstandsmitglied und Sprecher der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung Prof. Dr. Max Geraedts gefertigt.

### **Kontakt:**

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.  
Prof. Dr. Max Geraedts (AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung)  
Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende)

c/o DNVF-Geschäftsstelle  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14057 Berlin  
E-Mail: [info@dnvf.de](mailto:info@dnvf.de)  
Tel.: 030 1388 7070