



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 137a Abs. 7 SGB V

zum Vorbericht des IQTIG „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

Berlin, den 07.11.2017

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 04.10.2017 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 IQTIG „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ aufgefordert.

I. Hintergrund

Am 16.06.2016 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG beauftragt, bis Ende Dezember 2017 das QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (kurz: QS-Verfahren Schizophrenie) auf Basis des vom AQUA-Institut am 14.12.2015 vorgelegten Abschlussberichts zu überarbeiten.

Einen ersten Zwischenbericht zum Gesamtverfahren hatte das IQTIG am 31.12.2016 dem G-BA vorgelegt. Der Bericht beinhaltete das sogenannte verfahrensspezifische Qualitätsmodell mit 17 Qualitätsaspekten. Aus diesen Qualitätsaspekten soll ein Qualitätsindikatorenset abgeleitet werden. Als Datenquellen für Indikatoren sollen die QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine Patientenbefragung dienen.

Es folgte am 15.05.2017 ein Zwischenbericht zur Patientenbefragung, der sich auf selektierte 9 der 17 Qualitätsaspekte beschränkte, die sich nach Einschätzung des IQTIG über eine Patientenbefragung abbilden lassen.

Am 04.10.2017 legte das IQTIG den vorliegenden Vorbericht vor, der an die oben genannten Zwischenberichte anknüpft. Nach Würdigung der Stellungnahmen zu diesem Vorbericht wird am 31.12.2017 ein Abschlussbericht vorgelegt. Für den 15.12.2018 ist ein Abschlussbericht zur Patientenbefragung vorgesehen.

Es ist der Komplexität der Verfahrensentwicklung geschuldet, dass sich die Berichte notwendigerweise auch inhaltlich überschneiden. Wie schon früher bei Stellungnahmen zu Entwicklungsberichten des AQUA-Instituts als Institution nach § 137a SGB V (alt) angemerkt, schlägt die Bundesärztekammer vor, die Bezeichnungen der Berichte zu überdenken, da sie in der Abfolge (erst Zwischenbericht, dann Vorbericht und schließlich Abschlussbericht) nicht unbedingt logisch erscheinen.

Im vorliegenden Fall ist in sachgerechter Weise die Entwicklung der Patientenbefragung in der Berichterstattung abgekoppelt worden vom Rest des Verfahrens. Ein Gesamtdokument zu allen vorgeschlagenen Instrumenten des QS-Verfahrens liegt dadurch allerdings nicht vor.

Dem Vorbericht wurden zudem diverse weitere Anhänge und Anlagen (Abschlussbericht nebst Anlagen des AQUA-Instituts) angefügt. Für die stellungnehmenden Institutionen wird letztlich der Gesamtüberblick über das vorgeschlagene Verfahren durch die Vielzahl der Dokumente erschwert.

Der Schwerpunkt dieser Stellungnahme der Bundesärztekammer liegt auf der Diskussion der Operationalisierung der Indikatoren und der daraus abgeleiteten Datensätze. Es wird auf einige Detailungenauigkeiten und Widersprüche hingewiesen, die bis zum Abschlussbericht korrigiert werden sollten.

II. Stellungnahme zum Vorbericht im Einzelnen

1 Hintergrund

Die Historie der Verfahrensentwicklung durch das AQUA-Institut wird kurz wiedergegeben und es werden zentrale Kritikpunkte am damaligen Abschlussbericht genannt: Unausgewogenheit des Indikatorensets, zu wenig Berücksichtigung der Ergebnisqualität, zum Teil mangelnde Operationalisierung und zu geringe Adressierung der Sektorenübergänge.

2 Auftrag und Zielsetzung

Der Auftrag des G-BA wird zusammengefasst. Ausgehend vom AQUA-Abschlussbericht sollen im Qualitätsmodell des IQTIG mit seinen Qualitätsaspekten und Indikatoren die oben genannten Mängel behoben werden. Das Ziel des Verfahrens wird aufbauend auf dem Auftrag zusammengefasst.

3 Neuausrichtung

Die bereits im Zwischenbericht vorgestellten methodischen Schritte bei der Erarbeitung des Qualitätsmodells werden noch einmal kurz umrissen. Das Ergebnis, ein verfahrensspezifisches Qualitätsmodell mit 17 Qualitätsaspekten, wird tabellarisch vorgestellt einschließlich der vorgeschlagenen Datenquellen für die Qualitätsindikatoren. Die Qualitätsaspekte, einschließlich der nicht selektierten, werden kurz charakterisiert. Es wird resümiert, dass die Experten zum Schluss gekommen seien, dass die AQUA-Indikatoren bis auf einen Indikator nicht mehr fortgeführt werden sollen.

Anmerkung:

Tabelle 2 des Zwischenberichts zur Patientenbefragung unterscheidet sich von der eigentlich entsprechenden Tabelle 2 im vorliegenden Vorbericht zum Teil inhaltlich:

- „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ nur noch über Datenquelle Patientenbefragung und nicht mehr über QS-Dokumentation/Sozialdaten
- „Teilhabe“ zusätzlich zur Patientenbefragung auch über Datenquelle QS-Dokumentation/Sozialdaten
- Bezeichnung „Symptomlast“ statt „Veränderung der Symptombelastung“
- Bezeichnung „Psychosoziales Funktionsniveau“ statt „Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus“

Hier sollten die Gründe für diese Änderungen – ggf. als Fußnote – angegeben werden.

Zudem enthielt die Tabelle 2 des Zwischenberichts zur Patientenbefragung noch eine Nummerierung der Qualitätsaspekte, im Vorbericht ist dies nicht mehr der Fall. Da die Reihenfolge der Qualitätsaspekte („Entlassungsmanagement“ steht an zweiter Stelle) nicht dem Ablauf der Versorgungsprozesse entspricht, ist bei fehlender Nummerierung die Übersicht für den Leser erschwert. Später im Vorbericht sollten auch die Indikatoren nummeriert werden – am besten so, dass die Zuordnung zum Qualitätsaspekt deutlich wird. Erschwert wird die Übersicht weiterhin dadurch, dass in Kapitel 3.3 die Qualitätsaspekte in einer anderen Reihenfolge diskutiert

werden als in Tabelle 2. Später im Dokument (Tabelle 6) erscheinen die Qualitätsaspekte erneut in einer anderen Reihenfolge.

Der Hinweis „Bei dem Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ stellte sich (...) heraus, dass eine Operationalisierung der abgeleiteten QI-Entwürfe mittels der datengestützten Qualitätssicherung nicht möglich ist“, ist an dieser Stelle verwirrend, da der Qualitätsaspekt im weiteren (Kapitel 5 ff.) in die Entwicklung einbezogen wurde, und sich erst nach dem Entwicklungsprozess herausstellte, dass dazu kein geeigneter Indikator gefunden wurde. Andererseits werden die Qualitätsaspekte „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“ in Tabelle 2 noch getrennt dargestellt, sie wurden aber später im Entwicklungsprozess zusammengefasst. Anders ausgedrückt: Tabelle 2 sollte entweder eindeutig den Status der Qualitätsaspekte vor oder nach dem weiteren Entwicklungsprozess anzeigen.

4 Methodisches Vorgehen

Der grundsätzliche Prozessablauf vom Qualitätsaspekt über das Qualitätsmerkmal zum Indikator wird in fünf sogenannten Filterschritten, unter Einbeziehung eines Expertengremiums, dargestellt. Das Vorgehen bei der Literaturrecherche und die Nutzung eines Sozialdatenpools für explorative Analysen möglicher Indikatoren werden beschrieben.

Im Weiteren wird die Recherche nach international bereits vorliegenden Indikatoren und Messinstrumenten beschrieben.

Anmerkung:

In Kapitel 4.4.1 wird erläutert, dass nur vier Qualitätsindikatoren mittels Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse vom IQTIG geprüft wurden. Dies überrascht angesichts der Tatsache, dass in Tabelle 2 noch aufgeführt worden war, dass bei 12 Qualitätsaspekten die Nutzung von Sozialdaten als Datenquelle möglich sei.

5 Ergebnisse – Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung

5.1 Einbezogene Leitlinien für den Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung

Die Bewertung der einbezogenen Leitlinien nach dem AGREE-II-Instrument wird aufgeführt. Es wird darauf hingewiesen, dass sechs Leitlinien nicht berücksichtigt wurden, da in der Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) nach AGREE-II weniger als 50 % erreicht wurden.

Anmerkung:

Die Selektion der Leitlinien mag sachgerecht sein, zumal die Domäne 3 den wichtigen Aspekt der Evidenzdarstellung einer Leitlinie enthält. Warum aber nur für eine von sechs Domänen ein Schwellenwert als K.o.-Kriterium verwendet wurde, ist dem Bericht und auch in den referenzierten „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG-Instituts nicht zu entnehmen. Einige Leitlinien erreichen gemäß Tabelle 5 auch bei anderen Domänen sehr niedrige Werte.

5.4 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Es wird argumentiert, dass die vier vorab formulierten Qualitätsmerkmale, wie z. B. der Planungs- und Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern, schlecht operationali-

sierbar seien. Zudem werde dieser Qualitätsaspekt in der Patientenbefragung aufgegriffen und er überschneide sich mit den neuen gesetzlichen Regelungen zum Entlassungsmanagement. Deshalb habe man bei diesem Qualitätsaspekt letztendlich auf die Ableitung von Indikatoren verzichtet.

Anmerkung:

Angesichts der eingangs vorgestellten Zielstellung der Verfahrensentwicklung – auch in Abgrenzung vom AQUA-Abschlussbericht – sektorenübergreifende Probleme in der Versorgung zu adressieren, ist es bedauerlich, dass gerade auf diesen Qualitätsaspekt verzichtet wurde.

5.4 ff.

Im Folgenden werden für jeden Qualitätsaspekt die Filterschritte der Entwicklung über die Qualitätsmerkmale zum Indikator dargestellt. Dabei ist positiv die ausführliche Darstellung der Diskussion in den Expertengremien hervorzuheben.

Die „Beschreibungen der Indikatoren“ (in früheren Berichten auch „Indikatorenblätter“ genannt) sind dem Vorbericht zusätzlich als „Indikatorenset“ angefügt.

Anmerkung:

Die „Tabellen mit Beschreibung des Qualitätsindikators“ im Kapitel 5 im Vorbericht und im angehängten Indikatorenset sind identisch. Hätte man auf die Wiedergabe im Vorbericht verzichtet und stattdessen auf das Indikatorenset verwiesen, hätte man eine Textdopplung vermieden und ca. 80 Seiten im Vorbericht gespart.

Eine weitere Dopplung bzw. inhaltliche Überschneidung findet sich in den Anmerkungen zum dritten und vierten Expertengremium, einerseits in den Unterkapiteln des Kapitels 5 zur „Operationalisierung der QI-Entwürfe“ und andererseits in den jeweiligen Indikatortabellen. Es wird zum Teil der gleiche Sachverhalt mit jeweils anderen Worten wiedergegeben. Auch hier könnte man sich bei zukünftigen Berichten auf eine Stelle im Bericht beschränken.

5.5 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement

Tabelle 7 Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung

Ausschlusskriterien:

Hier fehlt in der Aufzählung der Ausschlusskriterien:

- Patientin/Patient lehnt ab
- Patientin/Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme
- Patientin/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung
- Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation

Datenfelder

Es erschließt sich nicht, wozu hier die Felder 18 - 20 des Datensatzes aufgeführt werden. Sie werden zur Berechnung des Indikators nicht benötigt.

5.6 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Tabelle 8 Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär

Tabelle 9 Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant

Qualitätsziel

Dass die Patientinnen und Patienten „(...) mithilfe von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung erwerben (...)“ sollen ist zwar richtig, wird aber so vom Indikator nicht überprüft. Der Indikator erfasst lediglich, ob der Patient eine strukturierte und manualisierte Psychoedukation erhalten hat und ob diese dokumentiert wurde.

Bei anderen Indikatoren wurden unmittelbare und mittelbare Ziele im „Qualitätsziel“ sprachlich getrennt (z. B. Indikator „Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen eine antipsychotische Erhaltungstherapie erhalten, um Rezidive zu vermeiden“). Analog könnte das Qualitätsziel hier formuliert werden: (...) sollen eine strukturierte und manualisierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben.

Cave: Uneinheitliches Wording: manualisiert, manualbasiert

Referenzbereich

Bei diesen und bei anderen Qualitätsindikatoren besteht ein Widerspruch zwischen der Formulierung des Qualitätsziels und dem gewählten Referenzbereich. Zum Vergleich

- Qualitätsaspekt Psychoedukation:
Qualitätsziel: „Alle Patienten (...)“,
Referenzbereich: $\geq 50\%$
- Qualitätsaspekt Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie:
Qualitätsziel: „Bei möglichst allen Patienten (...)“,
Referenzbereich: $\geq 95\%$
- Qualitätsaspekt Suizidalität:
Qualitätsziel: „(...) alle Patienten (...)“,
Referenzbereich: $= 100\%$

Die Formulierung sollte über alle Indikatoren hinweg konsistent sein.

5.7 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Tabelle 12: Beschreibung des Qualitätsindikators „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“

Datenfelder für die Indikatorberechnung

„Grundgesamtheit“ (Seite 96) weicht von „Grundgesamtheit“ (Seite 94) ab. Es fehlen: die Behandlung in zwei Quartalen, die Facharztgruppen und der stationäre Aufenthalt.

„Ausschluss Grundgesamtheit“ weicht von „Ausschlusskriterien“ (Seite 94) ab: Es fehlt „Alter < 18 Jahre“.

Entwicklungsprotokoll

Die Aussage: „Dieser Indikator soll als ein Surrogat für die Erhaltungstherapie ...die Verschreibung einer antipsychotischen Therapie für zwei Quartale nach einem stationären Aufenthalt messen“ stimmt nicht mit dem Indikator überein, da hier vier Folgequartale antipsychotische Therapie bei mindestens zwei Quartalen ambulanter fachärztlicher Behandlung gemessen werden.

5.8 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Tabelle 13 Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt

Die Interpretation, was eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention ist, wird vollständig der dokumentierenden Person überlassen. In dem Ausfüllhinweis wird „systematisch“ mit „mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche“ operationalisiert. „Evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention“ wird in den Ausfüllhinweisen mit einer allgemein gehaltenen Definition des Begriffs „Psychotherapie“ aus einem Lehrbuch operationalisiert.

Es ist zu befürchten, dass die datengestützte Qualitätssicherung hier an Grenzen stößt und der komplexe Sachverhalt nicht einfach mit einer Ja-/Nein-Frage beantwortet werden kann. Daher sind bei diesem Indikator kaum aussagekräftige Daten zu erwarten.

Ausschlusskriterien

Besser „Verweildauer < 7 Tage“ statt „Mindestverweildauer < 7 Tage“.

Datenfeld „Art der Maßnahme (1 = kognitive Verhaltenstherapie, 2 = andere)“

Dieses Feld geht nicht in den Indikator ein. In welchem Verhältnis steht die kognitive Verhaltenstherapie zur „evidenzbasierten psychotherapeutischen Intervention“?

5.9 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

Tabelle 14: Beschreibung des Qualitätsindikators „Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten

Datenfeld „Haben Sie für jeden Suizid im Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert“

Das Wording des Datenfelds (Fallkonferenz/Suizidkonferenz) weicht ab von der Indikatorbezeichnung (Fallbesprechung/Suizidkonferenz).

Referenzbereich

Der Referenzbereich 100 % passt hier nicht, da es sich um eine Einrichtungsbefragung handelt und die Antwort nur „ja“ oder „nein“ sein kann. Durch die Formulierung der Frage ist der Indikator allerdings indirekt ein Sentinel-Event-Indikator. Egal, ob bei (hypothetisch) zehn Sui-

ziden pro Jahr in nur einem Fall oder in allen Fällen keine Fallbesprechung durchgeführt wurde, müsste die Einrichtung jeweils „nein“ ankreuzen.

5.10 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Tabelle 15: Beschreibung des Qualitätsindikators Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom

Zähler:

Im Datenfeld soll ein komplexer Sachverhalt (regelmäßig, strukturiert, dokumentiert, Substanzmissbrauch, Abhängigkeit) mit einer Ja-/Nein-Abfrage erfasst werden. Auch hier besteht die Gefahr einer zweifelhaften Datenvalidität. Zähler und Datenfeld weichen zudem ab: Im Datenfeld wird zusätzlich abgefragt:

- Regelmäßig
- Ergebnis dokumentiert

Nicht im Datenfeld wird abgefragt:

- Komorbidität Abhängigkeitssyndrom

Rationale:

Schreibfehler: „Querschnittsschnitte“ statt „Querschnittsstudie“.

Qualitätsziel:

Das Wording weicht ab:

- Zähler: „strukturiert“
- Datenfeld: „regelmäßig und strukturiert“
- Qualitätsziel: „systematisch“

5.11 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Tabelle 16: Beschreibung des Qualitätsindikators „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“

Datenfelder für die Indikatorberechnung

Grundgesamtheit

Hier fehlt: „Mindestens zwei Quartale in fachärztlicher ambulanter Versorgung“

Ausschluss Grundgesamtheit

Hier fehlt: „Alter < 18 Jahre“

5.12 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Tabelle 17: Beschreibung des Qualitätsindikators „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“

Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit kann nicht lauten: „alle stationären Leistungserbringer, die 1:1-Betreuung (...) durchgeführt haben“. Richtig wäre: „alle stationären Leistungserbringer“.

Ausschlusskriterien

„Anzahl durchgeführter indizierter Zwangsmaßnahmen im Erfassungsjahr = 0“ ist aus dem Erfassungsbogen nicht ableitbar, da danach nicht gefragt wird. In der dritten Sitzung des Expertengremiums war allerdings empfohlen worden, „die kumulierte Anzahl unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen zu erfassen“.

Qualitätsziel

Es wird nur das Vorliegen einer Arbeitsanweisung (und einer Auswertungsstatistik) abgefragt, nicht aber, ob die Patienten „immer eine 1:1-Betreuung“ bei einer Zwangsmaßnahme erhielten.

Referenzbereich

Der Referenzbereich 100 % passt hier nicht, da es sich um eine Einrichtungsbefragung handelt und die Antwort nur „ja“ oder „nein“ sein kann.

Tabelle 18: Beschreibung des Qualitätsindikators „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“

Anmerkungen

Der Begriff „weiteres nicht ärztliches Personal“ wird hier definiert. Er wird aber nicht im Erfassungsbogen verwendet. Stattdessen müsste „therapeutisch tätige Mitarbeiter“ definiert werden.

5.13 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Tabelle 19: Beschreibung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“

Qualitätsziel

„Bei entsprechender Indikation“ soll der Patient eine „teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung“ erhalten. Die Indikation ist im Indikator (Zähler/Grundgesamtheit) aber nicht enthalten.

Aus den Datenfeldern wäre dieses Qualitätsziel auch gar nicht überprüfbar, da das Vorliegen einer Indikation nur für die Patienten ohne teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung abgefragt wird. Anders ausgedrückt: Ob Patienten ohne Indi-

kation die Versorgung erhalten, wird nicht erfasst. Dazu hätten die Fragen anders herum gestellt werden müssen: 1. Bestand eine Indikation? Wenn ja, 2. Hat der Patient die Versorgung erhalten?

Datenfeld „Wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgungsform im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt“

Abgesehen von einer umständlichen Formulierung dieses Datenfeldes (z. B. „im Rahmen (...) im Rahmen“) ist der Verweis auf SGB V nicht sinnvoll, wenn nicht – zumindest in den Ausfüllhinweisen – auf den/die einschlägigen Paragraphen (§ 118?) im Sozialgesetzbuch V referenziert wird. Die Ausfüllhinweise beschreiben über 1 ½ Seiten, was unter einer „teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgungsform“ „im Sinne dieses Qualitätsindikators“ zu verstehen sei. Der dokumentierende Arzt soll also für jeden von ihm behandelten Patienten detailliert prüfen, ob die (alle?) Kriterien erfüllt sind und er hier „ja“ oder „nein“ anzucreuzen hat. Letztlich ist eine eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse dieses Indikators zu befürchten.

Tabelle 20: Beschreibung des Qualitätsindikators „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie) (Systemindikator)“

Datenfelder für die Indikatorberechnung

Grundgesamtheit

Hier fehlt: „Mindestens zwei Quartale in fachärztlicher ambulanter Versorgung“.

Tabelle 21: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“

Datenfelder für die Indikatorberechnung

Grundgesamtheit

Hier fehlt: „Mindestens zwei Quartale in fachärztlicher ambulanter Versorgung“.

5.15 Qualitätsaspekt „Symptomlast“

Tabelle 22: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“

Zähler

Aus der Formulierung geht nicht hervor, ab wann der HoNOS als „erfasst“ und „dokumentiert“ gilt – wenn alle Items des Bogens ausgefüllt sind oder mindestens ein Item?

Tabelle 23: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“

Zähler

Siehe oben.

Datenfeld „Haben Sie bei Ihrem Patienten innerhalb von 4 Wochen nach QS-Auslösung den HoNOS erhoben?“

Die Formulierung ist ungewöhnlich. Woher soll die ausfüllende Person wissen, zu welchem Zeitpunkt die „QS-Auslösung“ war?

Tabelle 24: Beschreibung des Qualitätsindikators „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär (Systemindikator)“

Tabelle 25: Beschreibung des Qualitätsindikators „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)“

Zähler

„Statusergebnis gemessen mit dem HoNOS und Dokumentation dieses Werts für jeden Fall bei stationärer Aufnahme im Erfassungsjahr“. Unklar bleibt, was der Indikator eigentlich misst. Soll über Zähler/Grundgesamtheit der „gemittelte Score über alle Fälle“ errechnet werden (im Entwicklungsprotokoll ist von „gepoolten Indikatorergebnissen“ die Rede)? Wenn ja, dann sollte angegeben werden, wie der Score berechnet wird.

Rationale /Qualitätsziel

Rationale und Qualitätsziel der Indikatoren sind gleichlautend zu den Indikatoren „Messung der Symptomlast“, sollten sich aber eigentlich unterscheiden. Während die oben genannten Indikatoren erfassen, dass die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau gemessen werden, sollen die hier genannten Indikatoren erfassen, was bei der Messung herauskommt.

Anmerkung:

In Tabelle 27 wird der Indikator „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“ der Prozessqualität zugeordnet. Es handelt sich wohl eher um einen Strukturqualitätsindikator. Im Zwischenbericht (Seite 78) war er zu Recht als „Strukturqualität auf Personalebene“ bezeichnet worden.

7 Ergebnis der themenspezifischen Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren

Es wird die Recherche international vorhandener Indikatoren vorgestellt. 225 Indikatoren wurden recherchiert.

Anmerkung:

Unklar bleibt, warum das Ergebnis der Recherche im Vorbericht erst nach der Indikatorentwicklung dargestellt wurde, denn sie wurde doch gemäß Kapitel 4.6 vor den weiteren Entwicklungsschritten durchgeführt.

Hinweis:

Auf Seite 199 ist von 150 letztendlich eingeschlossenen Qualitätsindikatoren die Rede, in Abbildung 5 von 116 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren.

8 Systemqualität

Es wird dargestellt, dass für einige Indikatoren bei der chronischen Erkrankung Schizophrenie eine Ergebnisdarstellung auf Leistungserbringerebene nicht angemessen ist, und daher aggregiert auf „Systemebene“ ausgewertet werden sollte. So kann die Versorgungssituation z. B. in Bezug auf Regionen/Bundesländer dargestellt und diskutiert werden.

Anmerkung:

Diese Verfahrenskomponente, die unter dem Begriff „Area-Indikatoren“ auch Bestandteil des G-BA-Auftrags war, bedeutet letztlich einen Paradigmenwechsel in der datengestützten Qualitätssicherung des G-BA, weg von der Kontrolle der Leistungserbringer hin zur Versorgungsforschung – auch wenn im Bericht dieser Begriff vermieden wird.

9 Nutzung von standardisierten Messinstrumenten in der gesetzlichen Qualitätssicherung bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung

Seite 209: „Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung ist eine vollständige Erhebung des Patientenstatus nur anhand der QS-Dokumentation durch die behandelnden Leistungserbringer gewährleistet. Zudem ist es aufgrund des im Rahmen dieses Auftrags adressierten Patientenkollektivs sinnvoll, die Fremdbeurteilung zugrunde zu legen“.

Anmerkung:

Auch wenn letztlich ein Fremdeinschätzungsinstrument angemessen sein mag, so wirkt diese Begründung, mit der beim Qualitätsaspekt der Symptomlast auf die Patientenbefragung als Quelle verzichtet wird, etwas verkürzt. Es hätte zumindest anhand der einschlägigen Literatur diskutiert werden können, welche Patientenbefragungsoptionen es gibt.

10 Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Zu diesem Qualitätsaspekt liegt kein entwickelter Qualitätsindikator vor. Die Experten seien sich aber nach Angaben des IQTIG im Laufe der Entwicklungsarbeit schließlich einig gewesen, dass neben der ursprünglich vorgesehenen Patientenbefragung unbedingt auch eine Fremdeinschätzung der Einschränkung der Teilhabe durch den Leistungserbringer – analog zur Symptomlast – erfolgen müsse. Das IQTIG kündigt an, vor Beginn der Machbarkeitsprüfung, einen entsprechenden Indikator „nachzuentwickeln“.

Anmerkung:

Aufgrund der Komplexität der Entwicklungsarbeit ist es nachvollziehbar, dass ein Teil des Verfahrens ggf. nicht fristgerecht zum Abgabetermin des Vorberichts fertig wurde. Verfahrenstechnisch sollte das IQTIG mitteilen, ob und wie es auch bei nachgereichten Teilen eines Entwicklungsberichts eine Stellungnahme der berechtigten Institutionen ermöglicht.

11 Reflexion des Indikatorensets

Es wird dargestellt, dass in der Gesamtschau nach Ansicht des IQTIG und nach Einschätzung des Expertengremiums mit dem vorgelegten Indikatorenset der Auftrag des G-BA erfüllt worden sei. Die wesentlichen Qualitätsaspekte der Versorgung der Schizophrenie seien sektorübergreifend abgedeckt. Im Vergleich zum Entwicklungsergebnis des AQUA-Instituts sei das Set ausgewogener und das Aufwand-/Nutzen-Verhältnis angemessener.

Anmerkung:

Die Bundesärztekammer unterstützt die Einschätzung, „dass eine abschließende aussagekräftigere Gesamtschau des Indikatorensets erst bei Vorliegen der Indikatoren des Erfassungsinstrumentes der Patientenbefragung erfolgen kann.“

14 Schritte bis zum Regelbetrieb

Das IQTIG schlägt dem G-BA vor, eine Machbarkeitsprüfung zu beauftragen. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung bestehen keinerlei Erfahrungen mit der QS-Auslösung, einer verpflichtenden QS-Dokumentation und den entsprechenden Datenflüssen. Das Institut weist darüber hinaus darauf hin, dass der G-BA, sofern er dem IQTIG-Vorschlag folgt, mit dem HONOS erstmals ein standardisiertes Messinstrument flächendeckend in der ambulanten und stationären Versorgung einführt.

Anmerkung:

Der Vorschlag einer Machbarkeitsprüfung ist mit Nachdruck zu unterstützen. Hier muss sich unter anderem zeigen, ob die vorgeschlagene Operationalisierung der Indikatoren mittels fallbezogener ambulanter bzw. stationärer QS-Dokumentation praxistauglich ist oder ob Modifikationen notwendig werden.

Zu erwähnen wäre an dieser Stelle noch, dass für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ ein oder mehrere Indikatoren vom Institut nachzureichen sind.

Anhang zum Vorbericht

D.5 Datenfelder der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
	Einige Datenfelder im Bogen z. B. Felder 16/17	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: „Der Patient hat (...)“ (Bogen) „Die Patientin/der Patient hat (...)“ (Indikatorenset)
14	Aufnahmedatum (stationär)	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Indikatorenset: „Aufnahmedatum Krankenhaus_/ teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)“ Bogen: „Aufnahmedatum (stationär)“
15	Entlaßdatum Krankenhaus/teilstationär	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Indikatorenset: „Entlassungsdatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)“ Bogen: „Entlaßdatum Krankenhaus (stationär)“ Cave: Einheitliche Schreibweise: Entlaßdatum, Entlassungsdatum
Vor 16	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung einen ambulanten Anschlusstermin?	Hier müssten die Ausschlusskriterien als Filter vorgeschaltet werden: „Wenn Feld 21 (Entlassungsgrund) nicht in (03, 06, 07, 08, 09, 11, 17, 22):“. Andernfalls müssten die nachfolgenden Datenfelder überflüssigerweise ausgefüllt werden. Ggf. wäre das Feld Entlassungsgrund nach oben zu ziehen.
Vor 17	Wenn Feld 12=0	Gemeint ist wohl „Wenn Feld 16 = 0“ (Datenfeld 12 ist „Geburtsdatum“) Der Filter fehlt im Bogen
17	Angabe des Grundes für die Angabe „Kein Anschlusstermin“	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: „Angabe des Grundes für die Angabe „nein““
Vor 18	Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation.	Hier müsste der Filter vorgeschaltet werden: Wenn Feld 17 in (1,2)
Vor 19	Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	Hier müsste der Filter vorgeschaltet werden: Wenn Feld 16 = 1
21	Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus/teilstationär (z. B. Tagesklinik)	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Vorbericht des IQTIG
„Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
22	Hat die Patientin / der Patient eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Hat die Patientin/der Patient eine strukturierte und <u>manualisierte</u> Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?
Vor 24	Erfolgte mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Psychopharmakotherapie?	Hier fehlt der Filter: Wenn Feld 23 = 1
25	Hat die Patientin/der Patient eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten? Ausfüllhinweis: Therapieeinheit sind mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche • Können im Block oder zeitlich aufgeteilt erfolgen	Sind kleinere Zeiteinheiten als 25 Minuten Psychotherapie in der Praxis üblich? Wenn nicht, ist die Ergänzung überflüssig.
Vor 26	Wenn Feld 21=1	Gemeint ist wohl: Wenn Feld 25 = 1
26	Art der Maßnahme	Warum Abweichung des Wortlauts von Feld 25: („Maßnahme“ vs. „Intervention“)?

D6. Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
Vor 18		Hier müsste der Filter vorgeschaltet werden: Wenn Feld 17 = 1
18	Erfolgte mindestens zweimal im Erfassungsjahr eine systematische Erfassung und Dokumentation der unerwünschten Arzneimittelwirkungen <u>auf die</u> Psychopharmakotherapie?	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Erfolgte mindestens zweimal im Erfassungsjahr eine systematische Erfassung und Dokumentation <u>des Ansprechens auf die Psychopharmakotherapie</u> und der unerwünschten Arzneimittelwirkungen <u>der</u> Psychopharmakotherapie?
19	Wurde bei der Patientin oder dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch regelmäßig und strukturiert anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?	In den Ausfüllhinweisen ist das Abhängigkeitsyndrom definiert. Es ist aber gar nicht Teil des Datenfeldes (wohl aber des Indikatorzählers)
Vor 21	Wenn Feld 16 = 0	Gemeint ist wohl: Wenn Feld 20 = 0

D.7 Datenfelder der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
6	Haben Sie für jeden Suizid im letzten Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?	Abweichung des Wordings zwischen Datenfeldbezeichnung (<u>Fallkonferenz</u>) und Ausfüllhinweis (<u>Fallbesprechung</u>)
23	Hat die Patientin / der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?	Schreibfehler (gilt für den gesamten Vorbericht) „Ant <i>ij</i> epileptika“ statt „Antepileptika“

D.8 Dokubogen, stationär

D.9 Dokubogen, ambulant

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
1	Status des Leistungserbringers	Bei Option 3 fehlt „von Selektivverträgen“ (analog D.5)
8	Betriebsstättennummer	Abweichung der Datenfeldlänge: D.5: 9 Stellen D.8/D.9: 16 Stellen
9	Nebenbetriebsstättennummer	Abweichung der Datenfeldlänge: D.5: 9 Stellen D.8/D.9: 16 Stellen
10	Lebenslange Arztnummer	Abweichung der Datenfeldlänge: D.5: 9 Stellen D.8/D.9: 15 Stellen
23	Hat der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen <u>der ATC</u> Wirkstoffgruppen N03 Antepileptika, N05 Psycholeptika, N06 Psychoanaleptika erhalten?	Abweichung des Wortlautes von D.5: Hat die Patientin/der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antepileptika/ N05 Psycholeptika/N06 Psychoanaleptika erhalten?
Vor 36	Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	Abweichung zwischen Datensatz und Dokubogen D.5: „Wenn Feld 35 = 1,2,3 oder 4“ D.8: Wenn Feld 35 ≠ 0 Letzteres ist nicht korrekt, da „9 (nicht bekannt/nicht anwendbar)“ ebenfalls ausgeschlossen werden muss.

III. Fazit der Stellungnahme

In der Zusammenschau des Zwischenberichts vom 31.12.2016, des Zwischenberichts zur Patientenbefragung vom 15.05.2017 und des nun vorliegenden Vorberichts zeichnet sich bereits ein relativ aussagekräftiges Bild ab von einem Verfahrensvorschlag des IQTIG für ein Qualitätssicherungsverfahren Schizophrenie. Bei der Ableitung des Qualitätsmodells und der Entwicklung der Indikatoren ist das Institut sehr systematisch und strukturiert vorgegangen. Die Entwicklungsschritte sind nachvollziehbar dargestellt, die Diskussionen der Experten werden transparent wiedergegeben.

Durch Straffungen redundanter Texte (Indikatorenblätter, Expertendiskussion) könnte ggf. in zukünftigen Berichten die Übersichtlichkeit erhöht werden. Zur Übersichtlichkeit würde ebenfalls beitragen, eine Nummerierung der Indikatoren einzuführen. Da die Entwicklung der Patientenbefragung und des Rest des Verfahrens in unterschiedlichen Zeittaktungen erfolgt, ist eine gestaffelte Berichterstattung sachgerecht. Um einen Gesamtüberblick zu erlangen – dies räumt das Institut im Bericht selbst ein – wäre allerdings eine Zusammenschau aller Verfahrensbestandteile hilfreich. Ggf. könnte dies durch einen Gesamtabschlussbericht erfolgen.

Das grundsätzlich gute Gesamtbild des Vorberichts wird leider getrübt durch eine relative hohe Anzahl von Fehlern und Detailungenauigkeiten bei der Operationalisierung der Indikatoren in den Datensätzen. Ein finaler Abgleich von Indikatoren, Datensatzbögen und Ausfüllhinweisen ist zum Erreichen der inneren Konsistenz dringend anzuraten.

Inhaltlich stellt der Verfahrensvorschlag eine Verbesserung gegenüber dem vorbestehenden Vorschlag des AQUA-Instituts dar. Das Indikatorenset ist ausgewogener hinsichtlich der Qualitätsaspekte und der Abdeckung des ambulanten und stationären Sektors. Erstmals wurden sogenannte Systemindikatoren (früher als Area-Indikatoren bezeichnet) entwickelt. Der Umgang mit den Ergebnissen dieser nicht-leistungserbringerbezogenen Indikatoren wäre für den G-BA Neuland. Man würde sich hier etwas detailliertere Vorschläge des IQTIG wünschen, wie man ein Monitoring der Versorgungsqualität mit diesen Ergebnisdaten ausgestalten könnte.

Bemerkenswert ist ebenfalls, dass nach dem Vorschlag des IQTIG mit dem HoNOS erstmals vom G-BA ein psychometrisches Fremdeinschätzungsinstrument in die psychiatrische Regelversorgung eingeführt werden soll. Sollte es sich bewähren und als diagnostisches Standardinstrument die Versorgung selbst unterstützen, wäre sein Einsatz auch in anderen psychiatrischen Indikationsgebieten denkbar, da es per se nicht auf einzelne Erkrankungen beschränkt ist.

Um die Praxistauglichkeit beurteilen zu können, wird der Vorschlag des IQTIG nachhaltig unterstützt, eine (ausführliche) Machbarkeitsprüfung zu beauftragen. Bei einer ausreichenden Anzahl ambulanter und stationärer psychiatrischer Einrichtungen sollten die Datensätze zum Einsatz kommen und auch Probeauswertungen erstellt und diskutiert werden. Bezüglich der Operationalisierung einiger Indikatoren des vorgeschlagenen Indikatorensets ist kritisch anzumerken, dass relativ komplexe Sachverhalte mit einfachen Ja-/Nein-Abfragen abgebildet werden sollen. Inwieweit dies überhaupt zu aussagekräftigen Ergebnissen führt, sollte auch Gegenstand der Machbarkeitsprüfung sein.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Vorbericht des IQTIG
„Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und
Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

Unter Beachtung der angesprochenen Einschränkungen ist nach Einschätzung der Bundesärztekammer zu erwarten, dass ein auf dem Vorschlag des IQTIG aufbauendes Qualitätssicherungsverfahren Schizophrenie die gesetzliche Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V bereichert.

Berlin, den 07.11.2017

i. A.



Dr. med. Oliver Boy M. A.

Referent Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit