



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Zwischenbericht des IQTIG  
„Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“

Berlin, 21.10.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 09.09.2020 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Absatz 7 Nr. 5 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Zwischenbericht „Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“ aufgefordert.

## **1. Hintergrund**

Gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V ist das IQTIG vom G-BA zu beauftragen, „auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen“.

Am 17.01.2019 erfolgte die Beauftragung für ein Gesamtkonzept eines so genannten G-BA-Qualitätsportals. Im Gesamtkonzept soll eine Reihe von Aspekten berücksichtigt werden, unter anderem:

- Identifikation von maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten
- Identifikation der Zielgruppen des Portals
- Ermittlung des Informationsbedürfnisses und der Entscheidungskriterien der Zielgruppen
- Identifikation, welche Informationen innerhalb bzw. außerhalb des strukturierten Qualitätsberichts der Krankenhäuser vorliegen
- Sicherstellung einer Risikoadjustierung und der Berücksichtigung des Bewertungsverfahrens im Strukturierten Dialog
- Entwicklung von Methoden zur Darstellung vergleichbarer Einheiten von Krankenhäusern
- Entwicklung einer Informationsaggregation/Indexbildung
- Angemessene Darstellung kleiner Fallzahle
- Vorschläge zur Visualisierung und Gestaltung des Portals
- Umsetzungsplanung
- Evaluationskonzept
- Abstimmung mit dem vom IQWiG erstellten Konzept für ein nationales Gesundheitsportal
- Exemplarische inhaltliche und grafische Aufbereitung von zwei maßgeblichen Bereichen

Nach Vorlage des Gesamtkonzepts will der G-BA weitere Vorgaben machen. Dann erst soll die Umsetzung erfolgen.

## 2. Grundlegende Bewertung des Zwischenberichts

Der Zwischenbericht des IQTIG für ein Konzept zur Einrichtung eines Qualitätsportals befasst sich mit einem Teil des umfangreichen Aufgabenpakets, das vom G-BA am 17.01.2019 beauftragt wurde. Mittels Literaturrecherche, Fokusgruppensitzungen, Online-Befragung und Experten-Workshop erfolgt eine ausführliche systematische Analyse, welche Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten für ein Qualitätsportal relevant sein könnten.

Die Zwischenergebnisse der Analyseschritte werden strukturiert tabellarisch wiedergegeben und sind dadurch gut nachvollziehbar.

Die Zielgruppe des Portals wird definiert (erwachsene Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige), Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen werden jeweils besonders betrachtet. Anhand der Literaturrecherche und als Ergebnis der Fokusgruppen wird festgestellt, dass bei Patientinnen und Patienten ein Informationsbedarf nicht nur zur Strukturqualität, sondern auch zur Prozessqualität und Ergebnisqualität der Krankenhausbehandlung besteht.

Der Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten wird vom IQTIG in 13 sogenannte Informationsmodule eingeordnet, zu denen in unterschiedlichem Ausmaß in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser nutzbare Informationen vorliegen. Ob dieses neu geschaffene Konzept der Informationsmodule an anderer Stelle ggf. wegen inhaltlicher Überschneidung zu bestehenden Konzepten, wie z. B. den Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität zu Verwirrung führen kann, wird sich noch erweisen müssen.

Das IQTIG schlägt vor, für die Deckung des identifizierten Informationsbedarfes der Patientinnen und Patienten ausschließlich die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser heranzuziehen. Die Überprüfung der Einbeziehung anderer Datenquellen habe laut IQTIG ergeben, dass aus Gründen der eingeschränkten Datenqualität, des Datenschutzes, der mangelnden Datenverfügbarkeit oder wegen einschränkenden Nutzungsrechten jegliche andere Datenquelle für das geplante Qualitätsportal auszuschließen sei. Diese Einschätzung ist zu hinterfragen. Leider ist dem Bericht nicht zu entnehmen, welche Datenquellen genau geprüft wurden, welche Kriterien angelegt wurden, und welche Ergebnisse die Prüfungen jeweils ergaben. Hier müsste im Abschlussbericht nachgebessert werden, um beurteilen zu können, ob die Einschätzung des IQTIG zu diesem wichtigen Aspekt angemessen ist. Anstelle einer pauschalen Aussage hätte man eine detaillierte Auseinandersetzung mit den potenziellen Datenquellen erwartet – gerade angesichts der ansonsten im Bericht erkennbaren systematischen und strukturierten Vorgehensweise. Zu ergänzen wäre z. B. eine tabellarische Übersicht aller analysierten Datenquellen mit Vor- und Nachteilen ihrer Nutzung für das Portal. Eine perspektivische Anbindung an Datenverfahren mit öffentlichem Auftrag, wie z. B. klinische Krebsregister, Implantateregister, Transplantationsregister oder Intensivregister hätte zumindest grundsätzlich diskutiert werden können – einschließlich eines ggf. notwendigen Weiterentwicklungsbedarfs, um eine Anbindung zu ermöglichen.

Die Einbeziehung der Ergebnisse des Strukturierten Dialoges in die Qualitätsdarstellung im Portal wird vom IQTIG abgelehnt. Die Bundesärztekammer sieht dies äußerst kritisch. Auf die Nutzung der Erkenntnisse des Strukturierten Dialogs sollte keinesfalls verzichtet werden. Das über Jahrzehnte bewährte Grundprinzip der datengestützten Qualitätssicherung, dass Qualitätsdaten und deren fachliche Bewertung zwingend zusammengehören, würde dadurch ohne Not aufgekündigt. Vielmehr erscheint der Bundesärztekammer gerade diese Qualitätsinformation, die sich nicht eins zu eins in Qualitätsindikatoren oder Indizes einrechnen lässt, als besonders hilfreich für Patientinnen und Patienten. Im Übrigen wäre nach Einschätzung der Bundesärztekammer mit Auslassung des Strukturierten Dialoges auch der

Auftrag des G-BA nicht erfüllt, der in I.2.f eindeutig fordert: „Des Weiteren müssen insbesondere für QS-Verfahren entsprechend § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V rechnerische Auffälligkeiten immer durch ein abschließendes Bewertungsverfahren geprüft werden“.

Inwiefern die Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung des G-BA den von Patientinnen und Patienten formulierten Informationsbedarf decken können oder nicht, oder wie ihre Aufbereitung verbessert werden könnte, wird im Zwischenbericht nicht ausreichend thematisiert. In den Fokusgruppensitzungen ist zudem augenscheinlich versäumt worden, zu thematisieren, ob Patientinnen und Patienten bezüglich der Qualität von Krankenhäusern Zahlenangaben von Indikatorergebnissen oder Expertenurteile präferieren. Dennoch entscheidet sich das Institut, letztere in seinem Konzept für aggregierte Qualitätsinformationen im Portal nicht weiter zu berücksichtigen.

Nur drei von 13 Informationsmodulen werden teilweise von der bestehenden externen Qualitätssicherung des G-BA abgedeckt: „Behandlungserfolg“, „Sichere Versorgungsprozesse“ und „Kommunikation und Interaktion“. Das IQTIG fokussiert im Zwischenbericht auf diese Informationsmodule mit der Begründung, dass nur mit diesen eine Indexbildung statthaft sei. Die Aggregation der jeweilig vorhandenen Indikatorergebnissen zu Indizes, wird vom IQTIG als der zentrale Mehrwert für Patientinnen und Patienten postuliert.

Nachdem die Qualitätsindikatorergebnisse der externen Qualitätssicherung über nunmehr 20 Jahre hinweg stets isoliert berichtet wurden, werden im vorliegenden Zwischenbericht erstmals methodische Überlegungen angestellt, wie man Einzelindikatorergebnisse zu Indizes zusammenfassen könnte. Dabei geht das IQTIG von der Prämisse aus, dass für die Qualitätsaussage eines Indikators allein das metrische Indikatorergebnis maßgeblich sei. Dies beschreibe den Grad der Erfüllung einer konkreten Qualitätsanforderung in Form der Abweichung des beobachteten Wertes vom Referenzbereich. Die Aggregation zu Qualitätsindizes, welche im Portal über die Qualität eines Krankenhauses informieren sollen, solle daher ausschließlich über metrische Indikatorergebnisse erfolgen.

