



Deutsches Netzwerk  
Versorgungsforschung e.V.

DNVF e.V.  
c/o IMVR, Eupener Str. 129, 50933 Köln

Bundesministerium für Gesundheit

per Email an: 223@bmg.bund.de

DNVF e.V. - Geschäftsstelle  
c/o IMVR  
Eupener Str. 129  
50933 Köln

Fon 0221 478 97115  
Fax 0221 478 1497111

dnvf@uk-koeln.de

VR.Nr. 15170, Amtsgericht Köln

Köln, 20.02.2014

## **Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

(Bearbeitungsstand: 12.02.2014, 14:02 Uhr)

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerne kommen wir der Einladung nach, zu dem o.g. Referentenentwurf aus Sicht des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. Stellung zu nehmen. Wir beziehen uns dabei ausschließlich auf die Gründung eines fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (§ 137, SGB V).

Wir stimmen der Einschätzung zu, dass durch eine konsequente Qualitätsorientierung der Gesundheitsversorgung Verbesserungspotentiale im ambulanten und im stationären Bereich aufgedeckt und erschlossen werden können. Wir sehen ebenfalls die Notwendigkeit, entsprechende strukturelle Voraussetzungen zu schaffen, die eine dauerhafte, stringente Qualitätsorientierung und Sicherung eines hohen versorgungsnahen und wissenschaftlich fundierten Qualitätsniveaus erlauben. Die Schaffung eines Qualitätsinstituts als Stiftung privaten Rechts analog zum IQWiG erscheint sinnvoll.

Die Erweiterung der Aufgaben des bisher beauftragten AQUA-Instituts um die Aufgabe der Schaffung von Transparenz auch im ambulanten Bereich sowie die Beurteilung von Zertifikaten ist eine sinnvolle bürgerorientierte Maßnahme. Hier sollten existierende Erfahrungen und Verfahren der Kriterienentwicklung für Zertifizierungen unbedingt genutzt werden.

Auch stimmt das DNVF der Annahme zu, dass mit der Einführung des Qualitätsinstituts, der Festlegung von Qualitätsindikatoren sowie deren transparenten Darstellung für Patienten in der Tat eine stärkere Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem in Gang gesetzt werden kann.

**Dabei ist allerdings die Qualität dieses initiierten Prozesses in hohem Maße von der Validität der Qualitätsindikatoren und der Reliabilität der Erhebung selbst abhängig.** In Bezug auf die Erhebung müssen entsprechende Regelungen auf organisationaler, regionaler und nationaler Ebene geschaffen werden.

Vor dem Hintergrund des Koalitionsvertrages und der dort formulierten Bestrebungen, Vergütung nach Qualitätsindikatoren auszurichten (Pay for Performance), wächst die Bedeutung der Auswahl der Indikatoren und ihrer methodischen Qualität.

### **Vorstand des DNVF – Wahlperiode 2012-2014**

Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer (Vorsitzender)  
Prof. Dr. Holger Pfaff (Stellvertretender Vorsitzender)  
Prof. Dr. Gerd Glaeske (Hauptgeschäftsführer)

Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer  
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann  
Prof. Dr. Dr. Andrea Icks

PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke  
Prof. Dr. Renate Stemmer  
PD Dr. Antje Timmer

Kooptiertes Mitglied im Vorstand seitens der AWMF: Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann

In der Diskussion um Art und Güte der Indikatoren darf jedoch nicht die Tatsache außer Acht gelassen werden, dass die Implementierung von Indikatoren nur nach vorheriger Klärung der zentralen Qualitätsprobleme und des Handlungsbedarfs erfolgen sollte. Hier stehen im deutschen Gesundheitswesen einerseits Fragen der Patientensicherheit, andererseits der Versorgung chronisch Kranker und Probleme der Koordination im Vordergrund.

