

Thilo Grüning

Messen allein ist nicht genug

Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen datengestützten Qualitätssicherung

Die gesetzliche datengestützte (auch externe, einrichtungsübergreifende) Qualitätssicherung (eQS) wird auf der Grundlage des Fünften Sozialgesetzbuches vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V (G-BA) über die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹⁾ geregelt und ausgestaltet. In Bezug auf die Datenerfassung gehört die eQS in Deutschland seit Langem zu den umfangreichsten datengestützten Qualitätssicherungsprogrammen im europäischen Vergleich²⁾. Mit Messen allein und einer immer größer werdenden Zahl von Qualitätsindikatoren ist eine Beurteilung und Verbesserung der Versorgungsqualität jedoch nicht erreichbar.

Derzeit werden in 15 medizinischen Bereichen mit 2 207 fallbezogenen Dokumentationsfeldern beim Leistungserbringer und 390 Sozialdaten gemäß § 299 Absatz 1a SGB V bei den Krankenkassen insgesamt 367 Qualitätsindikatoren und zahlreiche weitere Kennzahlen erhoben, ausgewertet und größtenteils veröffentlicht. Darüber hinaus werden Daten im Zusammenhang mit einer einrichtungsbezogenen Abfrage sowie mit Patientenbefragungen erhoben¹⁾. Es werden jährlich bis zu 3,5 Millionen Datensätze (Patientenfälle) von über 1 470 Krankenhäusern mit etwa 1 800 Standorten sowie von zahlreichen Vertragsärzten erfasst^{3), 4)}. Der Datenerfassung und -auswertung folgt eine Bewertung der Auffälligkeiten im Rahmen des sogenannten *Stellungnahmeverfahrens* sowie ggf. die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 17 der DeQS-RL.

Gleichwohl wird die eQS von den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zunehmend kritisiert. Die Ursachen für diese Unzufriedenheit sind vielfältig und liegen u. a. in den teilweise schwer erfüllbaren Erwartungen der Politik und Öffentlichkeit an die Qualitätssicherung⁵⁾, den somit nicht immer umsetzbaren gesetzlichen Aufträgen an den G-BA sowie in differierenden Vorstellungen der Beteiligten im G-BA zum Zweck und zu den Zielen der Qualitätssicherung. Die Abschaffung des gesetzlichen Auftrags zur Festlegung von Qualitätszu- und -abläufe⁶⁾ sowie die weitgehende Nichterfüllbarkeit des gesetzlichen Auftrags zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in der geltenden Form^{7), 8)} zeigen dies in eindrücklicher Weise. Aber auch in Bezug auf das von allen Beteiligten unterstützte Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität wird die eQS als ineffizient kritisiert. Dabei betonen die einen die zu geringe Effektivität (qualitätsverbessernde Wirkung)^{9), 10), 11), 12)}. Wesentliche Bereiche der Gesundheitsversorgung seien nicht von der eQS umfasst und eine Leistungserbringung mit unzureichender Qualität könne nicht ausreichend sicher identifiziert und verhindert werden. Für die anderen steht hingegen eher der hohe Aufwand (Bürokratie) im Vordergrund, der die Motivation der Leistungserbringer reduziere. Die eQS verliere so zunehmend an Akzeptanz. Ein zu geringer Nutzen (Verbesserung der Versorgungsqualität) stehe einem zu hohen Aufwand ge-

genüber. Obgleich diese Kritik immer auch von der subjektiven Wahrnehmung der Beteiligten geprägt wird, ist der Vorwurf eines unausgewogenen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses ernst zu nehmen.

Maßnahmen zur Effizienzsteigerung der eQS

Zum einen können Maßnahmen zur Aufwandsreduktion ergriffen werden. Durch die Verwendung von Stichproben statt Vollerhebungen, den Einsatz von Sekundärdaten (Sozialdaten, Abrechnungsdaten und anderen nicht primär zum Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten) sowie durch die (vorübergehende) Aussetzung oder (endgültige) Aufhebung von Qualitätsindikatoren oder -verfahren ist eine Reduktion des Aufwands möglich. So könnten beispielsweise Qualitätsindikatoren oder -verfahren ausgesetzt werden, wenn keine wesentlichen Qualitätsdefizite mehr identifiziert werden (sogenannter „Ceiling“-Effekt). Indikatoren aus großen Sets eines Versorgungsbereiches könnten wechselseitig vorübergehend ausgesetzt werden, so dass über die Zeit regelmäßig andere Qualitätsaspekte betrachtet werden. In diesem Zusammenhang hat der G-BA am 15. Juli 2021 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, „Kriterien zur Aussetzung und/oder Aufhebung von Qualitätsindikatoren und/oder von Qualitätssicherungsverfahren der datengestützten Qualitätssicherung zu entwickeln“¹³⁾.

Um möglichst alle wesentlichen Bereiche der Gesundheitsversorgung mit der eQS zu umfassen, sollte ein Verfahren zur systematischen Identifikation von Versorgungsbereichen mit Qualitätsdefiziten oder hohem Verbesserungspotential auf Basis von systematischen Recherchen der wissenschaftlichen Literatur sowie von Sozialdaten bei den Krankenkassen und anderen verfügbaren Datenquellen entwickelt werden.

Zudem muss eine höhere Flexibilität in der Anpassung der eQS-Verfahren erreicht werden. Die sehr späten Reaktionen des IQTIG bei Bekanntwerden von ggf. bestehenden Fehlanreizen im Zusammenhang mit dem Qualitätsindikator QI 330 haben gezeigt, dass größere Schnelligkeit und Flexibilität in der Anpassung der eQS-Verfahren, insbesondere einzelner Qualitätsin-

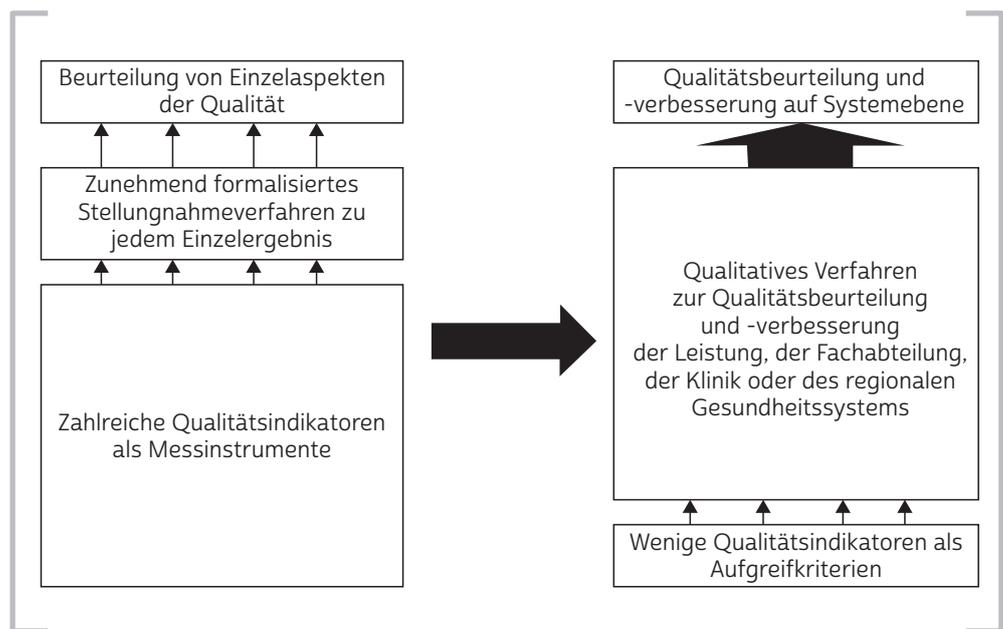
dikatoren erforderlich ist¹⁴). Insofern sollte das IQTIG ein Verfahren zur Anpassung von Qualitätsindikatoren innerhalb weniger Monate an neue medizinische Erkenntnisse, insbesondere an überarbeitete Leitlinien, entwickeln und dieses in sein Methodenpapier aufnehmen. Zur Bewertung der Qualität der Gesundheitsversorgung ist die alleinige Betrachtung der einzelnen Leistungserbringer nicht ausreichend. Weltgesundheitsorganisation, OECD und Weltbank nennen die:

1. Effektivität der Behandlung (effectiveness),
2. Patientensicherheit (safety),
3. personenzentrierte Versorgung (people-centredness), sowie die
4. zeitgerechte (timeliness),
5. effiziente (efficiency),
6. gerechte (equity) und
7. sektorenintegrierende Versorgung (integration) als Dimensionen einer qualitativ hochwertigen Versorgung¹⁵.

Dabei machen insbesondere die Dimensionen 4, 5, 6 und 7 eine Betrachtung der Qualität auch auf leistungserbringerübergreifender (System-)Ebene erforderlich. Dies entspricht weitgehend dem Auftrag des Gesetzgebers, die Qualitätssicherung *sektorenübergreifend* auszugestalten¹⁶. Qualitätsindikatoren auf Systemebene könnten dies unterstützen und eine Betrachtung der Behandlungsqualität eines Patienten über *Raum* (unterschiedliche Leistungserbringer und Sektoren) und *Zeit* (über einen mehrjährigen oder lebenslangen Krankheitsverlauf) ermöglichen. Je nach Ausgestaltung der im Koalitionsvertrag angekündigten Reformen des Gesundheitssystems, können Qualitätsindikatoren für die Zusammenarbeit (Integration) der Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung) in regionalen Versorgungsnetzwerken mit fließenden Übergängen zwischen stationären, ambulanten und weiteren Versorgungsformen entwickelt werden. Denn ganz grundsätzlich ist für die Qualität das Zusammenspiel der einzelnen Elemente eines Systems und somit die Systembetrachtung auf allen Ebenen entscheidend.

Der G-BA hat diese Überlegungen nun zum Teil im Beschluss vom 21. April 2022 über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der eQS¹⁷ und in der diesbezüglichen Beauftragung des IQTIG vom 19. Mai 2022¹⁸) berücksichtigt.

Der vielleicht wichtigste Schritt zur Effizienzsteigerung der eQS ist jedoch die Erhöhung der qualitätsverbessernden Wirkung durch grundsätzliche Neuausrichtung der eQS-Verfahren mit dem Ziel einer Reduktion des quantitativen zugunsten einer Stärkung des qualitativen Anteils (siehe ► **Grafik**).



Datengläubigkeit führt in die Sackgasse

Mit Messen allein und einer immer größer werdenden Zahl von Qualitätsindikatoren ist eine Beurteilung und Verbesserung der Versorgungsqualität nicht erreichbar. Erstens sind Qualitätsindikatoren gemäß ihrer Bezeichnung nur *Hinweisgeber* auf mögliche Qualitätsdefizite. Durch Risikoadjustierung und gute Rechenregeln können Qualitätsindikatoren in ihrer Güte verbessert werden, aber nicht zu einem validen Instrument für eine

»Not everything that counts can be counted; not everything that can be counted counts.«

abschließende Messung entwickelt werden. So kann nicht für alle (zum Beispiel unbekannt oder nicht erhebbare) Risikofaktoren adjustiert werden und nicht jede individuelle medizinische Situation kann berücksichtigt werden. Zweitens können Qualitätsindikatoren keine Aussagen über die Ursachen von Qualitätsdefiziten machen. Drittens führen Qualitätsindikatoren nur mit weiteren Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Vor allem aber betrachten Qualitätsindikatoren immer nur einzelne Qualitätsaspekte und nicht das System. Die Erfahrungen mit problematischen Leistungserbringern zeigen jedoch, dass ein bestimmter Qualitätsindikator über die Zeit häufig nur sporadisch auf unzureichende Qualität hinweist und stattdessen im Zeitverlauf rechnerische und qualitative Auffälligkeiten immer wieder in unterschiedlichen Indikatorergebnissen auftreten. So kann in einem Jahr die Sterblichkeit und im nächsten Jahr nur die Komplikationsrate unzureichende Qualität aufweisen. Die Analyse und Verbesserung des einzelnen durch einen Indikator gemessenen Qualitätsaspekts sind somit nicht ausreichend. Erforderlich sind stattdessen die Betrachtung und Verbesserung der Qualität auch des Versorgungssystems insgesamt (Behand-

lung, Fachabteilung oder Krankenhaus). Gleichwohl wird in der eQS durch den Einsatz von immer mehr Qualitätsindikatoren versucht, möglichst viele Qualitätsaspekte eines vorab definierten Qualitätsmodells abzubilden.

Zudem kann die alleinige Betrachtung einzelner Qualitätsaspekte zu Phänomenen wie „tunnel vision“ und „gaming“ führen, mit der Folge, dass Leistungserbringer zu stark auf die Verbesserung des Qualitätsindikators fokussieren und dabei die Qualität der Gesamtversorgung aus den Augen verlieren. Zudem kann ein Fokus allein auf Messergebnisse zu weiteren unerwünschten Effekten, wie Selektion des geringen Risikos („Rosinenpicken“), Indikationsausweitung (Übersorgung), Absicherungsversorgung oder Risikovermeidung führen. Schließlich können wichtige Qualitätsaspekte, die nicht oder nur mit unangemessen hohem Aufwand gemessen werden können, vernachlässigt werden, während weniger wichtige, aber einfacher zu messende Aspekte fokussiert werden. Das u.a. Albert Einstein zugeschriebene Wort „*Not everything that counts can be counted; not everything that can be counted counts.*“ gilt für zahlreiche, auch medizinische Zusammenhänge^{19), 20), 21)} einschließlich der Qualität der Versorgung.

Obwohl die Verwendung von Daten in Form von Qualitätsindikatorergebnissen die Grundlage für eine Qualitätsbeurteilung und -verbesserung darstellt, stoßen vorwiegend datenbasierte, quantitative Verfahren aus den genannten Gründen an Grenzen. Allein mit Messen und Datenauswertungen kann die Qualität des komplexen Systems der Gesundheitsversorgung nicht abschließend beurteilt und verbessert werden, es sind immer zusätzlich qualitative Verfahren zur Qualitätsbeurteilung und -verbesserung durch Experten auf fachlicher Augenhöhe²²⁾ erforderlich (siehe Grafik).

Vorschlag für ein qualitatives Verfahren zur Qualitätsbeurteilung und -verbesserung

Die Idee eines qualitativen Verfahrens zur Qualitätsbeurteilung ist nicht neu: Alle externen Evaluationsverfahren von Gesundheitseinrichtungen (Akkreditierung, Zertifizierung, Lizenzierung), die Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen, die Peer Review-Verfahren der Bundesärztekammer²³⁾ oder der Initiative Qualitätsmedizin²⁴⁾ und viele mehr²⁵⁾ basieren weitgehend auf einem qualitativen Ansatz und einer Qualitätsbeurteilung durch Fachexperten. Auch der bisherige *Strukturierte Dialog* der externen stationären Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)²⁶⁾ und das derzeitige *Stellungnahmeverfahren* gemäß § 17 DeQS-RL verfolgt im Grunde diesen Ansatz.

Der *Strukturierte Dialog* bzw. das *Stellungnahmeverfahren* werden aufgrund großer Unterschiede im Vorgehen in den einzelnen Bundesländern und bei den eingesetzten Maßnahmen sowie aufgrund fehlender Durchsetzungsmöglichkeiten von Qualitätsverbesserungen kritisiert. Zudem fokussieren beide Verfahren stark auf den vom Indikator betrachteten Qualitätsaspekt, statt auch die Entstehung der Qualität auf einer höheren (System-)Ebene (zum Beispiel gesamte Behandlung, Fachabteilung)

zu betrachten. Vor diesem Hintergrund hatte der G-BA am 18. Januar 2018 das IQTIG mit der Weiterentwicklung des *Strukturierten Dialogs* beauftragt. Mit dem Abschlussbericht²⁷⁾ wurde jedoch praktisch nur eine Weiterentwicklung der mathematisch-statistischen Methodik zur Berechnung der Einzelergebnisse der Qualitätsindikatoren vorgelegt und damit der Fokus allein auf das Messen (Verifizierung bzw. Falsifizierung der rechnerischen Ergebnisse) gelegt. Statt einer Weiterentwicklung des qualitativen Ansatzes im Sinne einer Qualitätsbeurteilung durch Fachexperten wurde das Verfahren auf ein aufwandsarmes, standardisiertes *Stellungnahmeverfahren*²⁸⁾ reduziert, dem ein weitgehend kriterienbasierter Algorithmus zugrunde liegt. Der G-BA hat daher am 16. Juni 2022 beschlossen, die Umsetzung der Entwicklungsarbeit des IQTIG nicht weiterzuverfolgen²⁷⁾.

Das hier vorgeschlagene „qualitative Verfahren zur Qualitätsbeurteilung und -verbesserung“ (im Folgenden: *qualitatives Verfahren*) verfolgt hingegen einen erweiterten Ansatz:

- Zunächst wird festgestellt, ob der Hinweis auf ein Qualitätsdefizit (Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs) tatsächlich ein Qualitätsdefizit im betrachteten Qualitätsaspekt darstellt oder nicht. Es wird also zwischen einer rechnerischen bzw. statistischen Auffälligkeit eines einzelnen Qualitätsindikatorergebnisses und einem durch fachliche Bewertung bestätigten Qualitätsdefizit unterschieden.
- Zum Zweiten werden die Ursachen für Qualitätsdefizite auf den verschiedenen Ebenen des Systems vertieft analysiert (Ebene des betroffenen Qualitätsaspekts, der Behandlung, der Fachabteilung, der Einrichtung oder der Gesundheitsversorgung einer Region).
- Schließlich wird durch Einführung von Maßnahmen auf den vorgenannten Ebenen des Systems eine Qualitätsverbesserung erreicht.

Die Ergebnisse des *qualitativen Verfahrens* werden veröffentlicht. Das *qualitative Verfahren* hat nicht nur Detailanalysen einzelner Behandlungsfälle zum Fokus, sondern hat seine Stärke gerade in der zusammenführenden Betrachtung des zugrunde liegenden Systems. Wenn, wie oben vorgeschlagen, eine Reduktion der Anzahl der gleichzeitig erhobenen Qualitätsindikatoren und damit des quantitativen Anteils der eQS gefordert wird, ist es folgerichtig, den qualitativen Anteil der eQS zu erweitern und neu auszugestalten, um die qualitätsverbessernde Wirkung zu erhöhen (Grafik).

Das *qualitative Verfahren* basiert im Wesentlichen auf der Arbeit von Fachexperten. Dies ist aufgrund der Subjektivität, der Auffassungsunterschiede und der potentiellen Interessenkonflikte von Fachexperten nicht unproblematisch, insbesondere wenn vor dem Hintergrund des gesetzlichen Zwecks der eQS auch schwerwiegende Entscheidungen rechtssicher ermöglicht werden müssen. Dementsprechend müssen der Einbezug und die Arbeit der Fachexperten im *qualitativen Verfahren* verbindlich ausgestaltet werden. Auch in anderen Zusammenhängen besteht die Notwendigkeit, Entscheidungen auf Basis der Beurteilung von Fachexperten statt objektiver Kriterien rechtssicher

treffen zu müssen (u. a. Sachverständige eines Gerichts, Fachexperten in einem Delphi-Verfahren, Akkreditierungsentscheidung). Im Kontext von Rationierungsentscheidungen im Gesundheitssystem haben Gruskin und Daniels (2008) vorgeschlagen, Entscheidungen, die nicht daten- und kriterienbasiert durchgeführt werden können, im Rahmen eines verbindlich vorab definierten Prozesses zu treffen²⁹⁾.

Vier Voraussetzungen muss ein solcher Prozess erfüllen²⁹⁾:

- Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit,
- Begründbarkeit anhand von Evidenz und Vernunft,
- Evaluation und anschließende Überarbeitung des Verfahrens sowie Überprüfbarkeit der Entscheidungen (appeal) und
- gesetzliche oder untergesetzliche Festlegung des Prozesses vorab.

Die Überprüfbarkeit der Entscheidungen im Sinne eines Widerspruchsverfahrens (*appeal*) wird auch für andere qualitative Verfahren beispielsweise im Rahmen von externen Evaluationsverfahren von der International Society for Quality in Health Care als Voraussetzung definiert³⁰⁾. Die Einbeziehung von externen Fachexperten ist einer der wichtigsten methodischen Bausteine eines wissenschaftlichen Instituts zur Qualitätssicherung und -verbesserung und zentrales Element des *qualitativen Verfahrens*. Es erscheint insofern erforderlich, dass das IQTIG hierzu eine sachlich und fachlich nachvollziehbare Methodik entwickelt und in sein Methodenpapier aufnimmt. Zudem könnte

ein expliziter gesetzlicher Auftrag den G-BA unterstützen, die Grundlage für ein *qualitatives Verfahren* in der eQS in seinen Richtlinien zu schaffen.

Interessenkonflikterklärung

Der Autor ist Mitarbeiter der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) und im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) an der Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung beteiligt. Der Autor erklärt, dass kein darüberhinausgehender Interessenkonflikt besteht. Die hier dargestellten Positionen geben die persönliche Auffassung des Autors wieder und entsprechen nicht unbedingt den Positionen der DKG oder des G-BA.

Anmerkungen

- 1) Richtlinie des G-BA zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (Zugang 16. Juli 2022).
- 2) Grüning T., Höchstetter R. Chapter on Germany. In: So what? Strategies across Europe to access quality of care. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment, European Commission. Luxembourg Publications Office of the European Union; 2016, 83-90.
- 3) Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Qualitätsreport 2020. <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/qualitaetsreport/> (Zugang 16. Juli 2022).
- 4) Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Bundesqualitätsbericht 2020. Stand 14. Dezember 2020. <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/> (Zugang 16. Juli 2022).



TI-READY?

Erstanschluss oder Konnektorwechsel?

**SHC+CARE und Concat AG sind Ihre servicestarken und erfahrenen Partner:
Starten Sie jetzt mit uns in die Telematikinfrastruktur!**

concat AG
IT SOLUTIONS

Tel.: +49 6251 7026-584
team-ehealth@concat.de
<https://telematikpro.de>

SHC+CARE

+49 821 599997-09
ti-beratung@shc-care.de
www.shc-care.de

- 5) Die Begriffe „Qualitätssicherung“ und „Qualitätsverbesserung“ werden in diesem Artikel, wie in Deutschland üblich, weitgehend synonym verwendet, obwohl sich international der Begriff „quality improvement“ durchgesetzt hat.
- 6) Aufhebung des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 durch Artikel 1 Nr. 41 a) cc) Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG).
- 7) Abschlussbericht des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen IQTIG vom 29. Januar 2021. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Neukonzeption der Entwicklung und Bewertung. Bericht zu Teil A, Seite 23. <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/default-3a32699d10/> (Zugang 16. Juli 2022).
- 8) Döbler K., Arens B. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136c SGB V: Konzeptionelle Überlegungen zur Weiterentwicklung – ein Diskussionsbeitrag. Juni 2020. <https://www.kcqq.de/publikationen/> (Zugang 16. Juli 2022).
- 9) Interview mit Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen: „Wir brauchen eine Inventur der Qualitätsindikatoren“. Dtsch Arztebl 2022; 118:a2206
- 10) Boywitt D., Klakow-Franck R., Heidecke C.-D. Qualität in der Gesundheitsversorgung sichern und weiterentwickeln: Maßnahmen und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl 2022; 65:270-76.
- 11) Geraedts M., de Cruppé W. Effekte der gesetzlichen Qualitätssicherung in der akuten stationären Versorgung. Bundesgesundheitsbl 2022; 65:285-92.
- 12) Schulz S., de Cruppé W., Macher-Heidrich S., Geraedts M. Identifizierung von Qualitätsproblemen durch Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung – Mixed-Methods-Analyse zum Stellungnahmeverfahren des Strukturierten Dialogs. Gesundh ökon Qual manag 2022; Online publiziert am 15. März 2022.
- 13) Beschluss des G-BA vom 15. Juli 2021 über eine Beauftragung des IQTIG: Entwicklung von Aussetzungskriterien und Überarbeitung der Kriterien für Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf. <https://www.g-ba.de/beschluesse/4954/> (Zugang am 16. Juli 2022).
- 14) Grüning T. Entscheidung für das Vorsorgeprinzip: G-BA beschließt Aussetzung des planungsrelevanten Qualitätsindikators QI 330. Das Krankenhaus 1.2022; 12-13. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.4_Publikationen/3.4.1_das_Krankenhaus/das_krankenhaus_0122_Politik-Gruening.pdf (Zugang am 16. Juli 2022).
- 15) World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906> (Zugang am 16. Juli 2022).
- 16) § 136 Absatz 2 Satz 1 SGB V.
- 17) Beschluss des G-BA vom 21. April 2022 über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. <https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/> (Zugang 16. Juli 2022).
- 18) Beschluss des G-BA vom 19. Mai 2022 über eine Beauftragung des IQTIG mit der Prüfung und Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. <https://www.g-ba.de/beschluesse/5456/> (Zugang 16. Juli 2022).
- 19) McKee M. Not everything that counts can be counted; not everything that can be counted counts. BMJ 2004; 328:153.
- 20) Sickbert-Bennett EE., DiBiase LM. COVID-19 Surveillance: Not everything that counts can be counted, and not everything that can be counted counts. N C Med J 2021; 82(1):71-74.
- 21) Toye F. ‚Not everything that can be counted counts and not everything that counts can be counted‘ (attributed to Albert Einstein). Br J Pain 2015; 9(1):7.
- 22) Auf „Augenhöhe“ heißt, dass Fachexperten das gleiche fachliche Expertenniveau wie der zu bewertende Leistungserbringer haben, und nicht, wie es teilweise fälschlicherweise verstanden wird, die gleiche hierarchische Stellung oder Machtstellung innehaben.
- 23) Bundesärztekammer 2014. Leitfaden Ärztliches Peer Review. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Leitfaden_Aerztliches-Peer-Review_2014.pdf (Zugang 16. Juli 2022).
- 24) <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethodik/peer-review> (Zugang 16. Juli 2022)
- 25) Ivers N., Jamtvedt G., Flottorp S., Young JM., Odgaard-Jensen J., French SD., O’Brien MA., Johansen M., Grimshaw J., Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD000259. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub3.
- 26) Richtlinie des G-BA über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern. <https://www.g-ba.de/richtlinien/38/> (Zugang 16. Juli 2022)
- 27) Beschluss des G-BA über die Freigabe des Berichts des IQTIG zur Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern zur Veröffentlichung vom 16. Juni 2022. <https://www.g-ba.de/beschluesse/5501/> (Zugang 16. Juli 2022).
- 28) Bereits begrifflich stellen „Stellungnahmeverfahren“ statt strukturiertem Dialog sowie „Ausnahmetatbestände“ Fehlbezeichnungen dar. Die Begriffe implizieren, dass eine Ursachenanalyse und Qualitätsverbesserung nicht vorgesehen ist, dass die Hinweise aus dem datengestützten Verfahren (rechnerische/statistische Auffälligkeiten) grundsätzlich unzureichende Qualität darstellen und sich der Leistungserbringer durch die Angabe von Ausnahmetatbeständen (zum Beispiel hohes Risikoprofil der Patienten) von dieser unzureichenden Qualität im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens allenfalls entschuldigen kann. Tatsächlich kann jedoch ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs zum Beispiel bei einem entsprechend hohen Risikoprofil der Patientengruppe auch keine unzureichende Qualität, sondern im Gegenteil sehr gute Qualität darstellen, für die der Leistungserbringer keine Ausnahme und keine Entschuldigung benötigten sollte.
- 29) Gruskin S., Daniels N. Justice and human rights: priority setting and fair deliberative process. Am J Pub Health 2008; 98(9): 1573-1577. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2509612/pdf/0981573.pdf> (Zugang 16. Juli 2022).
- 30) International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQuaEEA). Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards. 5th edition, Version 1.1, March 2022. <https://ieea.ch/resources.html> (Zugang 16. Juli 2022).

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Thilo Grüning, MSc, Leiter des Geschäftsbereichs IV, Qualität der Versorgung und Psychiatrie, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Wegelystraße 3, 10623 Berlin, E-Mail: t.gruening@dkgev.de

Redaktionstelefon: 030 20847294-1/-2

Fax: 030 20847294-9