Um die statistische Evidenz für die Einhaltung des Referenzbereichs bei einem Indikator auszudrücken, wird die Berechnung der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit nach Bayes vorgeschlagen. Dadurch sei die fallzahlabhängige Sicherheit der Qualitätsaussage ausreichend berücksichtigt. Da verteilungsabhängige Referenzbereiche (z. B. Perzentilen) keine Aussagen über die Erfüllung „definierter Standards“ zuließen, seien ausschließlich feste Referenzbereiche zu verwenden.

Nach Einschätzung der Bundesärztekammer wird die Bedeutung der Referenzbereiche im Ansatz des IQTIG überschätzt. In der externen Qualitätssicherung sind Referenzbereiche historisch entstanden und in den meisten Fällen nicht evidenzbasiert, sondern eher erfahrungsorientiert gewählte Setzungen. Für den Zweck des Strukturierten Dialogs ist dies auch adäquat. Die Referenzbereiche können aber nicht als absoluter Maßstab für die Qualitätsinformation verwendet werden, da sie nicht mit diesem Ziel entwickelt wurden. Die historische Umwandlung von Perzentilen in feste Referenzbereiche bei zahlreichen Indikatoren der externen Qualitätssicherung war ebenfalls eine Setzung und ist nicht evidenzbasiert. Die im Bericht vorgeschlagene Anwendung differenzierter statistischer Verfahren auf die jeweilige Abweichung eines Indikatorergebnisses vom Referenzbereich birgt die Gefahr einer Pseudogenauigkeit und damit der Desinformation der Patientinnen und Patienten, die das Portal nutzen.

Die Vorschläge des Instituts zur Indexbildung basieren auf der Maßgabe, dass Qualität als formatives mehrdimensionales Konstrukt zu interpretieren sei, dessen Dimensionen durch die einzelnen Indikatoren abgebildet werden. Ein Index sei dann inhaltsvalide, wenn die re-

levanten Dimensionen der Versorgungsqualität bezogen auf den jeweiligen Versorgungsanlass (z. B. elektive Hüft-TEP), enthalten sind.

Es wird eingeräumt, dass Qualitätsindikatorensets Qualität nie vollumfänglich abbilden können, sondern sich immer nur auf bestimmte Aspekte fokussieren und ein Index daher einen Kompromiss darstellen würde. Da zusätzlich die Einschränkung besteht, dass nicht alle Krankenhäuser in den Grundgesamtheiten aller Indikatoren repräsentiert sind, müsse zudem ein Schwellenwert gefunden werden, bei welcher Indikatorzusammensetzung die meisten Krankenhäuser vom Index eingeschlossen werden.

Aus Sicht der Bundesärztekammer dürfte eine Qualitätsaussage mit dem gewählten Indexmodell schwer möglich sein. Für einen inhaltvaliden Index ist es zwingend, dass wirklich alle relevanten Qualitätsaspekte abgebildet sind. Dies ist aber in vielen Leistungsbereichen der externen Qualitätssicherung nicht der Fall. Grundsätzlich zeigt sich an der Diskussion zur Indexbildung, dass die ex-post-Anwendung einer neu entwickelten Methodik auf die etablierte externe Qualitätssicherung zu nicht angemessenen Ergebnissen führen kann, da diese historisch mit einer anderen Zielsetzung entwickelt wurde. Gleichwohl könnte das Indexkonzept des Instituts bei zukünftigen Verfahrensentwicklungen Berücksichtigung finden, wenn von vornherein auf Basis eines vollständigen Qualitätsmodells Inhaltvalidität eines Indikatorensets angestrebt wird.

Das Institut empfiehlt auf Basis der Indizes schlussendlich eine Klassifikation in Ergebniskategorien. Vorgeschlagen werden fünf Kategorien von 1 bis 5 für aufsteigend gute Qualität. Um die Informationspräferenzen „eher numerisch orientierter Nutzerinnen und Nutzer“ des Portals zu bedienen, soll außerdem korrespondierend eine ordinale Skala mit 10 Kategorien zur Anwendung kommen. Der Vorteil zweier paralleler Ergebnisskalen ist zumindest auf den ersten Blick nicht einleuchtend. Hier muss sich in der konkreten Testung mit Nutzerinnen und Nutzern zeigen, ob ein Mehrwert erreicht wird oder hier eher Verwirrungspotenzial besteht.

Der Zwischenbericht enthält abschließend einige Vorüberlegungen zum Visualisierungskonzept und zum informationstechnischen Konzept und verweist im Übrigen auf den Abschlussbericht, der die Ergebnisse der weiteren Teilaufträge abdecken wird.

Zusammenfassend sieht die Bundesärztekammer insbesondere bei Herleitung der Indizes für das Qualitätsportal methodische Schwierigkeiten. In der jetzigen Form ohne Berücksichtigung des Strukturierten Dialogs sieht die Bundesärztekammer Änderungsbedarf beim Konzept des Instituts.

Die Fragestellung, ob wirklich keine weitere Datenquelle als die Qualitätsberichte der Krankenhäuser genutzt werden kann, bedarf einer ausführlicheren Darstellung.

Ob das geplante Qualitätsportal des G-BA einen tatsächlichen Mehrwert gegenüber den zahlreichen schon existierenden Krankenhausvergleichsportalen für Patientinnen und Patienten verspricht, kann frühestens anhand des Abschlussberichtes, wahrscheinlich aber erst nach Evaluation der tatsächlichen Nutzung, beurteilt werden.

### **3. Stellungnahme im Einzelnen**

#### **Kapitel 1 Beauftragung und Projekt**

Das Kapitel enthält grundlegende Ausführungen zum Auftragsverständnis des Instituts und zur beabsichtigten Abarbeitung des Auftrags.

Das IQTIG strebt für das Portal ein Konzept an, das „weitestgehend indikations- und prozedurenübergreifend tragfähig“ ist. Es werden sechs Schwerpunkte identifiziert, die in Unterkonzepten abgebildet werden:

- Inhaltliches Konzept
- Methodisches Konzept zur Informationsaggregation,
- Visualisierungskonzept,
- Informationstechnisches Konzept,
- Umsetzungs- und Evaluationskonzept,
- Empfehlungen zur Weiterentwicklung.

Das inhaltliche Konzept sowie das methodische Konzept sind vorrangig Gegenstand dieses Zwischenberichts. Die übrigen Konzepte werden im Zwischenbericht andiskutiert, aber vollumfänglich erst im Rahmen des Abschlussberichts vorgelegt.

Der Abgabetermin des Abschlussberichts wurde, abweichend vom ursprünglichen Auftrag des G-BA, auf den 15.11.2021 verschoben.

Es wird im Weiteren ein kurzer Überblick über zentrale Elemente von Krankenhausvergleichsportalen in Deutschland und international gegeben. Allen Portalen gemeinsam ist die Unterstützung von Suchanfragen. In deutschen Portalen werden bereits jetzt die Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser genutzt und den anfragenden Nutzerinnen, Nutzern Strukturinformationen zu den Krankenhäusern sowie Qualitätsinformationen ausgegeben. Häufig werden weitere externe Datenquellen, wie z. B. Patientenbefragungen, einbezogen.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Im Abschlussbericht sollte herausgearbeitet werden, in welchen Punkten genau sich das geplante G-BA-Qualitätsportal von den zahlreichen bereits bestehenden Portalen von Krankenkassen, gemeinnützigen Organisationen oder kommerziellen Anbietern für die Patientinnen und Patienten unterscheiden wird - außer seinem Alleinstellungsmerkmal, dass es das offizielle Portal des G-BA ist.*

#### **Kapitel 2 Einführung in die Methodik**

Es wird erläutert, wie das Institut bei der Gestaltung der Website des Portals vorgehen will. Dazu orientiere man sich an der User Experience (UX)-Konzeption nach Jacobsen und Meyer. Maßgebliche Norm sei die ISO 9241 Teil 2010. Es handelt sich um einen iterativen Prozess der Erhebung der Nutzerbedürfnisse, der Spezifikation der Nutzeranforderungen, der Erstellung von Gestaltungsprototypen und der Rückkopplung der Nutzer über Usability-Reviews.

Die Erhebung der Informationsbedürfnisse und -präferenzen der Nutzerinnen und Nutzer sowie die Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl erfolgt über eine Literaturrecherche in Verbindung mit Fokusgruppensitzungen.

Das Institut verweist auf die methodischen Herausforderungen des Auftrags. Zum einen ist die Zielgruppe des G-BA-Portals, die Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörige, sehr heterogen. Zum anderen muss das Portal so flexibel konstruiert sein, dass zukünftige Inhalte ohne erhöhten Aufwand zu integrieren sind.

Als zentrale Informationsquellen für das Portal sollen die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V und die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser dienen. Bezüglich der externen Qualitätssicherung weist das IQTIG darauf hin, dass „eine besondere Herausforderung“ „zum einen darin“ bestehe, „dass Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht mit dem Ziel der Patienteninformation bzw. des Public Reporting entwickelt wurden“ (Seite 42). Zu den strukturierten Qualitätsberichten wird festgestellt, dass diese einen erheblichen Gesamtumfang an inhaltlich und sprachlich sehr komplexen Informationen aufweisen, der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige zu überfordern drohe. Das Institut empfehle daher für das Portal eine Reduktion von Qualitätsinformationen und eine Aggregation von Qualitätsindikatorergebnissen.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die Bundesärztekammer stimmt der Einschätzung des Instituts bezüglich der Herausforderung des Auftrags grundsätzlich zu. Dies darf aber nicht zu einer Reduktion und Aggregation von Qualitätsinformationen dahingehend führen, dass wesentliche Komponenten, wie die Qualitätsbewertung im Strukturierten Dialog, vollständig wegfallen. Bei den Vorschlägen des Instituts zur Methodik der Informationsaggregation (Kapitel 10, siehe Anmerkungen dort) findet die Tatsache zu wenig Beachtung, dass die Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung nicht mit dem Ziel entwickelt wurden, den Patientinnen und Patienten in ihrer persönlichen Situation eine Auswahlentscheidung für ein Krankenhaus zu ermöglichen. Eine ähnliche Problematik findet sich schon bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, wo es auch nach mehreren methodischen Anläufen des IQTIG bis jetzt nicht gelungen ist, mit den Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung die Qualität einer Krankenhausfachabteilung repräsentativ abzubilden.*

### **Kapitel 3    Literaturrecherche und -analyse**

Als Ziel der Literaturrecherche und -analyse von Übersichtsarbeiten und Primärliteratur wird die Identifikation der Informationsbedürfnisse und -präferenzen sowie der Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen vor dem Krankenhausaufenthalt angegeben. Es gingen von den ursprünglich aus den Jahren 2009 bis 2019 identifizierten 10.242 Abstracts insgesamt 170 Publikationen in die Auswertung ein.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die beschriebene Vorgehensweise ist gut nachvollziehbar, auch wenn letztlich die geringe Anzahl identifizierter relevanter Publikationen zu dem recht weit gefassten Themenbereich verwundert.*

*Eine Inkonsistenz ergibt sich zum eingeschlossenen Publikationszeitraum: Während auf Seite 46 angegeben ist, dass vor dem Jahre 2009 publizierte Studien ausgeschlossen worden seien, werden im weiteren Zwischenbericht zahlreiche vor diesem Zeitpunkt veröffentlichte Studien zitiert.*

#### **Kapitel 4     Fokusgruppen**

Es wurden Sitzungen abgehalten mit 11 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen, zwei Fokusgruppen mit Eltern mit Entbindungserfahrung, zwei Gruppen mit Eltern erkrankter Kinder, eine Fokusgruppe mit Hausärztinnen und Hausärzten bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzten und zwei Fokusgruppen mit „Gesundheitsberaterinnen und -beratern“. Neben der Erhebung ihrer Informationsbedürfnisse und -präferenzen und der Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl stand auch ihr Nutzungsverhalten bei der Suche nach einem Krankenhaus im Fokus der Sitzungen.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Der Einsatz von Fokusgruppen ist schon aus früheren Entwicklungsberichten des IQTIG zu neuen QS-Verfahren bzw. zu Patientenbefragungen bekannt. Die Vorgehensweise ist gut nachvollziehbar. Der hohe Aufwand erscheint angesichts der Bedeutung und der angestrebten Zielgruppe des geplanten Portals sachgerecht.*

#### **Kapitel 5     Halbstrukturierte Bedarfserhebung von Beratungsstellen und Patientenorganisationen**

Zusätzlich zu den Fokusgruppen wurde eine Online-Erhebung durchgeführt, um auch Patientengruppen zu erfassen, die schwerer erreichbar sind bzw. die in Fokusgruppen nicht einbezogen werden können. Als Zielgruppen werden genannt: Menschen mit Demenzerkrankungen, mit psychischen Erkrankungen, mit seltenen Erkrankungen und mit geistigen, körperlichen Behinderungen oder Mehrfachbehinderungen. Die Ansprache erfolgte über Dachverbände beziehungsweise Patientenorganisationen. Insgesamt 39 halbstrukturierte, d. h. mit offenen Fragen versehene Erhebungsbögen kamen zur Auswertung.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Der gesonderte Einbezug dieser besonderen Patientengruppen ist zu begrüßen. Bei einer Online-Befragung hätte man allerdings eine etwas höhere Zahl als 39 beantwortete Bögen erwartet. Da es sich in der Regel um Angehörige oder Betreuende von Patientinnen und Patienten gehandelt haben dürfte, hätten mit dieser geringen Anzahl von Personen eigentlich auch eigene Fokusgruppensitzungen durchgeführt werden können.*

#### **Kapitel 6     Beratung durch ein Expertengremium**

Im Rahmen der Auftragsbearbeitung wurde ein Expertengremium aus 16 Expertinnen und Experten eingesetzt, das in Zusammenschau der Ergebnisse der Literaturrecherche, der Fokusgruppensitzungen und der Online-Bedarfserhebung das IQTIG unterstützen sollte. Im Fokus standen die Fragen, ob zu einem bestimmten Thema aus Patientensicht ein Informationsbedürfnis besteht, ob aus fachlicher Sicht ein Informationsbedarf besteht, ob vergleichbare geeignete Informationen zur Verfügung stehen und wie die Verständlichkeit des jeweiligen Informationsgehalts zu werten ist. Die Einbindung der Expertinnen und Experten erfolgte in zwei Stufen, d. h. einer Befragung und einem daran anschließenden Workshop. Im Anhang C des Zwischenberichts werden die Empfehlungen der Expertinnen und Experten summarisch in Form von Trends (positiv, negativ, neutral) zum Einbezug eines Themenbereichs in das Portal wiedergegeben.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die Form, in der Expertinnen und Experten in das Verfahren einbezogen wurde, erscheint sachgerecht. Vielleicht hätte das Institut zumindest stichpunktartig hervorheben können, in*



*welchen Punkten seine abschließenden Empfehlungen von den Empfehlungen des Expertengremiums abweichen.*

## **Kapitel 7 Identifikation und Prüfung geeigneter Daten**

Das IQTIG hat überprüft, welche der identifizierten Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten sich mit dem Datensatz der Qualitätsberichte der Krankenhäuser (Anlage 1 der Qb-R) als Datenquelle in einem Portal abbilden lassen. Auftragsgemäß wurde auch geprüft, welche Datenquellen sich potenziell außerhalb der Qualitätsberichte für das Portal eignen könnten. Dazu wurden weitere Richtlinien des G-BA geprüft und die Eignung von Datenquellen weiterer Datenhalter, wie z. B. das Statistische Bundesamt oder das Robert-Koch-Institut, überprüft.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die vom IQTIG überprüften Datenquellen außerhalb der Qb-R werden nur cursorisch benannt. Eine Angabe der identifizierten Datenquellen und der Ergebnisse der systematischen Prüfungen wären im Bericht oder zumindest im Anhang zu erwarten gewesen.*

## **Kapitel 8 Grundlegende Anforderungen an das G-BA-Qualitätsportal**

Die grundlegenden Anforderungen, die nach Einschätzung des Instituts an das Portal zu stellen sind, werden in diesem Kapitel kurz aufgeführt. Dies sind:

1. Zielgruppenorientierung: Inhalte des Portals sind an den von Patientinnen und Patienten geäußerten Bedürfnissen zu orientieren. Patientinnen und Patienten sind in die Entwicklung des Portals einzubinden.
2. Diversitätssensibilität: Möglichst viele Nutzerinnen und Nutzer sollen sich vom Angebot der Website angesprochen fühlen.
3. Barrierefreiheit: Das Institut schlägt vor, sich bei der Gestaltung des Portals an international anerkannte Standards für barrierefreie Webinhalte zu richten.
4. Benutzerfreundlichkeit: Die einschlägigen IT-technischen Normen sind einzuhalten. Mit der Prototypenstellung soll die Benutzerfreundlichkeit überprüft werden.
5. Transparenz und Sachrichtigkeit: Es wird eine Zertifizierung der Website nach den Transparenzkriterien vom Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V. sowie dem HONcode der Health on Net Foundation (HON) empfohlen. Qualitätsinformationen sollen auf objektiv nachvollziehbaren Kriterien beruhen und einen fairen Vergleich zwischen den Krankenhäusern ermöglichen. Dazu soll die Informationsaufbereitung „unter Einhaltung anerkannter wissenschaftlicher Standards“ erfolgen.
6. Allgemeinverständlichkeit: Es wird empfohlen, textbasierte Inhalte an den Prinzipien Einfachheit, Gliederung/Ordnung, Kürze/Prägnanz und anregende Zusätze des Hamburger Verständlichkeitskonzepts zu orientieren. Numerische und grafische Inhalte sind nach den Empfehlungen der Leitlinie für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen aufzubereiten.
7. Aktualität: Aktuelle Daten sollen ein entscheidendes Kriterium für die Brauchbarkeit des G-BA-Qualitätsportals sein. Es wird zudem empfohlen, Daten für Suchanlässe jeweils aus

einem identischen Veröffentlichungszeitraum bereitzustellen und nicht Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen zu mischen.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die hier dargestellten Grundsätze zur Gestaltung des G-BA-Qualitätsportals sind aus Sicht der Bundesärztekammer zu unterstützen. Die Aktualität der Qualitätsinformationen hängt von der Aktualität der zugrunde liegenden Daten ab. Der Anspruch, alle Daten zu Suchanfragen aus einem identischen Erfassungszeitraum darstellen zu wollen, erscheint jedoch kaum erfüllbar, da die Erfassungszeiträume mit einer zunehmenden Zahl von Datenquellen unterschiedlich sein dürften. Exemplarisch genannt seien Daten, die von Krankenhäusern dokumentiert werden, aus Patientenbefragungen stammen oder von Krankenkassen übermittelt werden.*

## **Kapitel 9     Inhaltliches Konzept**

### **9.1            Maßgebliche Bereiche der stationären Versorgung**

Auftragsgemäß analysiert das Institut, welche „maßgeblichen Bereiche der Krankenversorgung“ durch das Qualitätsportal abgedeckt werden könnten. Darunter versteht es Leistungsbereiche sowie Hauptdiagnosen und durchgeführte Prozeduren, die medizinische und/oder pflegerische Leistungen darstellen. Aus veröffentlichten Analysen der Suchportale wird abgeleitet, dass das Spektrum der Suchanlässe breit gefächert ist. Zum Kriterium der epidemiologischen Häufigkeit von Versorgungsbedarfen stellt das Institut auf Basis von Destatis-Daten fest, dass die 20 am häufigsten durchgeführten Operationen in Deutschland nur 27 % des gesamten OP-Spektrums abbilden. Zu lediglich fünf der 20 Operationen liegen Ergebnisse der externen Qualitätssicherung vor. Das IQTIG empfiehlt, beim Qualitätsportal von einer Beschränkung auf bestimmte Leistungsbereiche/Versorgungsanlässe abzusehen. Liegen jeweils keine Qualitätsindikatorergebnisse vor, so sollen Nutzerinnen und Nutzern zumindest „grundlegende Informationen“ zu den infrage kommenden Krankenhäusern erhalten (z. B. Fallzahlen), auf die sie ihre Entscheidung bei der Krankenhauswahl stützen könnten.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die Bundesärztekammer schließt sich dieser Einschätzung an. Es deutet sich allerdings bereits jetzt an, dass nur zu einem kleinen Teil der „Versorgungsanlässe“ im Portal tiefergehende Qualitätsinformationen vorliegen werden. Diese bedeutende Einschränkung sollte im Abschlussbericht herausgearbeitet werden, auch um falsche Erwartungen an das Portal zu vermeiden.*

### **9.2            Zielgruppe des G-BA Portals**

Es wird ausgeführt, wie sich die zu erwartende Zielgruppe eines Qualitätsportals zusammensetzt. Bildungshintergründe und damit Lese- und alltagsmathematische Kompetenz dürften sehr heterogen sein. Das Institut empfiehlt, die Allgemeinverständlichkeit der Webseite an erwachsenen Nutzerinnen und Nutzern mit Kompetenzstufe II nach OECD auszurichten. Patientinnen und Patienten sollen ohne fachliches Vorwissen schnell an Informationen zu elektiven oder dringlich elektiven Behandlungen gelangen.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die Bundesärztekammer schließt sich der Einschätzung bezüglich der Zielgruppe grundsätzlich an. Sprachliche und kulturelle Nutzungshürden (z. B. Migrationshintergrund) werden im Bericht kurz erwähnt. Inwiefern das geplante Online-Portal diesen und ggf. anderen Nutzungshürden begegnen kann, sollte weiter ausgeführt werden.*

### **9.3 Nutzungskontext bei der Krankenhauswahl**

Aus den Erkenntnissen der Literatur zur psychosozialen Situation von Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl folgert das Institut, dass Informationen im Portal schnell zugänglich und leicht erfassbar sein sollten und das Portal einen seriösen und vertrauenswürdigen Eindruck hinterlassen müsse. Als beängstigend empfundene Themen sollten sensibel präsentiert werden.

Nach Erkenntnissen der Literatur haben Informationen im Internet als Informationsquelle meist nur eine sekundäre Bedeutung bei der Krankenhauswahl der Patientinnen und Patienten. Eigene Vorerfahrungen und Empfehlungen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder Verwandten und Freunden stehen im Vordergrund. In diesem Sinne sei das Portal eher als ein begleitendes Informationsangebot zu verstehen. Für Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen, namentlich schwangeren Frauen, Menschen mit schweren und Menschen mit chronischen Erkrankungen, sollten Inhalte zielgruppenspezifisch aufbereitet werden.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Den Ausführungen wird zugestimmt. Bei Erkenntnissen bzw. Zitation von internationalen Studien ist zudem zu berücksichtigen, dass aufgrund der Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme nicht alle Ergebnisse eins zu eins auf Deutschland übertragbar sind.*

### **9.4 Nutzungsverhalten bei der Suche nach Qualitätsinformationen**

Nach Erkenntnissen der Literatur werden Krankenhausvergleichsportale in Deutschland, welche die Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser nutzen, zwar in jüngerer Zeit zunehmend, aber immer noch relativ wenig genutzt. Als Gründe für die Nichtnutzung werden unter anderem die unzureichende Verfügbarkeit, ein Überfluss an Informationen, eine geringe Vertrauenswürdigkeit, fehlende Verständlichkeit und wenig nutzerfreundliche Darstellung genannt. Nutzerinnen und Nutzer rufen Krankenhausvergleichsportale in der Regel nicht direkt auf, sondern werden durch Suchmaschinenanfragen auf diese geleitet. Die Diskussion in den Fokusgruppen bestätigte diese Aussagen der Literatur.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Soziale Medien, die auch als Informationsquelle und zur Meinungsbildung der Patientinnen und Patienten beitragen dürften, werden erstaunlicherweise im Bericht gar nicht erwähnt.*

### **9.5 Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl aus Patientenperspektive**

Es wird ein ausführlicher Überblick über Ergebnisse der internationalen Literatur gegeben zur Frage, unter welchen Entscheidungskriterien Patientinnen und Patienten ein Krankenhaus auswählen. Neben übergeordneten Aspekten, wie z. B. die Reputation des Krankenhauses, kann dies Strukturen der Versorgung betreffen, wie z. B. Wohnortnähe, Spezialisierung des Krankenhauses oder Qualifikation des Personals. Es kann Themen der Prozesse der Versorgung betreffen, wie z. B. Hygiene und Sauberkeit oder Wartezeiten, oder die Ergebnisse der Versorgung, wie z. B. Komplikationsraten.

Zu vielen der diskutierten Kriterien scheinen die Studienergebnisse widersprüchlich zu sein, beispielsweise, welches Gewicht das Kriterium der Wohnortnähe für Patientinnen und Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses aufweist.

Für jedes der in diesem Kapitel zuvor aus der Literatur berichteten Entscheidungskriterien wird im Weiteren angegeben, was dazu in den Fokusgruppen von den Patientinnen und Patienten bzw. den anderen Fokusgruppenteilnehmern – basierend auf ihren Erfahrungen mit Krankenhausbehandlungen - gesagt wurde. Dabei werden vereinzelt transkribierte Originaläußerungen zitiert.

Danach werden die Ergebnisse der Online-Bedarfserhebung wiedergegeben. Sie decken sich weitgehend mit den Ergebnissen aus den zuvor genannten Quellen.

Abschließend erfolgt in diesem Kapitel eine Zusammenfassung aller Ergebnisse – geordnet nach den jeweiligen Entscheidungskriterien.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die Veranschaulichung der Ergebnisse durch Originalzitate aus den Fokusgruppenprotokollen entspricht der bekannten Methodik des IQTIG. Sie vermittelt einen lebhaften Eindruck vom Ablauf der Sitzungen und illustriert die Erfahrungen der Beteiligten. Es ist allerdings auffällig, dass neben den Patientinnen und Patienten wiederholt aus den Fokusgruppen der Gesundheitsberater zitiert wird, aber kein einziges Mal aus der Fokusgruppe der Ärztinnen und Ärzte. Hier wäre zu erläutern, warum dies der Fall ist.*

## **9.6 Patientenrelevante Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen**

Die in Kapitel 9.5 identifizierten Informationsbedürfnisse und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl werden in diesem Kapitel systematisch eingeordnet zu sogenannten Themenbereichen, Themen und Unterthemen. Auf Ebene der Unterthemen wird jeweils angegeben, ob in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser dazu Daten vorliegen. Tabellarisch wird dargestellt, aus welchem „Wissensbestand“ (Literatur, Fokusgruppen, Online-Befragung) die Hinweise stammen. Zusätzlich schlägt das Institut ergänzend weitere Unterthemen vor:

- Teilnahme an Disease-Management-Programmen
- Intensivmedizinische Versorgung im Haus
- Spezialsprechstunden
- Bedarf von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße
- Zusammenarbeit mit Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen
- Ehrenamtlicher Empfangs- und Begleitdienst
- Seelsorge
- Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit
- Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit schweren Allergien
- Erfüllung von Mindestmengenvorgaben

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die Form der zusammenfassenden Ergebnisdarstellung aus Literaturrecherche, Fokusgruppen, Online-Befragung und der daraus abgeleitete Katalog relevanter Themen für ein Portal ist gut nachvollziehbar. Es wäre hilfreich, wenn die im Anhang erfassten Einschätzungen der Expertinnen und Experten zu den Unterthemen ebenfalls in die Tabellen 6 bis 33 integriert werden.*

*Immerhin haben sich die Expertinnen und Experten bei einigen (Unter-)Themen gegen die Aufnahme in den Katalog ausgesprochen. Sämtliche vorliegende Informationen, welche die Basis für die weitere Entwicklung des Portals darstellen, könnten so gebündelt dargestellt werden.*

Unter **Punkt 9.6.1.8** Unterpunkt „Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte“ (Seite 158) gibt das Institut an, dass von einem großen Informationsbedarf von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der fachlichen Qualifikation von Krankenhausärztinnen und -ärzten auszugehen sei. Die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser dokumentierte ärztliche Fachexpertise der Abteilung in Form von nicht personenbezogenen Angaben der Facharztbezeichnungen und Zusatz-Weiterbildungen entspräche aber nicht den Informationsbedürfnissen von Patientinnen und Patienten. Stattdessen wird als Unterthema „Kompetenzprofile von einzelnen Ärztinnen und Ärzten mit beruflicher Qualifikation, Berufserfahrung und Forschungsaktivitäten“ vorgeschlagen. Die Expertinnen und Experten lehnen diesen Vorschlag der Bildung personengebundener Kompetenzprofile ab (Seite 388 Anhang).

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die Bundesärztekammer unterstützt nachdrücklich die Anmerkungen der Expertinnen und Experten. Grundsätzlich liegt es in der Organisationsverantwortung der Krankenhäuser, den Patientinnen und Patienten eine Behandlung unter Facharztstandard zu gewährleisten. Unabhängig von möglichen datenschutzrechtlichen Aspekten wäre es zum einen extrem aufwändig, die Berufserfahrung der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus personengebunden auf einer öffentlichen Internetseite zu operationalisieren und aktuell zu halten. Zum anderen lassen sich diese Informationen für Patientinnen und Patienten nicht eins-zu-eins in Nutzen für ihren jeweils eigenen Behandlungsfall übersetzen. Es muss Ärztinnen und Ärzten selbst überlassen sein, ob sie auf den Homepages ihrer Krankenhäuser personengebundene Kompetenzprofile darstellen wollen oder nicht.*

*Zurecht schlägt das IQTIG selbst im nächsten Kapitel des Berichts (Seite 190) letztendlich vor, „Kompetenzprofile“ bei der Gestaltung des Portals nicht zu berücksichtigen.*

Unter **Punkt 9.6.1.9** „Diagnose- bzw. prozedurbezogene Fallzahlen“ wird aus den Fokusgruppen berichtet, dass Patientinnen und Patienten hohe Fallzahlen unterschiedlich für ihre persönliche Situation interpretieren: entweder als Vorteil, im Sinne eines Surrogats für Erfahrung der behandelnden Fachabteilung, oder als Nachteil, im Sinne einer unpersönlichen Massenabfertigung mit „erhöhter Fehleranfälligkeit infolge zu starker Routine“(!).

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Dieses Beispiel belegt, wie wichtig die Befassung mit der Perspektive von Patientinnen und Patienten ist bzw. wie unterschiedlich die Interpretation z. B. von Kennzahlen bei Patientinnen und Patienten einerseits und dem Fachpublikum andererseits ausfallen kann.*

**Punkt 9.6.1.10** „Sichere Behandlungsprozesse“, Unterpunkt „Angemessene Behandlung“: Unter einer angemessenen Behandlung ist nach Angaben des Instituts vor allem die Indikationsqualität zu verstehen, d. h., ob die angewendeten Behandlungsmethoden den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und dem aktuellen Forschungsstand entsprechen. Das IQTIG sieht hier einen Informationsbedarf für Patientinnen und Patienten und hält daher die entsprechenden Qualitätsindikatoren für geeignet.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Diese Darstellung erscheint stark vereinfacht. Die Operationalisierung von Indikationsqualität mittels Qualitätsindikatoren ist bekanntermaßen deutlich anspruchsvoller als andere Formen der Prozessqualität oder von Struktur- und Ergebnisqualität. Die Interpretation der entsprechenden Ergebnisse ist bereits für Expertinnen und Experten schwierig. Erst recht dürfte dies für Patientinnen und Patienten gelten. In der individuellen Rechercituation dürften ihnen die Indikatorergebnisse häufig kaum eine Entscheidungshilfe sein.*

Unter den Punkten **9.6.1.10** „Sichere Behandlungsprozesse“, **9.6.1.13** „Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung“, **9.6.1.14** „Behandlungsergebnisse und -erfolg“ und **9.6.1.15** „Komplikationen und Sterblichkeit“ werden die Unterthemen jeweils gleichgesetzt mit den „Qualitätsindikatoren gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG“.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Der Wechsel von einer allgemeinen Themensammlung für das Portal auf die Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung, bzw. die Gleichsetzung „Unterthema = Qualitätsindikatoren“ stellt einen gewissen methodischen Bruch im Bericht dar. Diese Indikatoren waren nicht Thema der Literaturrecherche, der Fokusgruppen oder der Onlinebefragung - weder im konkreten Sinne (Sind die existierenden Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung für Patientinnen und Patienten geeignet?) noch im allgemeinen Sinne (Sind Qualitätsindikatoren grundsätzlich geeignet?). Die Aussage, ob sich das Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten mit diesen Indikatoren befriedigen lässt, ist auf dieser Basis eigentlich nicht möglich.*

Unter Punkt **9.6.1.11** „Hygiene und Krankenhausinfektionen“ wird angegeben, dass in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser (nur) Informationen zum Aufnahmescreening im Rahmen des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern verfügbar seien.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Es verwundert, dass die Aufzählung nur diesen einen Punkt enthält. Die Qualitätsberichte enthalten deutlich mehr Informationen zur Hygiene (siehe Qb-R Anlage 1 Kapitel A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte).*

Unter Punkt **9.6.1.12** „Kommunikation und Interaktion“ werden die Themen „Umgang mit Patientinnen und Patienten“ und „Aufklärung und Patienteninformationen während des Krankenhausaufenthalts“ subsumiert. Es wird darauf hingewiesen, dass die Qualitätsberichte der Krankenhäuser dazu keine Informationen enthalten.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Erkenntnisse zum wertschätzenden Umgang mit Patientinnen und Patienten oder die Angemessenheit von Aufklärung lassen sich nur aus sorgfältig entwickelten Patientenbefragungen gewinnen. Nach dem Konzept der Qualitätssicherung des G-BA und des IQTIG sind diese Entwicklungen thematisch gebunden an ein bestimmtes QS-Verfahren. Es hätte im Bericht zumindest erwähnt werden müssen, dass in den nächsten Jahren Patientenbefragungen in der externen Qualitätssicherung zu erwarten sind (beginnend mit QS PCI im Jahre 2021), in denen ein großer Teil der genannten Informationsbedürfnisse abgedeckt werden sollen. Ob, wann und in welcher Form die Befragungsergebnisse in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser integriert werden können, ist aktuell noch offen.*

## **9.7 Für das G-BA-Qualitätsportal empfohlene Informationsmodule und Weiterentwicklungen**

### **9.7.1 Übersicht zentraler Veränderungen der Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen**

Auf Basis der Diskussion in den vorherigen Kapiteln führt das IQTIG tabellarisch auf, welche Themenbereiche, Themen und Unterthemen nach seiner Einschätzung in der weiteren Entwicklung des Portals berücksichtigt werden sollten, welche Modifikationen in den Bezeichnungen vorzunehmen sind, bzw. welche Aspekte nicht weiterverfolgt werden sollten. Kriterien für einen Ausschluss sind: hoher Aufwand bei der Datenbeschaffung oder -aktualisierung, geringe inhaltliche Relevanz oder Überschneidungen zwischen den Themenbereichen.

Unter 1.2.3 (neu) „Informationen zu unterstützenden Angeboten“ empfiehlt das IQTIG, Hinweise in Form von Informationen und Kontaktmöglichkeiten (ggf. Verlinkung) aufzunehmen zur Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, zur Website gesundheitsinformation.de des IQWiG und zum Nationalen Gesundheitsportal.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Sollte eine solche Querverlinkung eingefügt werden, so schlägt die Bundesärztekammer vor, auch das Web-Portal [patienten-information.de](http://patienten-information.de) des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zu verlinken.*

Unter 11.2 (neu) „Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren“ schlägt das IQTIG vor, auf die Nennung von Selbstbezeichnungen zu verzichten und perspektivisch die im Rahmen der Zentrums-Regelungen gemäß § 136c Abs. 5 SGB V erfassten Daten zu berichten.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die Bundesärztekammer unterstützt grundsätzlich den Vorschlag, auf Zentrumsbezeichnungen, die von den Krankenhäusern selbst gewählt wurden, zu verzichten. Inwieweit das in der Praxis im Einzelnen möglich oder für Patientinnen und Patienten tatsächlich hilfreich ist, muss sich allerdings zeigen, z. B. dann, wenn Zentrumsbezeichnungen fest zum Namen der Einrichtung gehören.*

Zu einer Vielzahl von Themen, welche die Strukturen der Krankenhäuser betreffen, wie z. B. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten, Spezialsprechstunden, Ausstattung der Zimmer etc., wird ebenfalls empfohlen, diese nicht im Qualitätsportal einzubeziehen, sondern auf den Webpräsenzen der Krankenhäuser zu verorten. Lediglich die Ausstattung der Zimmer mit WLAN und TV soll einbezogen werden.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Der Vorschlag ist grundsätzlich nachzuvollziehen. Ggf. kann es aber dennoch notwendig werden, in zukünftigen QS-Verfahren definierte Strukturqualitätsindikatoren einzubeziehen.*

Unter **Punkt 8 (neu)** „Hygiene und Informationsmanagement“ empfiehlt das IQTIG, auf die Unterthemen Hygienemängel, Vermeidung von Infektionen und Nosokomiale Infektionen zu verzichten. Wundinfektionen seien „mit den derzeit verfügbaren Daten nicht angemessen abbildbar.“ Perspektivisch könne man ggf. die Qualitätsergebnisse aus den noch in Erprobung bzw. Entwicklung befindlichen QS-Verfahren aufnehmen.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Mit der Krankenhaushygiene wäre ein – auch in den Augen des Gesetzgebers – wichtiges Thema primär nicht Bestandteil des Qualitätsportals.*

*Das beim G-BA in Erprobung befindliche QS-Verfahren „Nosokomiale Wundinfektionen“ wird anscheinend auch vom IQTIG selbst in der gegenwärtigen Form als nicht zielführend eingeschätzt.*

### **9.7.3 Datengrundlage**

In diesem Kapitel geht das IQTIG auf die möglichen Datengrundlagen für das Qualitätsportal ein. Es kommt zu dem Schluss, dass außerhalb der jährlichen strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser gegenwärtig keine weitere Datenquelle nutzbar sei. Stichwortartig werden Gründe aufgeführt:

- Inhaltliche Anschlussfähigkeit zu den Informationsbedürfnissen sowie den in den strukturierten Qualitätsberichten verfügbaren Daten
- Erfüllung methodischer Anforderungen
- Datenqualität
- Organisatorischer und logistischer Aufwand zur Etablierung eines Datenflusses
- Datenschutz
- Datenverfügbarkeit und -aktualität im Zeitverlauf
- Nutzungsrechte für Datenquellen

Das Institut empfiehlt ausdrücklich, die Qualitätsberichte als einzige Datenquelle zu belassen. Weiterentwicklungen, Ergänzungen oder Modifikationen der Datengrundlage sollten in den Qualitätsberichten selbst integriert werden. Andererseits weist das IQTIG auf bekannte „erhebliche Einschränkungen der Datenqualität in den strukturierten Qualitätsberichten“ hin und empfiehlt, zu prüfen, inwiefern die Datenflüsse beschleunigt und die Datenqualität verbessert werden können. Themen, die zurzeit noch nicht abbildbar sind, sondern sich in Entwicklung befinden oder noch zukünftig beauftragt werden, sollten in Form von „Platzhaltern“ im Portal berücksichtigt werden.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Dass keinerlei Datenquellen neben den Qualitätsberichten der Krankenhäuser als für das Portal geeignet angesehen werden, ist überraschend. Anstelle einer pauschalen Begründung hätte man hier eine detaillierte Auseinandersetzung mit den potenziellen Datenquellen erwartet – gerade angesichts der ansonsten im Bericht erkennbaren systematischen und strukturierten Vorgehensweise. Zumindest eine tabellarische Übersicht aller analysierten Datenquellen mit Vor- und Nachteilen wäre zu erwarten. Eine perspektivische Anbindung an andere Datenverfahren mit öffentlichem Auftrag, wie z. B. klinische Krebsregister, Implantateregister, Transplantationsregister oder Intensivregister hätte grundsätzlich diskutiert werden können.*

Das IQTIG empfiehlt, Indizes nur für die Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung zu berechnen. Nur diese seien bei ihrer Entwicklung auf Eignungskriterien überprüft worden. Eine Vermischung von Indikatorergebnissen mit anderen Kennzahlen der Qualitätsberichte zu einem Index sollte unterbleiben.



Da gemäß den Datenschutzvorgaben der strukturierten Qualitätsberichte kleine Fallzahlen in Zähler oder Nenner von Indikatorergebnissen (< 4) „maskiert“, d. h. nicht dargestellt werden, können hier auch keine Indizes berechnet werden. Am Beispiel der Ergebnisse des Jahres 2018 aus dem QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung wird gezeigt, dass dies bei einzelnen Indikatoren bis über 60 % der Krankenhausstandorte betreffen würde. Es wird daher empfohlen, für die Indexberechnung dem IQTIG zu ermöglichen, mit „unmaskierten“ Daten zu rechnen. Am gleichen Beispiel wird gezeigt, dass bei einem Index aus allen 10 Indikatoren des QS-Verfahrens bei maskierten Daten nur 1,1 % der Krankenhausstandorte dargestellt werden könnte, bei unmaskierten Daten wären dies 75,6 %.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Tabelle 37 ist schwer verständlich. In der dritten Spalte wäre die Überschrift zu erwarten: „Anteil Leistungserbringer mit mindestens vier Fällen pro Indikator (...)“*

#### **9.7.4 Zuordnung von Qualitätsindikatoren zu Informationsmodulen zur Aggregation**

Es wird erläutert, welche Qualitätsindikatoren nach Vorschlag des Instituts den „Informationsmodulen“ zuzuordnen seien. Dem Informationsmodul „Behandlungserfolg“ sollen Qualitätsindikatoren zu Behandlungsergebnissen, Komplikationen und Sterblichkeit zugeordnet werden. Dem Informationsmodul „Sichere Versorgungsprozesse“ sind Qualitätsindikatoren zuzuordnen, welche die angemessene Behandlung, Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit sowie die rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung betreffen. Zum Informationsmodul „Kommunikation und Interaktion“ sollen Indikatoren zum Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie zur Aufklärung und Patienteninformation zählen.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*An dieser Stelle wäre ein Hinweis hilfreich, dass die Verfahren der externen Qualitätssicherung des G-BA gegenwärtig nur in seltenen Fällen zu allen drei „Informationsmodulen“ Indikatoren aufweisen. Z. B. wird im Leistungsbereich Lungentransplantation nur die Ergebnisqualität und im Leistungsbereich Mammachirurgie nur die Prozessqualität gemessen.*

### **10 Methodik für die Informationsaggregation**

#### **10.1 Ziele und theoretischer Rahmen der Informationsaggregation**

Gemäß Auftrag soll das IQTIG Auswahl und Darstellung der Informationen so wählen, dass faire Vergleiche zwischen Krankenhäusern möglich sind. Das Institut postuliert, dass Fairness bedeute, dass Einflussfaktoren auf Prozesse und Ergebnisse, die die Krankenhäuser nicht beeinflussen können, ausreichend berücksichtigt werden und dass dies durch die Eignungskriterien bei der Konstruktion der Indikatoren bereits ausreichend geschehe. Weiterhin beinhalte Fairness die Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit der Indikatorergebnisse.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Aus Sicht der Bundesärztekammer gehört zur Fairness auch die Möglichkeit für das Krankenhaus, sich zu sogenannten „auffälligen“ Ergebnissen äußern zu können. Das Element des Dialogs (im Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL bzw. im Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL) gehört also zwingend zur Fairness. Dies ist auch dem G-BA-Auftrag zu entnehmen (Punkt 1.2.f).*

Im Weiteren wird Qualität als „formatives Konstrukt“ definiert. Das Konstrukt sei multidimensional. Die Zusammensetzung der Dimensionen in dem Konstrukt sei inhaltlich bestimmt, im Gegensatz zu reflektiven eindimensionalen Konstrukten sei keine hohe Korrelation zwischen den Dimensionen erforderlich. Als Gütekriterium für formative Konstrukte wird Inhaltsvalidität benannt, d. h. das Ausmaß, in dem die Variablen (Indikatoren) das Konstrukt repräsentativ abbilden. Alle relevanten Dimensionen müssten sich im Indexmodell wiederfinden. Dadurch begründe sich zudem, dass Indikatoren grundsätzlich gleich zu gewichten sind.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die grundsätzlichen methodischen Überlegungen zur Qualität als formatives Konstrukt sind nachvollziehbar. Mit Blick auf die postulierte Multidimensionalität würde dies aber auch bedeuten, dass zwingend alle relevanten Aspekte (Indikatoren) in den Index eingehen müssen. Das mag für zukünftige anhand eines konsistenten Qualitätsmodells entwickelten QS-Verfahren der Fall sein. Für die historischen Verfahren der externen Qualitätssicherung ist dies sicher nicht der Fall. Die Berechnung von Indizes für diese Verfahren ist demnach methodisch eigentlich nicht zulässig.*

### **10.2.3 Festlegung eines einheitlichen Qualitätsindikatorensets**

Da bekanntermaßen nicht alle Krankenhäuser bei allen Indikatoren Fälle aufweisen, soll die Auswahl der Indikatoren anhand empirischer Ergebnisse so erfolgen, dass möglichst viele Krankenhäuser einbezogen sind. Anhand des Beispiels der QS Hüftendoprothesenversorgung aus dem Verfahrensjahr 2018 wird gezeigt, dass bezogen auf die Informationsmodule „Sichere Versorgungsprozesse“ und „Behandlungserfolg“ zwischen 75,6 % und 88,9 % Krankenhäuser einbezogen werden könnten (je weniger Indikatoren, desto mehr Krankenhäuser). Bei QS Mammachirurgie wären dies zwischen 51,7 % und 86,5 % bezogen auf das Informationsmodul „Sichere Versorgungsprozesse“. Es wird vorgeschlagen, einen Schwellenwert, z. B. 80 %, zu wählen.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Aus den Ausführungen ist nicht ersichtlich, wieso bei Verwendung von zwei („Sichere Versorgungsprozesse“ und „Behandlungserfolg“ bei QS Hüftendoprothesenversorgung) oder gar nur einem Informationsmodul („Sichere Versorgungsprozesse“ bei QS Mammachirurgie) eine inhaltsvalide Abbildung der Qualität möglich sein soll. Verwendet man einen Schwellenwert von 80 % bei QS Mammachirurgie, so würde dies bedeuten, dass bereits zwei Prozessindikatoren einen „inhaltsvaliden“ Index ermöglichen. Unabhängig davon, dass sich bei Anwendung von Schwellenwerten aufgrund empirischer Daten Jahr für Jahr die Zahl der einbezogenen Krankenhäuser ändern würde, deutet sich mit den Rechenbeispielen an, dass mit den Indikatorergebnissen der externen Qualitätssicherung nicht oder nur eingeschränkt – weil lückenhaft – Gesamtindizes berechnen lassen. Zumindest wäre zu fordern, dass die drei Informationsmodule „Behandlungserfolg“, „Sichere Versorgungsprozesse“ und „Kommunikation und Interaktion“ für einen inhaltsvaliden Index grundsätzlich immer abgedeckt sind.*

### **10.2.4 Auswahl der Informationsgrundlage**

Es werden drei Optionen diskutiert, wie Daten der externen Qualitätssicherung in einen Gesamtindex eingehen können. Zur Auswahl stehen die Daten aus den beiden Stufen im strukturierten Dialog, d. h. aus Stufe 1 die metrischen Indikatorergebnisse der rechnerischen Abweichung vom Referenzbereich und aus Stufe 2 die kategorisierende Bewertung der

qualitativen Auffälligkeit im Strukturierten Dialog. Auch eine Kombination von beiden Stufen ist möglich.

- Option 1: Das Institut stellt fest, dass die **Ergebnisse des Strukturierten Dialogs** mangels einer „bundeseinheitlichen sowie richtlinienübergreifenden Methodik“ eine „erhebliche, bewertungsstellenabhängige Heterogenität“ gezeigt hätten. Diese deute „auf eine mangelnde Objektivität und daher eingeschränkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs“ hin. Zudem werde rechnerisch lediglich dichotom festgestellt, ob ein Indikatorergebnis innerhalb oder außerhalb des Referenzbereichs liege und nicht wie weit entfernt davon. Zudem bestehe die bekannte Unsicherheit der Qualitätsaussage bei kleinen Fallzahlen. Aus diesen Gründen wird Option 1 nicht empfohlen.
- Option 2: Die alleinige Verwendung der „**metrischen Indikatorergebnisse**“ würde wegen der bundeseinheitlichen Berechnungsvorschrift eine hohe Objektivität ermöglichen. Fallzahlbedingte Unsicherheiten ließen sich durch statistische Verfahren berücksichtigen, der Strukturierte Dialog würde nicht benötigt, dadurch ständen die Ergebnisse schneller zur Verfügung. Die Ergebnisunterschiede seien nicht dichotom, sondern feiner granuliert. Durch die Aggregation würden Messfehler an Bedeutung verlieren. Die Brauchbarkeit der Informationen für Nutzerinnen und Nutzer des G-BA-Qualitätsportals sei erheblich erhöht. Ein Ranking von Leistungserbringern auf Basis dieser Aggregationen wird allerdings nicht empfohlen. Das IQTIG spricht sich dafür aus, diese Option 2 zu verwenden.
- Option 3: Würde man die **quantitativen Indikatorergebnisse und die qualitativen Ergebnisse des Strukturierten Dialogs** zu einem Indexwert zusammenfassen, so erfordere dies eine „Rückübersetzung“ der qualitativen Ergebnisse des Strukturierten Dialogs in einen quantitativen Wert. Dies bedeute einen „höchst selektiven Eingriff in die Objektivität und in die Validität der metrischen Indikatorergebnisse“. Die mangelnde Objektivität des Strukturierten Dialogs bedeute auch hier eine Limitation. Die qualitativen Bewertungen des Strukturierten Dialogs seien nicht als Goldstandard für quantitative Auffälligkeitseinstufungen anwendbar. Diese Option wird daher nicht empfohlen.

In Zusammenfassung kommt das IQTIG zu dem Schluss, dass metrische Indikatorergebnisse geeigneter seien als die kategorialen Ergebnisse des Strukturierten Dialogs.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Das Plädoyer des Berichts, bei der aggregierten Ergebnisdarstellung für das Qualitätsportal auf die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs, also einer fachlichen Expertenbewertung, ob ein Qualitätsmangel vorliegt oder nicht, gänzlich zu verzichten, wird von der Bundesärztekammer nicht geteilt. Dies würde einen Rückschritt gegenüber den strukturierten Qualitätsberichten bedeuten. Eine mögliche Option, die metrischen Ergebnisse zu Indizes zu aggregieren und die Kategorien der Qualitätsbewertung dennoch mitzuführen, wird z. B. nicht diskutiert.*

*Die vom IQTIG vorgeschlagene Vorgehensweise, aus aggregierten Indizes eine Qualitätsinformation zu gewinnen, stellt aus unserer Sicht nur einen scheinbaren Nutzen für Patientinnen und Patienten dar, wenn der errechnete Wert die Qualität des Versorgungsbereichs gar nicht repräsentativ und angemessen abbildet.*

*In den Fokusgruppensitzungen ist augenscheinlich vermieden worden, ein Kernthema des Auftrags, in welcher Form genau Qualitätsinformationen für das Portal aufgearbeitet werden*

*sollten, systematisch zu thematisieren. So hätte erfragt werden können, ob die Anzeige isolierter Ergebniskategorien den Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten ausreichend befriedigt oder ob die zusätzliche Einbeziehung von Expertenurteilen das Vertrauen in diese Ergebnisse stärken kann.*

### **10.2.5 Einheitliche Skalierung**

Der Vorteil verteilungsunabhängiger (fester) Referenzbereiche gegenüber verteilungsabhängigen Referenzbereichen (z. B. über Perzentilen) wird beschrieben und daher als angemessener für das Qualitätsportal empfohlen. Perzentilbasierte Referenzbereiche der externen Qualitätssicherung seien daher in feste Referenzbereiche umzuwandeln.

Weiterhin wird argumentiert, dass die direkte Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit in den skalierten Indikatorergebnissen gegenüber der Angabe von Vertrauensintervallen vorzuziehen sei, da sie Patientinnen und Patienten eher den Vergleich von Krankenhausergebnissen ermöglichen würde.

Es wird vorgeschlagen, die „A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung der Referenzbereiche im Rahmen eines Bayesianischen statistischen Modells“ zu berechnen. Dabei sei die Wahrscheinlichkeit von Interesse, dass der einem beobachteten Wert zugrunde liegende Kompetenzparameter  $\theta$  im Referenzbereich liegt.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Schon zum Bericht des IQTIG zur Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs hatte die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass die Variablenbezeichnung „Kompetenzparameter“ nicht angemessen ist, da sie suggeriert, dass mit Qualitätsindikatoren Kompetenz (von Leistungserbringern) gemessen werden könne.*

### **10.2.8 Klassifikation**

Um einen Index, der die gewichtete A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung der jeweiligen Referenzbereiche der zugrunde liegenden Indikatoren repräsentiert, für Patientinnen und Patienten anschaulicher zu machen, wird die Überführung des Index in Kategorien in zwei Darstellungsformen empfohlen: einer visuellen Skala mit 5 Kategorien sowie zusätzlich „für eher numerisch orientierte Nutzerinnen und Nutzer“ eine höher auflösende Skala mit Zahlen zwischen 1 und 10. Drei Optionen der Kategorieneinteilung werden diskutiert. Das Institut spricht sich bei der 5er-Skala für eine Einteilung in 10er-Schritte ab 60 und analog bei der 10er-Skala in 5er-Schritten aus.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die parallele Anwendung zweier Skalen für eine Ergebnisdarstellung erscheint ungewöhnlich. Sie erschließt sich nicht auf den ersten Blick, zumal die detailliertere Skala gedanklich auch mühelos in die gröbere Skala überführt werden kann. Es wird im Bericht nicht angegeben, ob es Erfahrungen mit vergleichbaren Darstellungen in der Literatur gibt.*

*Im Sinne einer Vereinfachung und Verständlichkeit für Patientinnen und Patienten wäre aus Sicht der Bundesärztekammer eine Skala ausreichend. Ein Index stellt lediglich die „statistische Evidenz für die Einhaltung der Referenzbereiche“ dar. Diese ist nicht gleichzusetzen mit der Qualität des Krankenhauses. Eine gröbere 5er-Skala ist daher ausreichend, eine 10er-Skala suggeriert eine Präzision, die nicht vorhanden ist.*

#### **4. Fazit**

Der Zwischenbericht des IQTIG für ein Konzept zur Einrichtung eines Qualitätsportals basiert auf einer ausführlichen systematischen Analyse, deren einzelne Schritte transparent dargestellt und gut nachvollziehbar sind. Die Strukturierung des dabei ausgemachten Informationsbedarfs von Patientinnen und Patienten mittels sogenannter Informationsmodule kann aus Sicht der Bundesärztekammer ein gangbares Konzept sein, es bestehen aber Risiken der Überschneidung mit bereits bestehenden Kategorisierungen, etwa mit den klassischen Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Noch nicht überzeugend wirken die Fixierung auf die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser als alleinige Datenquelle des Portals, die Ausklammerung von Ergebnissen aus dem Strukturierten Dialog bei der Qualitätsdarstellung und die methodische Herangehensweise bei der Bildung von Indizes aus Indikatoren, die zu einer statistischen Pseudogenauigkeit führen können und damit die Gefahr der Desinformation von Patientinnen und Patienten bergen.

Anhand des vorgelegten Zwischenberichts ist insofern noch nicht vorherzusagen, ob das geplante Qualitätsportal des G-BA einen tatsächlichen Mehrwert gegenüber den zahlreichen schon existierenden Krankenhausvergleichsportalen für Patientinnen und Patienten erzielen wird.