Wir sehen einen erheblichen Bedarf, die Qualität der gesetzlichen Qualitätsberichte weiterzuentwickeln und die Festlegung der Qualitätsindikatoren im engen, wiederkehrenden Dialog mit den wissenschaftlichen und fachlichen Experten vorzunehmen. Entsprechende Routinen sind zu nutzen und einzurichten. Vor allem sind die Qualitätsindikatoren bestehender S3 Leitlinien zu übernehmen, nur wenige darüber hinaus gehende Indikatoren sollten, wenn wirklich notwendig mit Begründung, zusätzlich abgebildet werden. In der heutigen Zeit muss bei der vielfachen Dokumentationslast behandelnder Ärzte dringend auf Datensparsamkeit geachtet werden, um ein wahrhaftiges Abbild der Versorgung zum Nutzen von Patienten und Ärzten gemeinsam zu erreichen.

Prozessqualitätsindikatoren, die i.d.R. schwieriger als Ergebnisindikatoren zu erfassen sind, müssen abgebildet werden, sie bieten den Vorteil, keiner Risikoadjustierung zu bedürfen. Ergebnisqualitätsindikatoren müssen kurz-, mittel- und langfristige Ergebnisse widerspiegeln. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die stringente Orientierung an den „definierten“ Qualitätskriterien zur Vernachlässigung nicht festgelegter „weicherer“ Qualitätskriterien führen könnte und sich die Versorgungsqualität insgesamt nicht für den Patienten verbessert. Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2007 ausführlich mit der Fragestellung der Indikatoren, der Indikatorenbildung und dem Nutzen der Anwendung in einem umfangreichen Artikel auseinandergesetzt hat (Ziffer 569-Ziffer 666). Diesen Vorschlägen möchten wir uns inhaltlich anschließen und glauben, dass mit diesen Vorschlägen eine gute Basis für die Bewertung und Bearbeitung von Qualitätsindikatoren gegeben ist.

Mit dem Bestreben, die sektorübergreifende Versorgung zu verbessern, sollten bestehende Indikatoren genutzt und eventuell neue entwickelt werden, die den gesamten Krankheitsprozess über die Sektoren hinweg abbilden und auch populationsbezogene Aspekte mit einbeziehen (sog. Area-Indikatoren). Inwieweit werden beispielsweise Patienten im Krankenhaus über weitere Versorgungsleistungen, z.B. medizinische Rehabilitationsmaßnahmen informiert, zum selbständigen Training, gesunder Lebensführung motiviert? Auch dies könnte ein Qualitätsindikator guter Versorgungsleistung sein.

Sehr kritisch sehen wir den Ausschluss einer sekundären Datennutzung mit Bezug zu den Leistungserbringern, aber auch für definierte Patientenkollektive für wissenschaftliche Zwecke (Erläuterungen zu Absatz (7), S. 34). Um gerade neue Entwicklungen z.B. im Bereich prädiktiver Medizin prospektiv begleiten zu können, kann es notwendig sein, pseudonymisierte Patientenkollektive über einen längeren Zeitraum verfolgen zu können. Ebenso benötigt die organisationsbezogene Versorgungsforschung dringend leistungserbringerbezogene Daten, um klären zu können, was die wesentlichen Organisationsfaktoren sind, die die Qualität der Versorgung sicherstellen. Nur so kann die organisationsstrukturelle Seite der Qualitätssicherung evidenzbasiert vorangetrieben werden, denn evidenzbasierte Organisationsentwicklung in der stationären und ambulanten Versorgung wird dringend benötigt.

Abschließend ist anzumerken, dass bei der Entwicklung und Festlegung der Indikatoren und der unseres Erachtens notwendigen Einbeziehung von Fachexperten und zuständigen Fachgesellschaften z.B. für dezidierte Rückmeldeverfahren der Austausch mit international ähnlich arbeitenden Institutionen gesucht werden sollte.

Das DNVF wünscht frühzeitig, bereits in der Planungsphase des Institutes, als auch in allen weiteren Verfahrensabschnitten beteiligt zu werden und verweist in diesem Punkt auf die Stellungnahme der AWMF.

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer