



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Vorbericht des IQTIG „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren:  
Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“

Berlin, 09.11.2018

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## **1. Einordnung des Vorberichts**

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 28.09.2018 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Abs. 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Vorbericht des Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aufgefordert.

Das IQTIG erhielt am 18.05.2017 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag zur Erstellung eines Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von Indikatoren zur Vorbereitung weiterer Beschlüsse des G-BA gemäß § 136c Abs. 1 SGB V als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung.

Dabei handelt es sich um eine Folgebeauftragung im Rahmen des Konzepts der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V. Die Folgebeauftragung beinhaltet zwei separate Auftragsgegenstände: Teil 1. Die Prüfung der Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen sowie Teil 2. die Erstellung eines Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Die Vorlage des Konzepts zu Teil 1 des Folgeauftrags erfolgte durch das IQTIG im Februar 2018; die Bundesärztekammer nahm hierzu schriftlich am 29.03.2018 Stellung.

Der jetzt vorliegende Konzeptentwurf entspricht dem zweiten Teil des Folgeauftrags. Den wissenschaftlichen Bericht zu diesem Konzept soll das IQTIG dem G-BA bis zum 21.12.2018 vorlegen.

## **2. Vorbemerkung**

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer gliedert sich in zwei Teile. Der folgende Abschnitt 3 enthält Anmerkungen zum Vorbericht im Einzelnen, in Abschnitt 4 wird ein Fazit gezogen.

## **3. Stellungnahme im Einzelnen**

Die Bundesärztekammer nimmt zu den einzelnen Abschnitten des Vorberichts wie folgt Stellung:

### **Zu 1 Einleitung**

#### **Zu 1.1 Qualitätsdimensionen und Planungszwecke**

*Seite 22, zweiter Absatz*

„Im Rahmen der Krankenhausplanung bzw. der Kapazitätsplanung werden daher Indikatoren für sinnvoll erachtet, die nicht die Qualität einer Einrichtung, sondern die Versorgung innerhalb einer definierten Region beschreiben. Solche Indikatoren werden System- oder area-Indikatoren genannt. Indikatoren zur Systemqualität ermöglichen die leistungserbringer- und sektorenübergreifende Beschreibung der Versorgung zu einer Indikation, einem Querschnittsthema oder zu einem Fachgebiet.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die Bundesärztekammer unterstützt den Ansatz, für die Krankenhausplanung die Versorgungsqualität nicht alleine bezogen auf einzelne Krankenhäuser, sondern auf ganze Regio-

nen darzustellen. Es wird zu Recht auf die Bedeutung von Systemindikatoren hingewiesen. Mit Systemindikatoren lassen sich beispielsweise Hinweise auf eine Unterversorgung in einer Region finden. Andererseits ist bei komplexen Krankheitsbildern mit langen Behandlungsverläufen über mehrere Sektoren hinweg eine Zuschreibung der Verantwortung zu einem einzelnen Krankenhaus oft gar nicht möglich, so dass auch hier Systemindikatoren hilfreich wären.

*Seite 23, dritter Absatz*

„Die interventionelle Planung zur Einschränkung des Leistungsspektrums einer Fachabteilung oder im Extremfall zu deren Schließung sowie die Auswahl von Krankenhausstandorten erfordern ebenfalls Daten aus der laufenden Versorgung. Zusätzlich können diese je nach Rechtslage in einem Bundesland auch für eine aufsichtsrechtliche Intervention in einem betroffenen Standort nutzbar sein.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

An dieser Stelle wird erstmals – auch gegenüber früheren Berichten – der Neologismus „interventionelle Planung“ eingeführt. Diese Intervention über den Umweg der Planung sei abzugrenzen von der „direkten Intervention“ (Abbildung 1) der Aufsichtsbehörde eines Landes. „Interventionell“ ist ein technischer Begriff aus der Medizin und passt daher hier nicht. Gemäß Duden: (von diagnostischen oder therapeutischen Verfahren) gezielt in das Körpergewebe eingreifend. „Interventionell“ und „Planung“ sind zudem zwei Begriffe, die in entgegengesetzten Sinne verwendet werden (sofort eingreifend handeln versus prospektiv planen).

Um Verwirrungen zu vermeiden, wäre es angebrachter, entweder bei dem Begriff der Intervention zu bleiben oder sich näher an den Wortlaut des Gesetzes zu halten. So könnte man analog zu § 8 Absatz 1b KHG von einer „Herausnahme aus dem Krankenhausplan“ sprechen, ein analoger Begriff wäre – wie es auf Seite 21 heißt – „Schließungsentscheidung“.

## **Zu 1.2 Nutzung von Qualitätsanforderungen zur Regulierung in anderen Ländern**

*Seite 25 ff*

Es erfolgt ein kurzer Überblick über Qualitätselemente in den Krankenhausplanungen in Schweden, Dänemark, Großbritannien, den Niederlanden, Österreich, der Schweiz, den USA und Kanada.

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die Darstellung der internationalen Situation ist informativ. Leider versäumt es der Vorbericht, die Informationen konsequent in einen Kontext mit den eigenen Überlegungen zu stellen. Lediglich die „leistungsorientierte Planung“ der Schweiz wird später in den Kapiteln 6 und 8 noch einmal erwähnt, da sie im Gutachten des Sachverständigenrates 2018 als „Inspiration“ für Deutschland zitiert wird. Es hätte auf der Hand gelegen, die narrative Darstellung der Ergebnisse der „orientierenden Recherche“ durch eine systematische Gegenüberstellung der einzelnen Wirkkomponenten der internationalen Planungspraxis zu ergänzen und diese Analyse – zusammen mit den geäußerten Bedarfen der deutschen Experten – als Ausgangsbasis weiterer Überlegungen zu verwenden.

### **Zu 1.3 Auftrag durch den G-BA**

*Seite 32, erster Abschnitt*

„Das IQTIG wird im Zusammenhang mit dem formulierten Auftragsgegenstand Kriterien für die Identifikation von Themen bzw. Versorgungsbereichen mit besonderer Priorität für die Berücksichtigung von Qualitätsergebnissen bei der Krankenhausplanung vorlegen.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die in Kapitel 2 dargelegten „Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen“ gehen über den G-BA-Auftrag hinaus, sind aber grundsätzlich eine sinnvolle Ergänzung.

### **Zu 1.4 Einbindung von Expertinnen und Experten**

*Seite 33*

Es wird von Fachgesprächen mit Vertretern von fünf Landesbehörden berichtet sowie von Fachgesprächen mit Vertretern von Fachgesellschaften und Patientenvertretern.

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die Einbindung der Landesbehördenvertreter ist zu begrüßen, da diese ja die Zielgruppe der Anwender des Verfahrens darstellen. Ergänzend wurde im Anhang eine informative Übersicht angefügt über qualitätsorientierte Komponenten der Krankenhauspläne. Leider wurden nur fünf Bundesländer befragt, die zudem auch als Vorreiter für das Konzept der qualitätsorientierten Krankenhausplanung gelten. Es wäre hier aussagekräftiger gewesen, die Positionen aller 16 Bundesländer im Detail zu erfahren, um das gesamte Spektrum abzubilden. Im Kapitel 2.2 werden zwar zusammenfassend Ergebnisse der Gespräche mit den ausgewählten Experten hinsichtlich auszuwählender Versorgungsbereiche wiedergegeben. Eine systematischere Bedarfsermittlung der Landesebene wäre hier aber hilfreicher gewesen.

## **Zu 2 Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen**

### **Zu 2.1 Eignung nach Planungszwecken**

*Seite 36, dritter Absatz*

„Für entsprechende Versorgungsbereiche kommen alternative Steuerungsinstrumente infrage, mit denen eine entsprechende Unterstützung gegeben oder ein entsprechender Druck zur Mängelbehebung ausgeübt werden kann oder – falls dies nicht hilft – die mangelhafte Versorgung ganz gestoppt werden kann. Dies ist derzeit das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge, das sich allerdings noch im Aufbau befindet sowie die Richtlinie zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA gemäß § 137 Abs. 1 SGB V, die ebenfalls noch nicht beschlossen worden ist.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die Richtlinie ist weder vom Gesetzgeber noch vom G-BA als alternatives Steuerungsinstrument (zu anderen Instrumenten) konzipiert, sondern soll vielmehr die anderen G-BA-Richtlinien unterstützen, indem sie in grundsätzlicher Weise die Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festlegt, die in den Richtlinien bestimmt werden.

Seite 37, zweiter Absatz

„Strukturqualitätsrichtlinien sind einerseits einfacher zu organisieren, ermöglichen andererseits aber nicht eine Veröffentlichung der Ergebnisse, wodurch der Bevölkerung transparent gemacht werden kann, ob Leistungserbringer und Planungsbehörden diese Maßnahme konsequent umsetzen.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Strukturqualitätsrichtlinien stellen per se keine Maßnahme dar. Eine Maßnahme würde die Überprüfung der Richtlinie, z. B. durch den MDK, darstellen. Ziel der Strukturrichtlinien ist auch nicht die Überprüfung der Planungsbehörden.

## **Zu 2.2 Kriterien für Versorgungsbereiche**

In den Kapiteln 2.2 und 2.3 werden drei Kriterien abgeleitet, aus denen zukünftige PlanQI-Verfahren ausgewählt werden könnten: „Epidemiologische Relevanz“ (unter anderem Krankheitslast), „besonderer Steuerbedarf für die Krankenhausplanung“ (einerseits Spezialisierung und Zentrenbildung und andererseits Verhinderung von unnötigen Mengenausweitungen) sowie „quantitative Bedeutung in der stationären Versorgung“ (Häufigkeit von Leistungen oder Fachabteilungen).

Auf Seite 47 heißt es im Fazit dazu:

„Im Rahmen dieses Berichts können jedoch keine konkreten Versorgungsbereiche vorgeschlagen werden. Vielmehr wurden übergeordnete Kriterien erarbeitet, mithilfe derer Versorgungsbereiche identifiziert werden können, auf die sich zukünftig mit einem Verfahren planungsrelevante Qualitätsindikatoren sinnvoll fokussiert werden könnten.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Da, wie eingangs beschrieben, eben nicht alle Bundesländer befragt wurden, bleibt unklar welche Themen bzw. Kriterien aus Landesperspektive als besonders drängend wahrgenommen werden. Auch hätte an einem Themenbeispiel aufgezeigt werden können, wie die Kriterien gemeinsam, z. B. in Form eines Koordinatensystems oder Rasters angewandt werden könnten. Insofern sind die gewählten Kriterien zwar nachvollziehbar, ihre praktische Relevanz ist jedoch vorerst noch unklar.

Während die Kriterien „epidemiologische Relevanz“ und „quantitative Bedeutung in der stationären Versorgung“ anhand von Daten aus der Versorgung relativ gut eingrenzbar sind, wirkt das Kriterium „besonderer Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung“ anfällig für Deutungen. Dies wird unterstrichen durch die Aussage, den Handlungsbedarf auch „aus gesellschafts- oder gesundheitspolitischen Maßgaben“ ableiten zu wollen. Weder das eine noch das andere dürfte allerdings als solide bzw. als im medizinisch-wissenschaftlichen Sinne versorgungsrelevante Planungsgrundlage taugen.

Die Bundesärztekammer empfiehlt, das Kriterium des „besonderen Steuerungsbedarfs“ nur mit größtmöglichem Augenmaß und unter fortlaufender Evaluation einzusetzen.

### **Zu 3 Grundleistungsbereiche**

#### **Zu 3.1 Methodische Herangehensweise**

##### **Zu 3.1.1 Analyse Weiterbildungsordnungen und -richtlinien**

*Seite 49, erster Absatz*

„Basierend auf der Begründung zum KHSG (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015) wurden in einem ersten Schritt die Muster-Weiterbildungsordnung, die bundeslandspezifischen Weiterbildungsordnungen sowie Muster-Weiterbildungsrichtlinien und bundeslandspezifische Weiterbildungsrichtlinien betrachtet.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die übliche Schreibweise ist „(Muster-)Weiterbildungsordnung“. Die Bezeichnung „bundeslandspezifische Weiterbildungsordnungen“ ist nicht gebräuchlich, besser ist durchgehend den Begriff „Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern“ zu verwenden. Das Gleiche gilt für „bundeslandspezifische Weiterbildungsrichtlinien“.

*Seite 49, letzter Absatz*

Zunächst wurde der Fokus auf das Fachgebiet der Viszeralchirurgie gelegt und die Vorgehensweise auf das Fachgebiet der Unfallchirurgie übertragen bzw. dafür angepasst und überprüft. Da das Fachgebiet der Allgemeinen Chirurgie große inhaltliche Schnittmengen mit den Fachgebieten Viszeral- und Unfallchirurgie aufweist, wurden auch die bundeslandspezifischen Logbücher für die Facharztweiterbildung „Allgemeine Chirurgie“ betrachtet.

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Vereinfachend wurde hier der Begriff „Fachgebiet“ verwendet, so wie dies auch in anderen Bereichen, z. B. der Krankenhausplanung, der Fall ist.

In der ärztlichen Weiterbildung ist die Terminologie allerdings anders strukturiert. Bei der Viszeralchirurgie handelt es sich nicht um ein eigenständiges Gebiet im Sinne der (Muster-)Weiterbildungsordnung; die Viszeralchirurgie ist eine Facharztkompetenz innerhalb des Gebiets Chirurgie.

Die Unfallchirurgie ist kein eigenständiges Gebiet im Sinne der (Muster-)Weiterbildungsordnung; die Orthopädie und Unfallchirurgie ist eine Facharztkompetenz innerhalb des Gebietes Chirurgie.

Auch bei der Allgemein Chirurgie handelt es sich nicht um ein eigenständiges Gebiet im Sinne der (Muster-)Weiterbildungsordnung; die Allgemein Chirurgie ist eine Facharztkompetenz innerhalb des Gebietes Chirurgie. Während einige wenige Weiterbildungsordnungen hier den Begriff der „Allgemeinen Chirurgie“ führen, ist gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung der Begriff „Allgemein Chirurgie“ zu verwenden.

*Seite 50, zweiter Absatz*

„Nach anschließendem Abgleich der Logbücher der oben genannten Facharztweiterbildungen und der Zusatz-Weiterbildungen sowie der jeweiligen Definitionen, Weiterbildungsziele und -inhalte der entsprechenden Weiterbildungsordnungen wurden alle in den jeweiligen Logbüchern aufgeführten Weiterbildungsinhalte, im Besonderen der aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren inhaltlich zu „unspezifischen“, also auch für andere Fachgebiete geltenden, allgemeinen Leistungsbündeln sowie zu „spezifischen“ Leistungs-

bündeln aggregiert. Grundsätzlich werden unter „Leistungsbündeln“ inhaltlich zusammengehörige Themenkomplexe verstanden.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die Weiterbildungsinhalte der Weiterbildungsordnung werden unterteilt in Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten. Mit dem hier eingeführten Begriff der „Leistungsbündel“ wird versucht, eine Verbindung zwischen der Systematik der ärztlichen Weiterbildung, der Abrechnungssystematik des OPS und der Systematik für Leistungsspektren von Fachabteilungen in der Krankenhausplanung zu schaffen. Da die Systematiken unterschiedlichen Zwecken dienen, wären zu beachtende Einschränkungen dieser Gleichsetzung differenziert zu beleuchten.

### **Zu 3.1.2 Analyse der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser**

*Seite 53, Abbildung 7*

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

An dieser Grafik könnte das korrekte Mapping zwischen der Weiterbildungsordnung (Facharztbezeichnungen und Zusatz-Weiterbildungen) und den Fachgebieten bzw. Fachabteilungsbezeichnungen abgebildet werden. Stattdessen werden die Begriffe der „Fachabteilung“ und des „Fachgebietes“ verwirrenderweise gleichgesetzt.

*Seite 53 letzter Abschnitt*

„Die sowohl für die Allgemein Chirurgie als auch für die Viszeral- und Unfallchirurgie/Orthopädie allgemeingültigen unspezifischen Leistungsbündel gliedern sich...“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die unterschiedliche Schreibweise „Unfallchirurgie/Orthopädie“ bzw. „Unfallchirurgie (Orthopädie)“ trägt ebenfalls zur Verwirrung bei.

*Seite 53 letzter Abschnitt*

„Das Leistungsbündel „Allgemeine Inhalte“ umfasst Grundlagen der ärztlichen Weiterbildung, die sich innerhalb der jeweiligen Facharztweiterbildungen jedoch nicht unterscheiden und Grundtechniken beispielsweise der ärztlichen Gesprächsführung, der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie berufsethische Grundsätze beinhalten...“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

An dieser Stelle wäre die Zitation des Begriffs der „Basisweiterbildung für die Facharzt Kompetenzen“ des Gebiets Chirurgie (aus der (Muster-)Weiterbildungsordnung)) angebracht gewesen. Im weiteren Text erfolgen Zitate für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Anführungszeichen mit unklarer Quelle. Hier wird empfohlen, die (Muster-)Weiterbildungsordnung im Wortlaut zu zitieren und auch als Quelle zu benennen.

## **Zu 4 Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren**

### **Zu 4.1 Qualitätsaspekte**

*Seite 65 letzter Absatz*

- „Prüfung von bereits zum Zweck der Qualitätsförderung entwickelten Qualitätsaspekten und Qualitätsindikatoren für die stationäre Versorgung (einschließlich der Indikatoren in sektorenübergreifenden QS-Verfahren) hinsichtlich ihrer Eignung für den Zweck der Krankenhausplanung.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Reine Qualitätsförderungsverfahren dürfte es zukünftig gar nicht mehr geben, da mit den Maßnahmen nach § 137 Absatz 1 SGB V immer auch regulierende Maßnahmen möglich sind. Von daher erscheint die vom IQTIG vorgenommene Unterscheidung in qualitätsfördernde und regulierende Verfahren eher artifiziell. Andererseits dürfte eine gleichzeitige Beauftragung zweier unterschiedlicher Verfahren zu gleichen Thema, hier als „integrierte G-BA-Beauftragung“ bezeichnet, in der Regel wenig sinnvoll sein. Für das gleiche Themengebiet wären zwei Daten- und Verfahrenswege zu etablieren, einschließlich Zuständigkeiten und Fristen. Dies ist im Bereich der ESQS mit den Leistungsbereichen Geburtshilfe, Gynäkologie und Mammachirurgie notgedrungen so erfolgt, weil auf diese Weise die Vorgaben des Gesetzgebers erfüllt wurden. Es sollte aber keine Standardvorgehensweise sein. Die Effekte beider Verfahren wären kaum noch zu trennen.

#### **Zu 4.1.1 Ermittlung von Qualitätsaspekten**

*Seite 67 zweiter Absatz*

„Darüber hinaus können Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser Hinweise auf geeignete Qualitätsindikatoren geben“.

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Der Verweis auf Zertifizierungskataloge als mögliche Datenquellen ist richtig. An dieser Stelle wäre ein nach Themen geordneter Überblick über einschlägige Zertifizierungsverfahren im Krankenhausbereich in Deutschland von Vorteil um darzustellen, in welchen Bereichen der Versorgung nutzbare Vorarbeiten vorliegen.

*Seite 69 erster Abschnitt*

„Die Qualität von Informationen aus Befragungen von Patientinnen und Patienten kann nicht im Rahmen einer Datenvalidierung überprüft werden. Daher ist ihre Nutzung für die interventionelle Planung – also im Qualitätsspektrum der „mäßig unzureichenden“ und „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ – in der Tat fraglich. Einer Nutzung im Bereich „guter“ Qualität erscheint jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt – noch ohne praktische Erfahrungen aus dem Regelbetrieb – grundsätzlich nichts entgegenzustehen“.

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Zu Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen im Bereich des G-BA liegen noch keinerlei Erfahrungen vor. An dieser Stelle hätte man aber auf Ergebnisse in der QS-Reha rekurrieren können, in der seit vielen Jahren Befragungen von Rehabilitanden durchgeführt werden.

Für den Bereich des G-BA erscheint es sinnvoll, einige Jahre Echtbetrieb der Patientenbefragung abzuwarten, bevor man sie als mögliche Datenquelle für planungsrelevante Qualitäts-



indikatoren in Betracht zieht, auch wenn sie für die Qualitätsdimension der Patientenzentrierung wohl unabdingbar sein dürfte.

#### **Zu 4.1.2 Eignung der Qualitätsaspekte für die Krankenhausplanung**

##### *Abbildung 9*

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Abbildung 9 widerspricht in Teilen Abbildung 10. Die Patientensicherheit müsste in Abbildung 10 auch unter „Zulassung“ und „Auswahl“ und das Erreichen primärer Behandlungsziele und adäquate Indikationsstellung auch unter „Zulassung“ aufgeführt werden. Letztlich stellt Abbildung 10 den Sachverhalt differenzierter dar, so dass Abbildung 9 entbehrlich ist.

##### *Seite 71 vorletzter Absatz*

„Qualitätsaspekte eignen sich gemäß Abschlussbericht des IQTIG zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren aus den QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung (IQTIG 2016a) für die interventionelle Planung schon allein aus gesetzlicher und juristischer Sicht nur, wenn aus ihnen Qualitätsindikatoren mit Bezug zur Patientensicherheit entwickelt werden können.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Das IQTIG hält weiterhin an der unbewiesenen Behauptung fest, dass nur dann eine in erheblichem Maße unzureichende Qualität festgestellt werden kann, wenn die Indikatoren eine Gefährdung der Patientensicherheit durch eine Fachabteilung (früher „Patientengefährdung“) anzeigen. Wenn dies vom Gesetzgeber so intendiert gewesen wäre, hätte er auch die entsprechenden Begrifflichkeiten der Patientensicherheit in den genannten Gesetzen implementiert. So handelt es sich letztlich um eine einseitige juristische Auslegung durch das IQTIG.

#### **Zu 4.2 Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Indikatorensets**

##### *Seite 76 letzter Absatz*

„Diese entwickelten Qualitätsindikatoren sollten zunächst unter den Bedingungen der Qualitätsförderung in den Regelbetrieb eingeführt werden. Nach einem Zeitraum von ca. zwei Erfassungsjahren kann dann anhand der Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Regelbetrieb (z. B. zur Setzung von Referenzbereichen bzw. Grenzwerten, Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog) geprüft werden, ob sich die Indikatoren nach den Kriterien der Reife im Regelbetrieb (IQTIG 2016a: 41 ff.) auch tatsächlich als planungsrelevante Qualitätsindikatoren eignen“.

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Es ergibt sich ein Widerspruch zu vorherigen Ausführungen. So wird auf Seite 68 dargelegt, dass Qualitätsindikatoren – je nach Beauftragung – entweder in einem Qualitätsmodell ausschließlich zum Zweck der Krankenhausplanung (Intervention, Zulassung, Auswahl) oder in einem übergeordneten Qualitätsmodell sowohl zum Zweck der Qualitätsförderung als auch der Krankenhausplanung zusammengefasst werden.

Nun ist davon die Rede, dass neu entwickelte Indikatoren grundsätzlich in der Qualitätsförderung in den Regelbetrieb gehen können, bevor man sie nach Kriterien der „Reife“ zu Planungsindikatoren machen kann. Demnach wären sie beliebig austauschbar.

Indikatoren sollten nur mit dem Zweck eingesetzt werden, für den sie entwickelt wurden. Unbenommen davon sind Machbarkeitsprüfungen, so wie vom IQTIG vorgeschlagen, grundsätzlich sinnvoll.

## **Zu 5 Differenzierte Qualitätsbeurteilung**

*Seite 78, dritter Absatz*

„Ziel des vorliegenden Konzepts für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist es, die Versorgungsqualität in die Kategorien „gute“, „mittlere“, „unzureichende“ und „in erheblichem Maß unzureichende“ Qualität einzustufen.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die Notwendigkeit einer Einteilung in vier Kategorien erschließt sich ohne Ableitung nicht direkt. Da zwei Sätze zuvor der Gesetzgeber zitiert wurde, hätte es auch nahe gelegen, dessen Wortwahl zu übernehmen (gute, durchschnittliche, unzureichende Qualität).

### **Zu 5.1 Vorüberlegungen zur Differenzierung von Qualität**

*Seite 79, zweiter Absatz*

„Im Bereich der mittleren Qualität messen beispielsweise die Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung die Einhaltung von Prozess- und Ergebnisstandards.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Abgesehen davon, dass der Begriff der „Ergebnisstandards“ in Kontext der externen Qualitätssicherung (ESQS) unüblich ist, ist ohne Erläuterung auch nicht ersichtlich, warum die ESQS nur die „mittlere“ Qualität abbilden können soll.

### **Zu 5.3 Methodische Anforderungen an Maßstäbe**

#### **Zu 5.3.2 Maßstab – Referenzbereich**

*Seite 82 dritter Absatz*

„Für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden nur Referenzwerte mit fixen Werten prospektiv festgelegt. Somit hängen die Referenzbereiche nicht von der Verteilung der tatsächlich erreichten Ergebnisse aller Krankenhäuser ab und sind den Leistungserbringern prospektiv bekannt.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Unabhängig davon, dass hier noch Sentinel-Event-Indikatoren gesondert zu nennen wären, weicht diese Setzung von früheren Feststellungen des IQTIG ab. So heißt es im Abschlussbericht des IQTIG zum ersten G-BA-Auftrag in Kapitel 3.3 „Referenzbereiche planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (Seite 51): „Analog können künftig die perzentilbasierten Referenzbereiche jährlich aus dem arithmetischen Mittel der Werte aus den beiden Vorjahren prospektiv neu festgeschrieben werden.“

## **Zu 5.5 Bewertung von Qualität**

### **Zu 5.5.2 Differenzierung von „guter“ oder „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität**

*Seite 84, letzte Absatz*

„Die bestehende Methodik des Verfahrens Planungsrelevante Qualitätsindikatoren beruht auf einer binären Klassifikation von Auswertungsergebnissen in „auffällige“ und „nicht auffällige“ bzw. „unzureichende“ und „zureichende“ Ergebnisse anhand eines fallzahlabhängigen Schwellenwerts und unter Berücksichtigung der Stochastizität der betrachteten Ergebnismerte eines Leistungserbringers (IQTIG 2016a).“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die Begriffe der „zureichenden Ergebnisse“ bzw. „zureichenden Qualität“ finden sich im hier zitierten Abschlussbericht nicht.

### **Zu 5.5.3 Diskussion der verschiedenen Varianten**

*Abbildung 13*

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

In der Beschriftung ist „(unten)“ zu streichen (auf Abbildung 14 kopiert?).

### **Zu 5.5.4 Fachliche Bewertung und qualitative Zuordnung**

*Seite 95, zweiter Absatz*

„Für Qualitätsindikatoren, die Patientensicherheit abbilden, entfällt eine nachgeordnete qualitative Zuordnung, da die statistisch auffälligen und fachlich geprüften Ergebnisse (keine anerkannten Ausnahmetatbestände) dieser Indikatoren definitionsgemäß mit einer „in erheblichen Maß unzureichenden“ Qualität gleichgesetzt werden.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Es fehlt weiterhin der Beweis für den Automatismus, dass jeder Patientensicherheitsindikator bei statistisch auffälligem Ergebnis und fehlendem Ausnahmetatbestand die in erheblichen Maß unzureichende“ Qualität einer ganzen Fachabteilung anzeigt.

Im ersten Entwicklungsbericht des IQTIG wurden Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren aus den Leistungsbereichen Gynäkologie, Geburtshilfe und Mammachirurgie der ESQS umgedeutet zu Indikatoren der „Gefährdung der Patientensicherheit“. Beispielsweise sollen statistisch signifikante Ergebnisse der Rate von Organverletzungen bei gynäkologischen Operationen (nach Stellungnahmeverfahren) allein zur Herausnahme einer Fachabteilung aus dem Krankenhausplan berechtigen, um die Patienten zu schützen. In anderen Leistungsbereichen der ESQS werden vergleichbare eingriffsbedingte Komplikationen, z. B. Infektionen bei Herzschrittmacherpatienten, die zur Reeingriff führen, weiterhin als das behandelt, was sie sind: Komplikationen. Allein diese Ungleichbehandlung in eine vom IQTIG vorgenommene Aufteilung in Qualitätsförderung (ESQS) und Qualitätsregulierung (PlanQI) ist schwer vermittelbar.

### **Zu 5.5.5 Kategorien von Qualität**

*Seite 97, dritter Absatz*

Die mittlere Qualität wird derzeit durch Indikatoren der bisherigen QS-Verfahren zur Qualitätsförderung abgefragt und anhand von rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt.

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die Darstellung ist stark verkürzt. Die „bisherigen QS-Verfahren“ der ESQS bzw. DeQS setzen methodisch nicht nur auf rechnerische Auffälligkeiten von Indikatorergebnissen, sondern mit dem Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren auch auf eine differenzierte qualitative Bewertung der Qualität einer Fachabteilung durch Würdigung aller Indikatorergebnisse.

*Seite 98, Abbildung 16*

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Dass die ESQS bzw. DeQS lediglich „mittlere Qualität“ detektieren soll, dürfte nicht dem Selbstverständnis des G-BA bei diesen QS-Maßnahmen entsprechen. Unzureichende Qualität kann durch den Strukturierten Dialog sehr wohl aufgedeckt werden. Bei unzureichender Qualität sind neben der Qualitätsförderung, z. B. durch eine Zielvereinbarung, auch regulierende Maßnahmen gemäß § 137 Absatz 1 SGB V möglich.

### **Zu 6 Anforderungen zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung**

*Seite 101, zweiter Absatz*

„...Fokus der ersten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf die Gefährdung der Patientensicherheit gelegt, da diese aufgrund der besonderen Relevanz für Patientinnen und Patienten auch krankenhauplanerische Interventionen juristisch rechtfertigen kann, durch die Abteilungen aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden können.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die Behauptung wird an verschiedenen Stellen im Bericht wiederholt, ohne dass die genaue Rechtslage bisher im juristischen Diskurs beleuchtet wurde. Letztlich ist absehbar, dass die Klärung wohl in gerichtlichen Auseinandersetzungen im Einzelfall erfolgen muss.

*Seite 101, zweiter Absatz*

Das Konzept der Gefährdung der Patientensicherheit könnte auch als Tracer-Methode verstanden werden, bei der ausgewählte Gesundheitsprobleme zum Assessment der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen dienen (Durán-Arenas et al. 2012). Ein einzelner, ausgewählter Qualitätsindikator kann demnach einen Qualitätsmangel für eine größere Einheit anzeigen.

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Bei der hier zitierten Literatur (Durán-Arenas et al. 2012) handelt es sich um eine Studie, bei der fünf Tracer im Rahmen von stichprobenhaften Krankenakten-Audits in Krankenhäusern und Ambulanzen in Mexiko verwendet wurden. Diese Quelle dürfte mangels Vergleichbarkeit zum Kontext der Krankenhausplanung in Deutschland wohl kaum als einzige Referenz für die Tracermethodik geeignet sein. In einem wissenschaftlichen Diskurs zur Begründung

der vom IQTIG empfohlenen extrem strikten Verwendung dieser Methodik sind aussagekräftigere Referenzen erwartbar.

## **Zu 6.2 Anforderungen an typische Leistungen eines Fach- bzw. Teilgebiets**

*Seite 104, dritter Absatz*

Erst in der gemeinsamen qualitativen Bewertung mehrerer Qualitätsindikatoren eines Sets im Sinne einer Gesamtschau (Variante C) wird eine Aussage über eine gesamte Fachabteilung möglich.

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Der Zusammenhang zwischen in Kapitel 6 aufgeführten vier Möglichkeiten der Qualitätsdarstellung und den in Kapitel 5.5.2 genannten Differenzierungskategorien der Qualität bleibt etwas unklar. Vielleicht könnte zur Übersicht ein gegenüberstellendes Raster eingefügt werden (z. B. Möglichkeit 1/Variante A oder B, Möglichkeit 2/Variante C, Möglichkeit 3/Variante ?, Möglichkeit 4/Variante ?)

## **Zu 7.2 Das Verfahren Planungsrelevante Qualitätsindikatoren als Gegenstand der Evaluation**

### **Zu 7.2.3 Auswirkungen des Verfahrens Planungsrelevante Qualitätsindikatoren**

*Seite 114, Abbildung 18*

Gezeigt wird ein Wirkmodell des Verfahrens Planungsrelevante Qualitätsindikatoren.

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Bei einem Wirkmodell sind spätestens bei der „Auswirkung (Impact)“ auch Wechselwirkungen mit anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu berücksichtigen, die sich mit dem Themengebiet der PlanQI-Maßnahme überschneiden. Dies kann die Evaluation noch weiter verkomplizieren. Schon aus Gründen der Evaluierbarkeit sollte in einem Themengebiet der Versorgung möglichst nur eine QS-Maßnahme zur gleichen Zeit durchgeführt werden. Andere Einflussfaktoren können z. B. im betroffenen Zeitraum stattfindende Veränderungen in den betroffenen medizinischen Verfahren, Änderungen des Abrechnungssystems (hier des DRG-Systems) oder Wirkungen des Strukturfonds (wie auch auf Seite 121 angedeutet wird) sein.

## **Zu 7.3 Fragestellungen der Evaluation**

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Es stellt sich die Frage, warum im Kapitel 7, anders als es die Einleitung (Seite 22) erwarten lässt, der Begriff der „Systemindikatoren“ nicht erwähnt wird, zumal hier ja die Systemqualität gemessen werden soll.

## **Zu 8 Diskussion und Empfehlungen**

### **Zu 8.1 Zusammenschau**

*Seite 127, letzter Absatz*

„Mithilfe von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren könnte in der Zukunft die Versorgungsqualität eines Bundeslandes hinsichtlich mehrerer Qualitätsdimensionen nach OECD dargestellt werden sowie die Zielerreichung der Planung geprüft werden. Ein Schwerpunkt bildet dabei die Systemqualität, also bspw. Qualitätsindikatoren, die den Zugang zur Versorgung (Arah et al. 2006).“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Das OECD-Projekt Health Care Quality Indicators (HCQI) ist ein Rahmenkonzept ausschließlich zur Messung der Systemqualität (des Gesundheitssystems eines Landes). Im IQTIG-Vorbericht wird dieses Konzept ohne weitere methodische Diskussion auf die Messung von Qualitätsunterschieden zwischen Leistungserbringern übertragen. Es kommt dadurch an einigen Stellen zu Begriffsvermischungen (Qualitätsdimension der OECD versus Qualitätsdimension (Struktur, Prozess, Ergebnis)).

*Tabelle 9, letzte Zeile: „nachfrage- und qualitätsorientierte (Angebots-)Kapazitätsplanung“*

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die Dimension Zugang (access) im OECD-Projekt bezieht sich sowohl auf den physischen Zugang (Erreichbarkeit) als auch den leistungsrechtlichen Zugang der Bevölkerung zum Gesundheitssystem (und berührt damit auch die Finanzierung des jeweiligen Gesundheitssystems). Während die räumliche Planung ohne Zweifel Gegenstand der Krankenhausplanung sein muss, gilt dies für den letzteren Aspekt nicht ohne weiteres. Auch dieses Detail zeigt, dass das OECD-Modell nicht unkritisch auf die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren übertragen werden kann.

### **Zu 8.2 Schritte zur Umsetzung des Konzepts**

*Seite 133, dritter Absatz*

„Die Bewertung der Erfüllung bzw. Nichterfüllung bedarf daher keiner differenzierteren Qualitätsbeurteilung. Dementsprechend wurde vom IQTIG im Abschlussbericht zur Prüfung der Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen bereits ausgeführt, dass bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Strukturqualität die Nichteinhaltung der Anforderungen sofort als „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ zu werten ist (IQTIG 2018).“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Schon zur Stellungnahme zum letzten Vorbericht hatte die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass bei Strukturindikatoren keineswegs immer klar zwischen „erfüllt“ und „nicht erfüllt“ unterschieden werden kann. Zum Beispiel kann es im Bereich der Personalanforderungen immer wieder zu Fluktuationen kommen. Es sei nicht zuletzt auf die zahlreichen gerichtlichen Auseinandersetzungen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern verwiesen, in dem die Erfüllung oder Nichterfüllung von Strukturanforderungen geklärt werden muss.

Darüber hinaus gibt es für den hier geforderten Automatismus, wonach eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität vorliegt sobald ein Indikator nicht erfüllt ist, keinen Anhalt.

Seite 134

„Vor der Umsetzung von neuen QS-Verfahren im Rahmen des Verfahrens Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sind jedoch noch verschiedene Entwicklungsschritte durchzuführen:

- Erstellung von Konzeptstudien zu Grundleistungsbereichen, Leistungsbündeln oder Anforderungen an Fach- bzw. Teilgebiete ausgewählter Versorgungsbereiche.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die Durchführung weiterer Konzeptstudien zu den neuen theoretischen Konstrukten „Grundleistungsbereiche“ und „Leistungsbündel“ wird von der Bundesärztekammer begrüßt. Auch sollte die Anwendbarkeit in konkreten Verfahren erprobt werden.

## **Anhang**

Seite 20

„...fakultative Weiterbildung „klinische Geriatrie“ oder Zusatzweiterbildung Geriatrie...“

*Anmerkung der Bundesärztekammer:*

Die korrekte Schreibweise ist „Klinische Geriatrie“ oder Zusatz-Weiterbildung Geriatrie[...].“

## **4. Fazit**

Der Vorbericht beinhaltet kenntnisreiche Darstellungen der Methodik indikatorengestützter Qualitätsmessungen. Nicht immer wird allerdings dieses Wissen in konkrete Vorschläge für die beabsichtigte Rolle von Qualitätsindikatoren bei der Krankenhausplanung umgesetzt. So wird etwa auch auf die sogenannten System- oder Area-Indikatoren eingegangen, mit denen die Versorgungsqualität innerhalb von Regionen beschrieben werden könnte. Jedoch wird dieser wahrscheinlich lohnenswerte Ansatz im Vorbericht nicht weiter verfolgt. Auch der Überblick über Qualitätselemente in den Krankenhausplanungen anderer Länder ist informativ, hat dann aber für die nachfolgenden methodischen Überlegungen des IQTIG kaum noch Bedeutung.

Begrüßenswert ist die erfolgte Einbeziehung von Vertretern der Bundesländer und damit der Adressaten des Konzepts der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Allerdings hätte der Kreis der Befragten durchaus weiter gezogen werden können. Optimal wäre eine systematische Erfassung der Positionen aller 16 statt einer Selektion von lediglich fünf Bundesländern gewesen. Hier wäre es interessant gewesen, Aussagen gerade von jenen Ländern zu erhalten, die einer unmittelbaren Übernahme des Konzepts in die jeweilige Landeskrankenhausplanung eher reserviert gegenüberstehen.

Was die Festlegung von Kriterien für Versorgungsbereiche angeht, aus denen künftig PlanQI-Verfahren ausgewählt werden könnten, so bleibt der Vorbericht auf der Ebene übergeordneter Kriterien, schlägt also noch keine konkreten Versorgungsbereiche vor. Damit bleibt der Vorbericht auf einer weitgehend abstrakten Ebene. Diskutiert werden können immerhin die drei gewählten Kriterien „epidemiologische Relevanz“, „quantitative Bedeutung in der stationären Versorgung“ sowie „besonderer Steuerbedarf für die Krankenhausplanung“. Letzteres Kriterium sollte überdacht werden, da es kaum anhand von Versorgungsdaten objektivierbar sein dürfte und sich damit als anfällig für politisch motivierte

Eingriffe in die Versorgung erweisen könnte. Offen bleibt zudem, welche Themen bzw. Kriterien aus Sicht der Bundesländer als besonders lohnend bzw. drängend wahrgenommen werden. Insgesamt sind die gewählten Kriterien zwar nachvollziehbar, ihre praktische Relevanz ist jedoch vorerst noch unklar.

Problematisch erscheint das Festhalten an der einseitigen juristischen Auslegung des Gesetzesauftrags durch das IQTIG, wonach nur dann eine „in erheblichem Maße“ unzureichende Qualität festgestellt werden könne, wenn die Indikatoren eine Gefährdung der Patientensicherheit durch eine Fachabteilung (früher „Patientengefährdung“) anzeigten. Für den postulierten Mechanismus, wonach jeder statistisch auffällige Patientensicherheitsindikator eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität einer ganzen Fachabteilung anzeigen würde, fehlt es nach wie vor an Belegen.

Die Bundesärztekammer erinnert an dieser Stelle an die in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der planQI-RL vom 15.12.2016 dokumentierte Bewertung durch den G-BA, wonach das vom IQTIG erdachte Konzept der „Patientengefährdung als planungsrelevanter Aspekt der Gesundheitsversorgung“ eine „zwar [...] nachvollziehbare Arbeitshypothese“ darstelle, „letztendlich jedoch nicht zu überzeugen“ vermag.

Allein schon deshalb kann auch die aktuelle Auslegung des IQTIG, wonach das Konzept der Gefährdung der Patientensicherheit im Wesen eine Umsetzung der Tracer-Methode für Qualitätsmängel innerhalb einer größeren Einheit sei, nach wie vor nicht überzeugen – schon gar nicht auf Basis der im Vorbericht benutzten Referenzen. Immerhin wird das Konzept der Patientengefährdung dahingehend erweitert, dass jetzt auch aus einer Summe von Indikatoren eine Patientengefährdung angezeigt werden können soll.

Auch die Einführung des neuen Begriffs der „interventionellen Planung“ interpretiert den gesetzlichen Rahmen terminologisch auf eigene Weise. Hier wäre eine engere Anbindung an die in den einschlägigen Gesetzestexten verwendeten Begriffe wünschenswert. Auch andere Begriffe, wie z. B. der „Ergebnisstandard“ im Kontext der externen Qualitätssicherung oder die vier kreierte Qualitätskategorien („gut, mittel, unzureichend und in erheblichem Maß unzureichend“) sind in dieser Form bisher eher nicht geläufig und erschweren das Verständnis.

Damit setzt sich der Trend früherer Berichte des IQTIG fort, Setzungen und Postulate ohne ausreichenden wissenschaftlichen Diskurs mit Referenzen aus der Literatur oder der Nennung von Grenzen, Vor- und Nachteilen der eigenen Vorschläge zu präsentieren. Stattdessen werden zur Untermauerung überwiegend Selbstreferenzen zu früheren Berichten des Instituts verwendet.

Die Ableitung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren aus Patientenbefragungen ist grundsätzlich diskutabel und für die Qualitätsdimension der Patientenzentrierung wohl auch elementar, es sollte angesichts des bisher geringen Erfahrungshorizonts mit diesem Instrument jedoch noch etwas abwartend agiert werden.

Die Ableitung von Qualitätsdimensionen aus den internationalen Vergleichen der Gesundheitssysteme einzelner Staaten durch die OECD ist eine interessante Perspektive, sollte aber nicht ohne gründlichere methodische Diskussion auf die Messung von Qualitätsunterschieden zwischen Leistungserbringern übertragen werden.

Die zahlreichen Bezugnahmen auf die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern sind an einigen Stellen mit Blick auf die korrekte Terminologie zu überarbeiten.



Der umfangreiche Anhang zum Vorbericht ist zwar gleichfalls informativ, steht jedoch nur in begrenztem Bezug zum Vorbericht. Hier wäre eine engere Anbindung an den Haupttext anzustreben.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sind Strukturkriterien für die Krankenhausplanung in der Regel besser geeignet als Prozess- oder gar Ergebnisindikatoren. Dabei sollte der Fokus weniger auf Einzel-Strukturindikatoren liegen. Dies hatte das IQTIG in seinem Bericht zum ersten Folgeauftrag vorgeschlagen und diesen Vorschlag auch im vorliegenden Vorbericht wiederholt. Es sollten vielmehr sinnvolle Strukturkonzepte für ganze Versorgungsbereiche, wie z. B. die Schlaganfallversorgung, erarbeitet werden. Solche Konzepte können verschiedene Versorgungsebenen umfassen und durchaus als „Muster“ auf Bundesebene entwickelt werden. Den Bundesländern sollte die Möglichkeit gegeben werden, die Konzepte auf die jeweiligen regionalen Besonderheiten anpassen können.

In allen drei Berichten des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wurde das Prinzip der Verfahrenszentralisierung verfolgt, d. h. die Auswertung und Bewertung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren müsse zentral auf der Bundesebene erfolgen. Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, neben zentralen Rahmenvorgaben auf Bundesebene die Verfahrensumsetzung, also die Validierung und Bewertung von Ergebnissen, mehr auf der Landesebene anzusiedeln.

Die Bedeutung der ärztlichen Weiterbildung wird in den Berichten des IQTIG stark unterschätzt. Im Bericht zum ersten Folgeauftrag wurde behauptet, bei der Qualitätsanforderung der Weiterbildungsbefugnis in einer Fachabteilung fehle der „Bezug zu einer direkten Leistung am Patienten“ und diese daher nicht weiter im Konzept berücksichtigt. Auch im vorliegenden Bericht fehlt dieser Aspekt leider völlig. Das Vorliegen und der Umfang einer Weiterbildungsbefugnis kann aber ein sehr guter Maßstab für die fachliche Qualität der ärztlichen Versorgung in einer Abteilung sein und ist daher als planungsrelevanter Qualitätsindikator sehr gut geeignet. Darüber hinaus können auch im Zuge einer zunehmenden Zentralisierung der Versorgung (z. B. Zentrumsbildung) abteilungs- und klinikübergreifende Kooperationskonzepte für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung relevant werden.

Insgesamt liefert der Vorbericht eine Fülle methodischer Überlegungen, lässt aber noch offen, wie die konkreten Instrumente bzw. die einzusetzenden Indikatoren oder Indikatorensets aussehen werden. Insofern bedarf es noch einer weiteren Ausformulierung des Konzepts durch das IQTIG, um die wahrscheinlichen Effekte auf die Krankenhausplanung und die Versorgung abschätzen zu können.