

Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten

Statements zum Abschlussbericht vom 28. März 2024

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten. Statements zum Abschlussbericht vom 28. März 2024

Ansprechperson Dr. Martina Groß

Datum der Abgabe 31. März 2025

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten

Datum des Auftrags 6. September 2023

Verzeichnis der eingegangenen Statements

Übersicht der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
- Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung (KCQ)
- Patientenvertretung: Maßgebliche Patientenverbände nach §140 f SGB V (PatV)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Stellungnahme zum Abschlussbericht „Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten“ des IQTIG

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) schätzt folgende Aspekte im Abschlussbericht „Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten“ des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) als kritisch ein: Ungenügende Validierung der Zielgruppen und Nutzungskontexte: Die Identifikation der Zielgruppen und Nutzungskontexte erfolgt im Bericht primär durch Transfer von Ergebnissen aus dem Abschlussbericht für das Q-Portal. Im Rahmen der neuen Beauftragung wären eine systematische Literaturrecherche zu Zielgruppen und Nutzungskontexte im Rahmen von Public Reporting im ambulanten Sektor und die direkte Einbindung eines Expertengremiums geboten gewesen, um die Relevanz und Praktikabilität der vorgeschlagenen Darstellungsformate angemessen evaluieren zu können. Unzureichende zielgruppenspezifische Anpassungen: Der im Bericht verfolgte universelle Ansatz für Darstellungsformate, der für alle Zielgruppen, Nutzungskontexte und Daten anwendbar sein soll, birgt das Risiko, dass spezifische Herausforderungen und Informationsbedürfnisse der äußerst heterogenen Zielgruppen bei der Darstellung von Vergleichsdaten nur unzureichend berücksichtigt werden. Ob die Bereitstellung zielgruppenspezifischer Darstellungsformate und Navigationshilfen hier als Lösung ausreicht, bleibt fraglich, da das IQTIG im Bericht nicht darlegt, auf welcher systematischen Entscheidungsgrundlage die Notwendigkeit derartiger zielgruppenspezifischer Anpassungen beurteilt werden soll. Mangelnde Transparenz im methodischen Vorgehen bei der Prüfung der Übertragbarkeit des Q-Portals auf den ambulanten Sektor: Gemäß IQTIG wurden im Rahmen eines Prüfprozesses das inhaltliche Konzept der Entwicklungsergebnisse zum Q-Portal als übertragbar und ggf. notwendige Weiterentwicklungen für die neue Beauftragung als nicht notwendig befunden. Der Prüfprozess selbst einschließlich der dabei zur Anwendung kommenden Entscheidungsgrundlage (das heißt: Wie wurden welche Informationen von wem gewichtet?) wird an keiner Stelle berichtet. Keine inhaltlichen Anpassungen der Darstellungsformate für den ambulanten Sektor: Die unveränderte Übernahme der Darstellungsformate gemäß Abschlussbericht zum Q-Portal erscheint im Zuge der neuen Beauftragung mit der Erweiterung um den ambulanten Sektor nicht sachgerecht. Der ambulante Sektor weist besondere Spezifika und methodische Herausforderungen auf (unter anderem aufgrund der Vielfalt an Patientengruppen und Behandlungskontexten), die sich vom stationären Sektor unterscheiden. Anders als vom IQTIG angeführt, sind die QS-Verfahren PCI, WI und NET keine geeigneten Nachweise dafür, dass sich Anpassungen der bisherigen Darstellungsformate für den Bereich der ambulanten Versorgung prinzipiell erübrigen. In diesen drei Verfahren werden sowohl für ambulante als auch stationäre Leistungen die gleichen Vergleichsdaten herangezogen und auf identische Weise berechnet, was in zukünftigen QS-Verfahren, wie dem QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie, nicht der Fall sein wird. Limitierte Datenbasis: Die datengestützte Qualitätssicherung (QS) des G-BA beschränkt sich im ambulanten Versorgungsbereich bislang auf wenige QS-Verfahren (QS PCI, QS WI und QS NET), das heißt, bis dato werden lediglich 1,6 Prozent aller ambulant tätigen Leistungserbringer*innen in die datengestützte QS eingeschlossen. Daten

zu essenziellen Qualitätsthemen wie „Kommunikation und Interaktion“ fehlen dadurch weitgehend, was die Aussagekraft der Vergleichsdaten bis auf Weiteres deutlich einschränkt. Das Vorliegen einer limitierten bzw. nicht reliablen Datenbasis sollte bei der Darstellung von Vergleichsdaten in jedem Fall mit einem deutlichen Hinweis kenntlich gemacht werden. Fehlende empirische Überprüfung der Darstellungsformate: Die vorgeschlagenen Darstellungsformate wurden aufgrund zeitlicher Engpässe nicht in Bezug auf Verständlichkeit, Nutzerfreundlichkeit und Barrierefreiheit mit den Zielgruppen evaluiert, was die Aussagekraft der bisherigen Ergebnisse erheblich mindert. Vor einer derartigen Überprüfung lassen sich keinerlei Schlussfolgerungen darüber ziehen, ob die entwickelten Formate praxistauglich sind. Irreführende Aggregation der Informationen in den Darstellungsformaten: Die vorgeschlagene Darstellung von Vergleichsdaten mittels Informationsaggregation auf zwei Ebenen erscheint wenig transparent und inhaltlich irreführend: Die vorgesehene Bildung eines Gesamtindex suggeriert eine über die verschiedenen Leistungsbereiche hinweg vergleichbare und umfassende Abbildung der Versorgungsqualität bei angemessener Gewichtung der einzelnen Qualitätsdimensionen. Die damit verbundene Reduktion der Komplexität der Informationen kann jedoch nur dazu führen, dass die Nutzer*innen den Eindruck leicht verständlicher Qualitätsinformationen gewinnen, während sie die tatsächlich vorhandenen Begrenzungen und Verzerrungen der Informationen nicht erfassen und beurteilen können. Die Entwicklung der Indikatorensets ist bislang grundsätzlich nicht darauf ausgerichtet, eine Gesamtbeurteilung der Versorgungsqualität in den Einrichtungen über die Bildung eines Gesamtindex zu ermöglichen. Stattdessen werden in den verschiedenen QS-Verfahren einzelne Qualitätsaspekte über eine Vielzahl von Indikatoren abgebildet, während andere zentrale Qualitätsaspekte gar nicht abgebildet werden, z. B. weil die methodischen Anforderungen an die Bildung eines Indikators nicht erfüllt werden konnten. Auch die vorgesehenen drei Teilindexe „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“, „Kommunikation und Kooperation“ suggerieren in ihren Bezeichnungen eine umfassende und vergleichbare Erfassung der Qualität von Behandlungsprozessen und -ergebnissen, die mit Blick auf die tatsächlich zugrundeliegenden Qualitätsindikatoren nicht eingelöst werden kann. Auch auf der Ebene einzelner Qualitätsindikatoren besteht das Problem, dass die den Qualitätsindikatoren zugrunde liegenden Items mitunter nur marginale Teilaspekte eines Versorgungsprozesses abbilden. Im Ergebnis resultieren hochaggregierte Qualitätsinformationen, deren Grundlagen und Aussagekraft von den Nutzer*innen nicht mehr nachvollzogen werden können und zu Fehlinterpretationen führen müssen. Validierung bislang entwickelter Qualitätsindikatorensets sollte prioritär erfolgen: Die Datengrundlagen der bestehenden Qualitätsindikatorensets sind derzeit noch unzureichend, um Versorgungsprozesse und -ergebnisse umfassend abbilden zu können. Vor einer einrichtungsvergleichenden Veröffentlichung der Daten sollten daher entsprechende Überarbeitungen der bestehenden QS-Verfahren erfolgen und die Methodik der Entwicklung von Qualitätsindikatorensets für diesen Nutzungszweck angepasst werden.

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)

Das Konzept berücksichtigt den Stand der wiss. Erkenntnisse zum Public Reporting in ausreichendem Maß. Die entwickelte Darstellungsform erscheint aus wiss. Perspektive angemessen. Da jedoch keine Prüfung der Verständlichkeit usw. durch die Zielgruppen erfolgte, kann diese Beurteilung nur als unvollständig gelten. Dies sollte vor einer breiten Einführung unbedingt nachgeholt werden. Die Präferenzen für eine Gewichtung der Beurteilungskriterien sind bisher unter "Filter" versteckt - diese Möglichkeit sollte offensiver propagiert werden.

KURZSTATEMENT DER KBV ZU DEN DARSTELLUNGSFORMATEN EINER EINRICHTUNGSBEZOGENEN VERÖFFENTLICHUNG

Das Kurzstatement bezieht sich auf den Bericht „Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten“ des IQTIG vom 28. März 2024.

KURZSTATEMENT

Das IQTIG hat die Kommentierung des G-BA zur Veröffentlichung des „Gesamtkonzepts für ein G-BA Qualitätsportal“ vom 15.12.2022 entgegen der Beauftragung unzureichend berücksichtigt. Das IQTIG hält an einer aggregierten Darstellung von Ergebnissen fest, obwohl der Aussagegehalt gering ist bzw. zu irreführenden Interpretationen führen kann. Es ist methodisch nicht nachvollziehbar, wie aufgrund einzelner QI-Ergebnisse Rückschlüsse auf die themenspezifische Gesamtqualität der Einrichtung gezogen werden sollen.

Das Qualitätsportal wurde für Krankenhäuser konzipiert. Die bloße Übertragung auf die vertragsärztliche Versorgung, wie sie das IQTIG vornimmt, verkennt die Besonderheiten der einrichtungsbezogenen Veröffentlichung gemäß § 136a Absatz 6 SGB V, die sich auf QS-Daten nach § 299 SGB V beschränkt. Es fehlt ein Konzept, aus dem hervorgeht, dass sich die Darstellung auf einen kleinen Teilaspekt der vertragsärztlichen Leistungen bezieht und keinesfalls Rückschlüsse auf die gesamte Einrichtung erlaubt.

Bei den sektorenübergreifenden QS-Verfahren sind Krankenhausdaten eine Teilmenge der Vergleichsdaten. Wie das IQTIG über diesen Sachverhalt informiert und welche Auswirkungen bzw. Einschränkungen sich dadurch für die vergleichende, einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Daten in der vertragsärztlichen Versorgung ergeben, legt der Bericht nicht dar.

Qua Gesetz sind risikoadjustierte Vergleichsdaten gefordert. Zwar erwähnt das IQTIG mehrfach die Notwendigkeit der Risikoadjustierung und will den Begriff verständlich erklären, doch fehlt, welche Konsequenzen die erst rudimentär erfolgte Umsetzung einer Risikoadjustierung für die Darstellung hat.

Um die Ergebnisse verschiedener Indikatoren auf eine einheitliche Skala übertragen zu können, schlägt das IQTIG den jeweiligen Bundesdurchschnitt als Vergleichswert vor. Dies sollte nicht nur aus inhaltlichen, sondern auch aus methodischen Gründen überdacht werden: Erstens sind im Bundesdurchschnitt Daten der Krankenhäuser enthalten (s.o.). Zweitens ist nicht berücksichtigt, dass die methodische Güte der Indikatoren im Hinblick auf ihre Veröffentlichungsfähigkeit stark variiert.

Es fehlt, ob und wie das IQTIG den unterschiedlichen Informationsgehalt einzelner Indikatoren sichtbar machen wird. Neben der Risikoadjustierung ergeben sich Unterschiede bei festen und perzentilbasierten Referenzbereichen sowie bei der Operationalisierung von Indikatoren gemäß Eignungskriterien, z. B. unterschiedliche Ausprägung der Validität. Außerdem können die Daten auf unterschiedlichen Erhebungsinstrumente basieren. Ein Hinweis über ein Pop-up-Fenster oder ähnliches reicht nicht, zumal das IQTIG in seiner kritischen Würdigung der Methodischen Grundlagen 2.1 die Notwendigkeit einer Interpretation von Messergebnissen betont und mittels Eignungskriterien nur „relevante“ Einschränkungen prüft.

Das IQTIG begründet die Indexbildung mit Komplexitätsreduktion. Dass eine vereinfachte Darstellung zur Fehlinterpretation und Desinformation führen kann, thematisiert das IQTIG nicht. Das Institut sieht Transparenzprobleme höchstens, wenn Indikatoren, die der Indexbildung zugrunde gelegt werden,

unterschiedlich gewichtet würden. Die Gleichgewichtung oder unterschiedliche Gewichtung von Indikatoren stellt jedoch in beiden Fällen eine bewusste Entscheidung dar, die anhand von nachvollziehbaren Kriterien erfolgen muss. Die Transparenzprobleme entstehen also auch bei der Gleichgewichtung des IQTIG, da das IQTIG kein nachvollziehbares Konzept vorlegt, wie es zu dieser Entscheidung kommt.

Hinsichtlich der Fallzahlkategorisierung bezieht sich das IQTIG auf das österreichische Suchportal kliniksuche.at. Dass das Portal weniger als zehn Fälle als nicht bewertbar einstuft und nicht in die Berechnungen einbezieht, berücksichtigt das IQTIG anscheinend nicht, da es diese der Kategorie „weniger als der Durchschnitt“ zuordnet (vgl. S. 55). Dass das IQTIG erst bei weniger als vier Fällen seine Grenze setzt, sollte auch aus Datenschutzgründen überdacht werden (Randwertregel). Außerdem sollte ergänzt werden, inwieweit die Fallzahl aus Gründen statistischer Unsicherheiten ein Indikatorergebnis beeinflussen kann.

Das IQTIG empfiehlt separate Zugangswege für Patienten und Ärzte, obwohl beide Gruppen Zugang zu denselben Informationen erhalten sollen. Dieses Vorgehen erscheint antiquiert und wird vom IQTIG nicht hinreichend begründet. Die Problematik aggregierter Daten stellt sich für beide Gruppen.

Die Darstellung eines QI-Ergebnisses als Icon-Array entspricht dem aktuellen Kenntnisstand zur Vermittlung von Größenverhältnissen. Die Ausführungen im Text sowie die Überschriften sind jedoch zu knappgehalten. Der Einrichtungsbezug hätte deutlicher benannt werden können. Bei der Darstellung von Vergleichsdaten nach einem Stellungnahmeverfahren muss das Ergebnis der Bewertung, ob qualitative Anforderungen eingehalten wurden oder nicht, im Vordergrund stehen. Das Darstellungsformat muss deswegen überarbeitet werden.

Da in dem Portal ausschließlich Vergleichsdaten gemäß § 136a Absatz 6 SGB V abgebildet werden, müssen die Ziele, Prozesse und Limitationen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung skizziert werden. Ein Hinweis im Erläuterungstext, es handle sich um Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung, ist unzureichend, da nur wenige Nutzer wissen werden, was sich dahinter verbirgt. Eine verständliche Information sollte bereits auf der Startseite erfolgen.

Darüber hinaus fehlen Beauftragungsinhalte zur Verständlichkeitsprüfung der Darstellungsformate und zur Integration einer Kommentarfunktion für Ärztinnen und Ärzte.

IQTIG-Bericht „Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten“ – Abschlussbericht vom 28. März 2024

Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) vom 19.12.2024

1. Hintergrund der Beauftragung

Hintergrund der Beauftragung ist die im Entwurf befindliche Richtlinie des G-BA zur „Qualitätsberichterstattung und Transparenz gemäß § 136a Absatz 6 SGB V“ (QbT) sowie die Datengrundlage, die sich aus den jährlichen Empfehlungen des IQTIG für die öffentliche Berichterstattung der Vergleichsdaten in einem Online-Portal ergeben wird.

Da das geplante Onlineportal, bevor es zu einer Veröffentlichung im Einzelfall kommen wird, den Leistungserbringern eine Korrektur- und Kommentarfunktion ermöglichen soll und später auch gemäß dem Ziel des Gesetzgebers Grundlage für leistungserbringerbezogene Vergleichsdaten hinsichtlich Ihrer Verständlichkeit und Geeignetheit zur Unterstützung von Auswahlentscheidungen, Qualitätstransparenz und Qualitätsvergleichen sein soll, ist es wichtig, dass die Aufbereitung und Darstellung der Vergleichsdaten für alle relevanten Zielgruppen (Patienten, Beratungsstellen, Vertragsärzte und Vertragszahnärzte) nachvollziehbar und verständlich erfolgt.

Am 06.09.2023 erhielt das IQTIG den Auftrag mit der „Entwicklung eines Konzepts zur Zielgruppenorientierung Aufbereitung und Darstellung der Vergleichsdaten“. Der Abschlussbericht wurde vom IQTIG fristgerecht am 28.03.2024 abgegeben. Seitens des G-BA wurde festgestellt, dass wesentliche Auftragsinhalte nicht bearbeitet wurden:

- a) Überprüfung der Darstellungsformate auf Verständlichkeit und Geeignetheit (inklusive der Definition der Anforderung an eine Barrierefreiheit)
- b) Darstellungsmöglichkeiten von Kommentaren der Leistungserbringer

Der UA QS hat am 03.07.2024 beschlossen, dass das IQTIG bis zum 31.03.2025 die noch fehlenden Auftragsinhalte nachholt.

Das IQTIG bat die Bänke am 16.12.2024 um eine schriftliche Stellungnahme zum Bericht mit max. 800 Wörtern bis zum 05.01.2025. Die Stellungnahmen sollen der Vorbereitung des Online-Beteiligungsworkshops am 20.01.2025 dienen.

2. Stellungnahme der KZBV zum Bericht (max. 800 Wörter)

Der 77 Seiten umfassende Bericht ist verständlich und stellt die Zielgruppen und Nutzungskonzepte übersichtlich dar. Allerdings gibt es drei Auftragsbestandteile, die auch nach Ansicht des G-BA nicht berücksichtigt wurden:

- Konzept zur Korrektur- und Kommentarfunktion für die Leistungserbringer
- Prüfung der Anforderungen für eine barrierefreie Darstellung der Qualitätsergebnisse
- Prüfung auf Verständlichkeit und Geeignetheit der Vergleichsdaten.

Die fehlenden Auftragsbestandteile sollen vom IQTIG bis zum 31.03.2025 nachgearbeitet werden. Eine schriftliche Ausführung hierzu liegt noch nicht vor.

Weitere Kritik bezieht sich auf folgende Aspekte:

- a) Anhand von **Indexbildungen** aller Ergebnisse der Qualitätsindikatoren je QS-Verfahren will das IQTIG themenbezogen auf die „Qualität des Versorgungsanlasses“ einer Einrichtung schließen (vgl. S. 49). Das IQTIG schlägt vor, über Mittelwertberechnungen und A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten die Ergebnisse mehrerer Qualitätsindikatoren zu einem Gesamtindex zu aggregieren. Die Zuordnung des errechneten Indexwertes erfolgt anschließend in eine von fünf Kategorien (1 = schlechtester erreichbarer Indexwert; 5 = bester erreichbarer Indexwert). Im aktuell zu bewertenden Portal gemäß Umfrage wird das Ergebnis zur Qualität dementsprechend mit 1-5 Sternen dargestellt.

Das IQTIG ist der Ansicht, die **Ergebnisse aus den Stellungnahmeverfahren** gemäß § 17 Teil 1 DeQS-Richtlinie seien derzeit nur bedingt geeignet (S. 53). Das IQTIG will daher die Ergebnisse nur als ergänzende Information bereitstellen und auch nur zusammenfassend über mehrere Qualitätsindikatoren hinweg. Das heißt, wenn für ein Qualitätsthema mindestens einer der zugeordneten Indikatoren im Stellungnahmeverfahren die Bewertung „qualitativ auffällig“ erhält, will das IQTIG dem Leistungserbringer zu diesem Qualitätsthema die Kategorie „Qualitätsmangel festgestellt“ zuordnen.

Die KZBV spricht sich gegen eine Indexbildung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren aus und auch gegen eine Zusammenfassung der Ergebnisse mehrerer Stellungnahmen eines Leistungserbringers zu einem Qualitätsthema / QS-Verfahren:

- Die Vorgaben der jeweiligen Richtlinien, insbesondere die vom G-BA beschlossenen Rechenregeln für die einzelnen Qualitätsindikatoren mit den dazu vorgegebenen Referenzbereichen und Berechnungen zur Risikoadjustierung, können nicht außer Acht gelassen werden. Sie sind zwingend zu beachten. Es ist davon auszugehen, dass sich durch neue Berechnungen in Form von Indexbildungen Ergebnisse verändern. Für die Leistungserbringer (als eine der Nutzergruppen) müssen die dargestellten Ergebnisse entsprechend der in den Rückmeldeberichten dargestellten Ergebnisse indikatorspezifisch nachvollziehbar bleiben. Das ist bei einer Indexbildung mit Mittelwertberechnungen nicht der Fall.
- Die Aggregation von mehreren Qualitätsindikatoren unterschiedlicher Datenquellen ist unsachgemäß. Es muss eindeutig auf die Quelle der jeweiligen Qualitätsergebnisse hingewiesen werden. Die Qualitätsergebnisse sind je nach Datenquelle (Sozialdaten, Dokumentationsdaten, Patientenbefragung) unterschiedlich einzuordnen.
- Dem IQTIG steht es nicht zu, die Ergebnisse des in § 17 DeQS-Richtlinie geregelten Stellungnahmeverfahrens nach Abschluss der Bewertung in den LAGen durch die

- Fachkommissionen zu bewerten. Das ist in der DeQS-Richtlinie nicht vorgesehen. Die DeQS-Richtlinie sieht eine indikatorbezogene Bewertung vor. Diese endet mit der indikatorbezogenen Feststellung „Qualitätsanforderungen eingehalten / nicht eingehalten“. Die Vorgaben der DeQS-Richtlinie sind zu beachten, insofern kann auch der Begriff „Qualitätsmangel festgestellt“ nicht verwendet werden.
- Zudem sind Einzelergebnisse in Form von Daten für Patienten und Beratungsstellen schwer verständlich und auch irrelevant. Liegt bei einer rechnerischen Auffälligkeit gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL kein Ergebnis der qualitativen Bewertung vor, erfolgt lediglich eine Veröffentlichung einer Erläuterung zur fehlenden qualitativen Bewertung.
- b) Unverständlich ist, weshalb das **Qualitätsportal** „um den ambulanten Sektor erweitert werden soll“ (Seite 45). Laut Beauftragung war ausdrücklich nur eine "Einbeziehung" der Entwicklungsarbeiten des IQTIG für ein Q-Portal aus dem stationären Bereich gewünscht. Ein "Überstülpen" der Entwicklungsarbeiten des IQTIG für ein stationäres Qualitätsportal – was mittlerweile aufgrund von Gesetzesänderungen hinfällig geworden ist - auf den ambulanten Sektor ist nicht zielführend. Zu beachten ist hier allein die gesetzliche Grundlage des § 136a Abs. 6 SGB V. Für das mit diesem Auftrag zu entwickelnde Qualitätsportal für die Zwecke nach § 136a Abs. 6 SGB V sind die Spezifika der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Sektoren deutlich herauszuarbeiten (u. a. Berücksichtigung kleiner Fallzahlen) Es ist im Portal transparent zu machen, dass sich die Qualitätsdarstellung nur auf einzelne Qualitätsindikatoren bezieht und nicht darüber hinaus.
- c) Das IQTIG schlägt die **Grafik "Icon Arrays"** vor, so wie sie auch im Q-Portal für die stationären Einrichtungen verwendet wird (vgl. S. 54 und 60). Die Kernbotschaft der Grafik erschließt sich nur in Kombination mit Begleitsätzen, was ein schnelles Erfassen erschwert. Die KZBV hält die Grafik für ungeeignet. Wie unter a) ausgeführt, hat die Darstellung je Qualitätsindikator zu erfolgen, ob eine Qualitätsanforderung „eingehalten“ oder „nicht eingehalten“ ist.
- d) Auf Seite 63 schlägt das IQTIG für drei potenzielle Zielgruppen (Patienten / Ärzte / Beratungsstellen) **unterschiedliche Zugangswege** vor. Nicht berücksichtigt werden die Konsequenzen, die sich aus den drei Zugangswegen ergeben. Die Vergleichsdaten müssten demnach dreimal unterschiedlich für das Qualitätsportal aufbereitet werden, was das methodische Vorgehen komplex und zeitintensiv macht. Der Zugang und der Inhalt muss für alle Nutzergruppen gleich sein. Im aktuell zur Bewertung stehenden Portal war nur eine Zugangsvariante mit nur einem Inhalt ersichtlich.
- e) Im Kapitel "Fazit & Ausblick" weist das IQTIG auf Seite 65 ff. darauf hin, dass es erforderlich sei, die bestehende **Datengrundlage**, insbesondere die aktuellen Indikatorensets **umfassend weiterzuentwickeln**. Die KZBV weist darauf hin, dass die Datengrundlage vom G-BA beschlossen wird und für das IQTIG nicht zur Disposition steht.

Die KZBV bittet das IQTIG, die vorstehenden Ausführungen bei den weiteren Ausarbeitungen zu berücksichtigen.

IQTIG-Bericht „Entwicklung eines Konzepts zur ziel-gruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten“. Abschlussbericht. 28. März 2024.

Anmerkungen Klaus Döbler, 19.12.2024

Die Darstellungen des IQTIG zur Identifikation von Zielgruppen und Nutzungskontexten sind differenziert, nachvollziehbar und liefern eine gute Grundlage für ein Konzept zur Aufbereitung von Qualitätsergebnissen.

Es stellen sich allerdings Fragen in Bezug auf die inhaltlich-methodischen Konzepte, von denen einige im Folgenden herausgehoben werden.

Das IQTIG stellt auf Seite 5 dar:

„Das IQTIG stellt aktuell keine offensichtlichen Limitationen für die Aufbereitungen und Darstellungsformate fest.“

Diese Aussage erscheint nicht ganz nachvollziehbar. Das IQTIG stellt in seinem Bericht an verschiedenen Stellen recht offensichtliche Limitationen dar, z.B. zur Gleichgewichtung im Rahmen der Indexbildung oder zur Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Bewertungen bei auffälligen Indikatorenergebnissen.

Ebenfalls auf Seite 5 formuliert das IQTIG:

„Eine Überprüfung auf Verständlichkeit und Anwendbarkeit mit den Zielgruppen sowie Expertinnen und Experten ist jedoch notwendig, um mögliche Limitationen zu identifizieren und entsprechend Verbesserungspotenziale abzuleiten.“

Wann und wie soll diese Überprüfung erfolgen?

Indexbildung

Generell erscheint das Konzept des IQTIG zur Indexbildung sehr differenziert hergeleitet und theoretisch fundiert.

Das theoretische Konzept erscheint wirkungsvoll, wenn für die einzelnen Informationsmodule Indikatorensets zur Verfügung stehen, die „umfassend“ mit jeweils einer größeren Anzahl von Indikatoren die einzelnen Qualitätsdimensionen abbilden und deren einzelne Indikatoren als valide „metrische“ Messinstrumente anzusehen sind, deren Ergebnisse keiner weiteren Analyse durch beispielsweise eine qualitative Bewertung bedürfen.

Diese Anforderungen erfüllen die aktuellen Indikatorensets nicht.

Zentral erscheint daher die Frage, ob das theoretische Indexkonzept praktikabel für die real existierenden und zu realistisch zu erwartenden Indikatoren und Indikatorensets ist. Von besonderer Relevanz erscheint dabei die Tatsache, dass in den aktuell verwendeten Indikatorensets vielfach keine, einzelne oder sehr wenige Indikatoren für die einzelnen Module zur Verfügung stehen. Die Anzahl der Indikatoren in den einzelnen Modulen ist jedoch von zentraler Bedeutung für das geplante Konzept der Indexbildung.

Auf Seite 51 empfiehlt das IQTIG eine Gleichgewichtung der Indikatoren:

„In der ersten Aufbaustufe empfiehlt das IQTIG eine Gleichgewichtung der Qualitätsindikatoren jedes Qualitätsthemas sowie eine Gleichgewichtung der Qualitätsthemen für die Gesamtdarstellung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers pro Versorgungsanlass vorzunehm-

men. Die Gleichgewichtung von Indikatoren dient primär der Komplexitätsreduktion, da Patientinnen und Patienten sowie andere Nutzerinnen und Nutzer die zusammenfassende Bewertung von Leistungserbringern dadurch leichter und schneller nachvollziehen können.“

Es ist einleuchtend, dass das IQTIG mit der Indexbildung eine leichtere und schnellere Nachvollziehbarkeit erreichen möchte.

Es stellt sich allerdings die zentrale Frage, ob die (anscheinend) leichtere Verständlichkeit nicht faktisch zu einer Fehlleitung führen kann, da die Komplexitätsreduktion die Aussagen zur bzw. Bewertungen der Versorgungsqualität inhaltlich unangemessen verzerrt. Praktisch kann im Gesamtindex zum Verfahren QS PCI ein hervorragendes Ergebnis zur Mitgabe von Medikamenten nach dem Eingriff ein schlechtes Ergebnis zu schwersten Komplikationen bzw. Todesfällen kompensieren. Die so aggregierten Ergebnisse erwecken zwar den Eindruck einer „leichten und schnellen“ Verständlichkeit – allerdings wird möglicherweise vom Nutzer nicht verstanden, dass ein mittleres oder vielleicht sogar überdurchschnittliches oder gutes Ergebnis im Gesamtindex nicht ausschließt, dass in einer Einrichtung weit überdurchschnittlich mehr schwerste Komplikationen beobachtet werden als gemäß Risikoadjustierung zu erwarten.

Vor diesem Hintergrund kann die gleichgewichtete Aggregation sehr unterschiedlicher Ergebnisse zu einer erheblichen Fehlleitung führen. Es wird eben nicht „nachvollziehbarer“, was die Ergebnisse aussagen, sondern im Gegenteil wird die Komplexität in einer Art und Weise reduziert, die wesentliche Informationen „unsichtbar“ macht.

Berücksichtigung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens

Das IQTIG stellt auf Seite 53 dar:

„Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens können in eine von drei Kategorien fallen: „Qualitätsmangel festgestellt“, „kein Qualitätsmangel festgestellt“, „keine Bewertung möglich“. Angesichts der beschränkten Aussagekraft der Ergebnisse des Verfahrens werden auf der Website nur jene Ergebnisse abgebildet, die einen Mangel aufzeigen („Qualitätsmangel festgestellt“).

Anscheinend geht das IQTIG davon aus, dass die Feststellung eines Qualitätsmangels im Rahmen des (vom IQTIG als insgesamt nicht ausreichend objektiv kritisierten) Stellungnahmeverfahrens als objektiver angesehen werden kann als eine „Entlastung“ eines auffälligen Ergebnisses. D.h. das IQTIG geht davon aus, dass die Ergebnisse „im Zweifel gegen den Angeklagten“ verwendet werden sollten.

Die zugrundeliegenden Annahmen für dieses Vorgehen sollten differenzierter begründet werden.

Darüber hinaus liegt wohl die Annahme zugrunde (die das IQTIG auch in seinem Methodenpapier ausführt), dass die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren als objektiv und valide angenommen werden können, wenn sie die Prüfung mit Hilfe der Eignungskriterien „bestanden“ haben.

Diese Annahme erscheint unbelegt und fraglich zutreffend. Vielmehr widersprechen die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens dieser Annahme, da regelmäßig im Stellungnahmeverfahren in konkreten Einzelfällen festgestellt wurde, dass auffällige Ergebnisse bei Qualitätsindikatoren beispielsweise durch Einflussfaktoren bedingt waren, die bei der Modellierung von Prozessindikatoren oder der Risikoadjustierung von Ergebnisindikatoren nicht (ausreichend) berücksichtigt wurden. Dies zeigt, dass die praktische Validierung der rechnerischen Ergebnisse im Stellungnahmeverfahren Informationen liefert, die bei der theoretischen Eignungsprüfung mittels Eignungskriterien anscheinend nicht ausreichend berücksichtigt wurden.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass ein Qualitätsindikator vom IQTIG auch dann als geeignet bewertet wird, wenn er keine hohe Objektivität, keine hohe Validität und eine nicht vollständig angemessene

Risikoadjustierung aufweist. Allein diese Tatsache unterstreicht die Sinnhaftigkeit einer nachgelagerten Validierung von Einzelergebnissen.

Karin Stötzner und Cordula Mühr, maßgebliche Patientenverbände nach § 140f SGB V.

Statement zur Verständlichkeit und Zweckmäßigkeit der Darstellungsformate

Grundlage: IQTIG - Abschlussbericht - "Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten"

Für Patienten und Patientinnen ist die Möglichkeit der Information zur Qualität der Angebote medizinischer Leistung im Gesundheitswesen von existenzieller Bedeutung. Größtmögliche Transparenz und Verständlichkeit der verfügbaren Qualitätsinformationen in leicht zugänglichen öffentlichen Formaten sind daher enorm wichtig.

Umfangreiche und aussagekräftige Qualitätsinformationen zur Leistungserbringung sind die Grundlage für individuelle Auswahlentscheidungen von Einzelnen - oft medizinischen Laien -, für zielführende Überweisungen durch Professionelle, für die Planung des Versorgungsgeschehens für fachliche und politische Steuerungen, für die interne Qualitätsverbesserung sowie für eine umfassende Patientenberatung. Sie erfüllen damit unterschiedliche Informationsbedürfnisse. Zentral für eine funktionierende Transparenz ist dann in der Tat ein gutes Konzept, das die Nützlichkeit der differenzierten Daten verständlich und nachvollziehbar umsetzt.

Die derzeitige Abbildung von Vergleichsdaten ist kein Arzt-Such-Portal

Die hier vorgeschlagene Darstellung der Vergleichsdaten erfüllt diesen Zweck jedoch in keiner Weise. Die beispielhaft gestaltete Oberfläche für ein Portal "Meine Praxis" suggeriert, es handle sich um ein Arzt-Suchportal. Die Umsetzung des G-BA Auftrags zur Abbildung der Ergebnisse aus der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung für den ambulanten Bereich hat mit dieser Anmutung aber wenig zu tun. Ein Suchportal für Praxen müsste das verfügbare Wissen zu Angeboten der ambulanten Leistungsanbieter abbilden, z.B. an verbindliche Arztregister angebunden sein, Struktur- und Versorgungsinformationen enthalten (Ausstattung, Erreichbarkeit, Spezialisierung, Teilnahme an Programmen (z.B. DMP) und Fortbildungen, Barrierefreiheit usw.). Die Abbildung von Qualitätsinformationen als Teil einer Suchstrategie macht nur Sinn in einem solchen aussagekräftigen Kontext. Der Abschlussbericht gibt aber kaum Hinweise auf eine mögliche Weiterentwicklung in dieser Art.

Der Grund liegt natürlich im begrenzten Auftrag an das IQTIG, lediglich die derzeit sehr wenigen, im ambulanten Bereich erhobenen QS-Daten gemäß DeQS-RL abzubilden.

Dass die Datengrundlage derzeit so begrenzt ist sollte im Portal erklärt werden. Und weil die Datengrundlage aktuell nur auf wenigen QS-Indikatoren beruht sollte diese einzeln erklärt und deren Ergebnisse hinsichtlich ihrer Bedeutung für Patientinnen und deren sicherer Versorgung dargestellt werden.

In seinen jährlichen Qualitätsberichten zeigt das IQTIG, dass eine verständliche Erklärung der Indikator-Inhalte und deren Ergebnisse möglich ist. Nutzerinnen und Nutzer sollten diese Details leicht zugänglich gemacht werden, nicht erst auf einer kaum auffindbaren untersten Darstellungsebene.

Aggregation und Indexbildung reduzieren den Informationsgehalt

Das IQTIG schlägt für die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsdaten ein Verfahren zur gestuften Aggregation der Informationen vor, durch welche Einzelergebnisse über eine Indexbildung mit der Begründung zusammengefasst werden, dass sie ansonsten von NutzerInnen nicht verstanden würden. Die Einschätzung, dass das Verfahren und die Indikatoren einzeln nicht verständlich dargestellt werden können, ist nicht schlüssig.

Die gute Absicht, die Laienperspektive zum Ausgangspunkt einer Suchstrategie im Internet einzunehmen und deshalb übergreifende Begrifflichkeiten als Einstieg in die Suche zu setzen, ist einerseits nachvollziehbar. Aggregation und Indexbildung haben aber auch deutliche Nachteile. Derzeit schlägt das IQTIG vor, Indices auf zwei Aggregationsebenen vorzunehmen: einmal einen Gesamtindex und auf der zweiten Ebene als Zusammenfassung zu den drei gewählten

Qualitätsthemen „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“. Die Erläuterung der erhobenen Daten, also der methodisch komplex entwickelten Indikatoren, wird ebenfalls gestuft mit absteigender Detailtiefe angeboten. Das erfolgt allerdings nicht einzeln im Sinne einer Erklärung der wissenschaftlichen Begründung dafür, warum genau zu diesen Vorgängen Daten erhoben und bewertet werden - was aus Patientenperspektive zielführend und auch zumutbar wäre - sondern ebenfalls lediglich als Zuordnung zu den definierten Qualitätsthemen.

Diese Art der Aggregation von Daten und die Zuordnung von Einzelheiten zu Auswahlüberschriften bedeuten letztlich den Verlust von Information.

Durch diese Art der Darstellung wird unterstellt, dass die Begründung dafür, warum z.B. Art und Menge der Kontrastmittel bei einer Katheteruntersuchung für Patienten eine wichtige Rolle spielen, warum mithilfe von Indikatoren nach der Strahlendosis oder Infektionen und damit nach möglichen Folgeschäden gefragt wird, warum man bestimmte Komplikationen erfasst usw., nicht laienverständlich erklärt werden können. Dem kann aus Patientenperspektive nicht gefolgt werden. Auch medizinisch komplexe Vorgänge kann man verständlich erklären. Für die Verständlichkeit ist eine Bündelung von Informationen wie hier vorgeschlagen weder notwendig noch zielführend, weil so den Nutzenden relevante Informationen aus einer Haltung des benevolenten Paternalismus vorenthalten werden und Gesundheitskompetenz nicht befördert.

Durch die verallgemeinerten Überschriften wird zu viel versprochen

Gleichzeitig wird mit der Zusammenfassung ein "Zuviel" an Aussage suggeriert: Mit den aktuell verfügbaren Qualitätsinformationen insbesondere für den ambulanten Bereich liegen viel zu wenige und dazu nur sehr spezielle Ergebnisse aus Indikatoren vor. Weil die Suchstrategie mit der verallgemeinerten Darstellung (in Form von Plus-Symbolen) begonnen werden soll, die einem bestimmten Leistungserbringer / einer bestimmten Praxis zugeordnet werden, wird jedoch der Eindruck einer allgemeinen Qualitätsaussage zu den jeweiligen Leistungserbringenden vermittelt (der Indikator Wundinfektion wird so z.B. zu Aussage über die Hygiene in der Praxis). Diese Aggregation in den "Überschriftenbereichen" (z.B. „Abläufe vor Ort“) auf der Basis von nur einem kleinen Qualitätsfenster kann diese Art der bildlichen Aussage aber nicht ernsthaft behaupten. Auch wenn man den vorgeschlagenen Weg wählen kann, sind diese grundsätzlichen Einschränkungen unbedingt zu benennen.

Indexbildung erst ab einer ausreichenden Datenbasis sinnvoll

Solange nur so wenige Indikatoren und Kennzahlen wie derzeit überhaupt zur Verfügung stehen, anhand derer relevante Qualitätsaspekte abgebildet werden können (für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung werden ja derzeit nur drei Versorgungsbereiche in den Blick genommen und die Zahl der Indikatoren nimmt absehbar eher ab als zu) muss die Aggregation der wenigen verfügbaren Qualitätsdaten ernsthaft in Frage gestellt werden..

Der Suchbegriff "Abläufe vor Ort" als Auswahlfeld z.B. kann sehr viele Erwartungen wecken, die mit den derzeit verfügbaren Qualitätsinformationen nicht abgedeckt werden können. Vielleicht macht eine Mindestanzahl an Qualitätsdaten als Voraussetzung einer Darstellung unter solchen Überbegriffen Sinn, Alles andere gaukelt eine Allgemeinheit der Qualitätsaussage vor, die nicht stimmt.

Zielgruppenübergreifend geht auch Indikatoren-bezogen

Das Umsetzungsszenario des IQTIG soll für alle Zielgruppen und deren Nutzungsbedarfe gleichermaßen tauglich sein. Es wird also keine Unterscheidung in eine Laienperspektive und eine professionelle Sichtweise gemacht. Der Hinweis darauf, dass später auch getrennte Suchwege konzipiert werden können, wird nur angedeutet.

Der vom IQTIG formulierte Zusammenhang von "notwendigem umfassenden Einblick in die Qualität für mehrere Zielgruppen" und dem "Muss" einer Aggregation leuchtet nicht ein.

Auch wenn "einzelne Qualitätsindikatoren nur einen fragmentierten Einblick in die Qualität der Versorgung geben", wie argumentiert wird, könnte die Zusammenführung von Ergebnissen zu Bereichen auch am Ende einer Detailabbildung stehen und damit den Zugang zu den Originaldaten

bestehen belassen. Eine interpretierende Zusammenfassung verfügbarer Information kann auch im Anschluss nach einer Einzelabbildung der Indikatoren erfolgen oder in den Modulen für Vergleiche angeboten werden. Eine Basisaggregation erschwert den Zugang zur Basisinformation.

Fehlende Themenbereiche

Für die Abbildung der Patientenperspektive ist das Instrument der Patientenbefragung von besonderer Bedeutung. Das PCI-QS-Verfahren beinhaltet dieses Element glücklicherweise. In der aggregierten Darstellung der Ergebnisse kommt dies jedoch nicht angemessen zum Tragen. Hier wäre auch für eine Weiterentwicklung der Plattform eine eigene Abbildungsebene zu den erhobenen Patientenerfahrungen dringend empfehlenswert.

Die Beschränkung auf die Ergebnisse gemäß DeQS-RL hat die bedauerliche Folge, dass wichtige ergänzende Informationen nicht abgebildet werden. Gemeint ist hier z.B. das Themenfeld Barrierefreiheit. In langen Diskursen haben Patientenverbände und KBV auf Grund gesetzlicher Vorgaben Vorschläge für die Darstellung der Barrierefreiheit z.B. von Arztpraxen für die unterschiedlichen Bereiche von Beeinträchtigung erarbeitet. Die Kriterien und Erhebungswege dafür liegen inzwischen vor. Warum werden solche Vorgänge sinnvoller Verknüpfung nicht wenigstens konzeptionell mitgedacht?

Sortierfunktionen unzureichend

Die Nutzungsqualität des Portals hängt z ganz entscheidend davon ab, wie sich die bereitgestellten Informationen individuell suchen und sortieren lassen, wie sich Ergebnisse bedarfsgerecht in Vergleichen zwischen Leistungsanbietenden abbilden lassen.

Dazu sagt das vorgestellte Konzept zu wenig.

Perspektive zur Weiterentwicklung

Auch wenn der G-BA Auftrag - wie immer kompromisshafte - enge Grenzen setzt, würde es dennoch zu einem Darstellungskonzept gehören, die strukturelle Weiterentwicklung wenigstens in Vorschlägen konzeptionell mit einzubeziehen. Ein Portal allein auf Basis der derzeit verfügbaren ist nicht zukunftsfähig und nicht nutzerorientiert.

Erst wenn man die Informationsdarstellung in einem größeren Transparenz-Konzept denkt, machen Indices für Qualitätsbereiche Sinn, perspektivisch.

Transparenz und Nutzertauglichkeit hängen stark von der Verknüpfung ausreichend vieler Inhalte für die Bereiche z.B. strukturelle Vorhaltung, medizinische Leistung, Abläufe in der Praxis, Servicequalität oder Sicherstellung hygienischer Standards als Überschriften ab.

Das Plädoyer für eine gut erklärte Darstellung der konkreten Einzel-Indikatoren selbst statt einer Zusammenfassung zu Qualitätsbereichen geht davon aus, dass eine Plattform, die allein die Qualitätsdaten zu den Leistungsanbietern darstellt, ohne weitere zentrale Strukturinformationen z.B. aus dem Arztregister, den verfügbaren anderen Qualitäts- und Routinedaten jenseits der DeQS, nicht sinnvoll ist. Informationen zur Qualität müssen aber Teil der allgemeinen Arztsuchsysteme oder -datenbanken sein. Wie eine solche Verknüpfung einer zielführenden Zusammenführung von Informationen für ein transparentes Public Reporting zu einem fundierten System für Auswahlentscheidungen aussehen könnte/sollte, wird vom IQTIG bedauerlicherweise nichts vorgeschlagen.

Die symbolische Darstellung ist irreführend

Die Stufung im Darstellungsformat beginnt mit einer symbolgesteuerten Optik. Die in Plattformen offensichtlich evaluierten und damit als funktional eingesetzten Symbole (hier Plus- und Minus-Zeichen) sollen den "einfachen" Überblick erleichtern. Das ist ein möglicher Weg. Aber die Symbole könnte man auch den Indikatoren selbst zuordnen.

Ja, die mit dem Internet und Plattformen selbstverständlich vertrauten Generationen haben Gewohnheiten entwickelt, die vermuten lassen, dass zu viel Komplexität die Aufmerksamkeit senkt und damit vielleicht zu falschen Auswahlentscheidungen führen kann.

Deswegen ist es gerade wichtig, dass die der Zusammenfassung zugrunde liegenden Detaildaten

konkret dargestellt werden und leicht verfügbar sind. Das ist zwar im IQTIG Konzept vorgesehen, aber die Positionierung erst auf einer nachgeordneten Detailebene führt zur Frage, wie die Originalergebnisse dann z.B. für Vergleiche in einer Suchmaske zugänglich sein können. Für professionelle NutzerInnen und eine unabhängige Patientenberatung ist diese Ebene jedoch diejenige von entscheidender Bedeutung.

Kommentare zu den Darstellungsformaten

(mit Dank an [REDACTED], der diese formuliert hat):

- 1 Die Icons, die das Qualitätsmaß darstellen, sind allesamt mit einem „Plus-Symbol“ versehen. Dieses suggeriert unabhängig von der tatsächlichen Bewertung (Anzahl der Punkte) eine positive Bewertung. Alternativ sind Stern-Symbole empfehlenswert, da diese in der Bevölkerung als Bewertungssymbol sowohl in Print als auch online etabliert sind.
 - a. Die Bewertungssymbole sind mit „3 von 4“ u. ä. beschriftet. Dies wirkt so, als ob es sich um die Anzahl erfüllter Kriterien handele, was jedoch nicht der Fall ist. Das ist für NutzerInnen irritierend.
 - b. Auf der Dritten Ebene ändert sich die Icon-Logik von einer Fünfer- in eine Dreierskala von plus über neutral zu minus. Empfehlenswert wäre hier eine einheitliche Skala zum leichteren Verständnis.
 - c. Die Icons der Dreierskala an sich sind auch unklar in ihrer Aussage. Die Minus- und Plus-Symbole sind an sich klar, irritieren allerdings im Vergleich zur Fünfer-Skala, die durchgängig Plussymbole aufweist. Die Symbole „Haken“ und „Kreuz“ bedeuten gemeinhin „erfüllt“/„nicht erfüllt“ bzw. „vorhanden“/„nicht vorhanden“, werden hier jedoch anscheinend im Sinne von „gut“ bzw. „schlecht“ eingesetzt, was schwer verständlich oder gar missverständlich ist.
 - d. Empfehlenswert ist es, die Icon-Arrays auf allen Informationsebenen knapp und sprechend zu beschriften, das bedeutet, die evaluative Symbolik durch eine bewertende Aussage in Textform zu ergänzen. Dies dient auch der Barrierefreiheit der Darstellung.
- 2 Zu den Texten der Info-Icons:
 - a. Innerhalb aller Info-Texten ist ein Link zu weiterführenden Erläuterungen und/oder zur Beschreibung der (Daten-)Methodik sinnvoll.
 - b. Zur Angabe „Fälle“: Hier wird der Bezug zur ärztlichen Leistung/Erfahrung nicht deutlich. Womöglich ist die Aussage, „wie viele Pat. Eingriff bekommen haben und ob das viel oder wenig ist“ missverständlich. Besser wäre sinngemäß: „Wie oft der Arzt diese Behandlung durchgeführt hat und ob das im Vergleich zu anderen Ärzten eher viel oder wenig ist.“
 - c. Zur Angabe „Qualität“: Hier ließe sich die Sprache vereinfachen. Beispielsweise ist die Formulierung „Ausschnitt der Qualität“ ein Fachbegriff. Besser wäre sinngemäß: „Die Angabe sagt sowohl etwas über die medizinische Qualität der gesuchten Behandlung aus als auch etwa darüber, wie gut Abläufe funktionieren. Die Angabe beruht auf offiziellen Prüfdaten.“
 - d. Zur Angabe „Hygiene“: Hier ließe sich die Formulierung vereinfachen, etwa: „Die Angabe sagt aus, wie sehr in der Praxis auf Hygiene geachtet wird und beruht auf offiziellen Prüfdaten.“
- 3 Zu Beschriftungen und Bezeichnungen:
 - a. Beim Qualitätsaspekt „Abläufe“ ist nötigenfalls eine Angabe erforderlich, dass diese unabhängig vom Behandlungsanlass erhoben wird.
 - b. Die Erläuterungen auf der detailliertesten Informationsebene könnten leichter verständlich strukturiert werden:
 - c. Das Thema, worum es geht, ließe sich durch eine Fettung hervorheben
 - d. Bei der Beschriftung der Unterkriterien sind missverständliche Formulierungen zu vermeiden. Eine Angabe des „Sollzustandes“ könnte mit einer Bewertung verwechselt werden. Beispiel: „Nach dem Eingriff haben möglichst wenige Pat. ...“. Alternativ ließe sich der Aspekt als Frage formulieren, etwa: „Wie viele Pat. haben ...? Oder „bei wie vielen Patienten kommt es zu ...“

- e. Empfehlenswerten ist es, „von der Kernaussage zum Detail“ zu texten. Bsp. „Die Praxis ist schlechter als der Durchschnitt, weil 60 von 1.000 Pat ... haben, im Durchschnitt erleiden hingegen nur 18 von 1.00 Pat.

Fortführung des Diskurses als gemeiner Prozess notwendig

Es ist zu befürchten, dass mit dem Experten- und dem Beteiligungsworkshop im Januar 2025 nur noch eine legitimatorische Schleife für eine an sich abgeschlossenen Auftragsbearbeitung durch das IQTIG gegangen wird.

Die Entwicklung nützlicher Transparenz-Informationen mit den im System verfügbaren (oder wenigstens den über den G-BA verfügbaren) Daten wäre aber als kontinuierlicher Prozess zu gestalten, der die Expertise der Aktiven in Vermittlung und Beratung nicht nur punktuell, sondern regelhaft einbindet.

Die hier vorgeschlagene Version einer zielgruppenübergreifenden und indexbasierten Abbildung der QS-Ergebnisse unterstellt zu viele gemeinsame Nutzungsbedarfe. Den besonderen Informationsbedürfnissen spezifischer Patientengruppen (z.B. mit seltenen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen) gilt es ebenfalls Rechnung zu tragen. Eine fachliche, methodische und technische Weiterentwicklung muss auch diese differenzierten Einzelanliegen z.B. in den Suchfunktionen oder Ergebnislisten abbilden können. Dies zielführend umzusetzen ist ein kommunikativer Prozess und nicht über ein einmaliges Statement zu erledigen.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org