

Erläuterung des IQTIG zur Einführung kriteriumsbezogener (fester) Referenzbereiche im Verfahren *QS PCI* zum EJ 2024

Stand: 17. Februar 2023; Ansprechpartner: Stefan Sens

Hintergrund

Mit den prospektiven Rechenregeln (pRR) für das Erfassungsjahr (EJ) 2024 werden innerhalb des Verfahrens *QS PCI* erstmals für drei ausgewählte Qualitätsindikatoren (QI) kriteriumsbezogene (sog. feste) Referenzbereiche eingeführt. Das vorliegende Begleitdokument soll das methodische Vorgehen zur Herleitung der festen Referenzbereiche in verkürzter Form wiedergeben.

Was sind kriteriumsbezogene (feste) Referenzbereiche? ¹

Der Referenzbereich stellt die konkreten Anforderungen (das Soll) in Bezug auf ein operationalisiertes Qualitätsmerkmal dar und erlaubt damit einen Soll-Ist-Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Sollen qualitätsbezogene Entscheidungen daran geknüpft werden, ob ein bestimmter Standard erreicht wurde oder nicht, wird ein von den Ergebnissen anderer Leistungserbringer unabhängiger Referenzbereich benötigt (Norcini und Shea 1997, Popham und Husek 1969). Kriteriumsbezogene Referenzbereiche werden daher durch einen festen Wert auf der Indikatorskala abgegrenzt und auch als feste Referenzbereiche bezeichnet.

Methodischer Rahmen zur Festlegung kriteriumsbezogener (fester) Referenzbereiche²

In die Festlegung der Referenzbereichsgrenze eines kriteriumsbezogenen Referenzbereichs gehen die Einschätzung des Erreichbaren sowie der geforderte Erreichungsgrad ein (Abbildung 1).

¹ Die methodischen Erläuterungen in diesem Abschnitt basieren auf den Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022a).

² Die methodischen Erläuterungen in diesem Abschnitt basieren auf den Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022a).

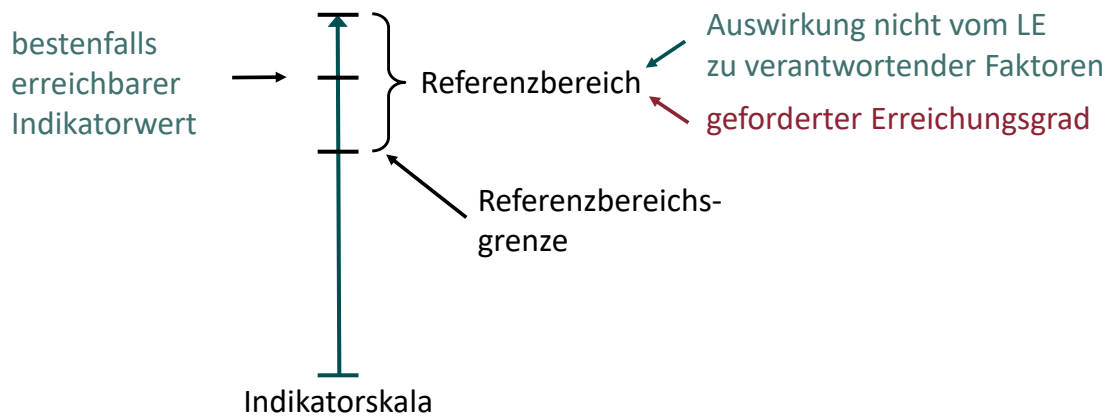


Abbildung 1: Komponenten eines kriteriumsbezogenen Referenzbereichs

Einschätzung des erreichbaren Indikatorwertes

Welcher Wert eines Indikators bei einer Versorgung, die die fachlichen Standards umsetzt, erreichbar wäre, kann nicht direkt gemessen werden, da in empirischen Messergebnissen Qualitätsdefizite bzw. Verbesserungspotenziale enthalten sind, deren Ausmaß unbekannt ist. Das IQTIG nimmt daher unter Berücksichtigung empirischer Daten eine fachliche Einschätzung vor, welche Versorgungsqualität bisher erreicht wird (*status quo*) und welche Versorgungsqualität erreichbar wäre. Dazu wird in der wissenschaftlichen Literatur nach Hinweisen zum Ausmaß möglicher Verbesserungen und den bisher für die vom Indikator abgebildeten Merkmale erreichten Ergebnissen recherchiert. Zusätzlich werden, falls entsprechende Daten vorliegen, eigene Auswertungen durch das IQTIG vorgenommen. Bei der Interpretation der Ergebnisse wird das IQTIG durch Fachexpertinnen und -experten insbesondere dazu beraten, welche nicht von den Leistungserbringern zu verantwortenden Einflüsse auf das Qualitätsmerkmal zu berücksichtigen sind und ob der QI auf bestimmte Behandlungsfälle oder Konstellationen in der Versorgung nicht anwendbar ist. Auf Grundlage der vorgenannten Informationen wird der Indikatorwert, der die erreichbare Qualität repräsentiert, durch das IQTIG eingeschätzt.

Geforderter Erreichungsgrad

Neben der Berücksichtigung des Erreichbaren drückt der Referenzbereich auch aus, wieviel vom Erreichbaren gefordert wird bzw. in welchem Maß Qualitätsdefizite toleriert werden. Zwar ist immer bestmögliche Versorgung wünschenswert, die Abwesenheit von Varianz in der Versorgungsqualität ist jedoch unrealistisch. Es wird daher – innerhalb eines akzeptablen Bereichs – ein gewisses Maß an Varianz in der Fähigkeit der Einrichtungen zur Erbringung guter Versorgungsleistungen toleriert. Anders als die fachliche Einschätzung des Erreichbaren handelt es sich beim geforderten Erreichungsgrad um eine normative Setzung.

Festlegung der Referenzbereichsgrenze

Auf Grundlage der Einschätzung des Erreichbaren sowie des geforderten Erreichungsgrads wird die Referenzbereichsgrenze bestimmt. Nach der initialen Bestimmung der Referenzbereichsgrenze sollte deren Angemessenheit anhand empirischer Daten beurteilt werden (Doran 2014,

Kane 2017: 24), sofern entsprechende Informationen verfügbar sind (z. B. wenn der Referenzbereich eines Indikators angepasst wird, der bereits im Regelbetrieb genutzt wird). Dabei wird z. B. anhand einer Proberechnung ermittelt, wie viele Leistungserbringer den Referenzbereich voraussichtlich erreichen würden (Berk 1996, Norcini und Shea 1997: 44). Dies gibt einen Hinweis darauf, inwieweit das Anforderungsniveau durch die Leistungserbringer erfüllt werden kann und ob es für den vorgesehenen Handlungsanschluss passend ist.

Vorgehen zur Festlegung des Referenzbereichs im Verfahren QS PCI

Im Folgenden wird das praktische Vorgehen zur Festlegung der Referenzbereichsgrenzen beschrieben. Abbildung 2 stellt die wesentlichen Komponenten vereinfacht dar.

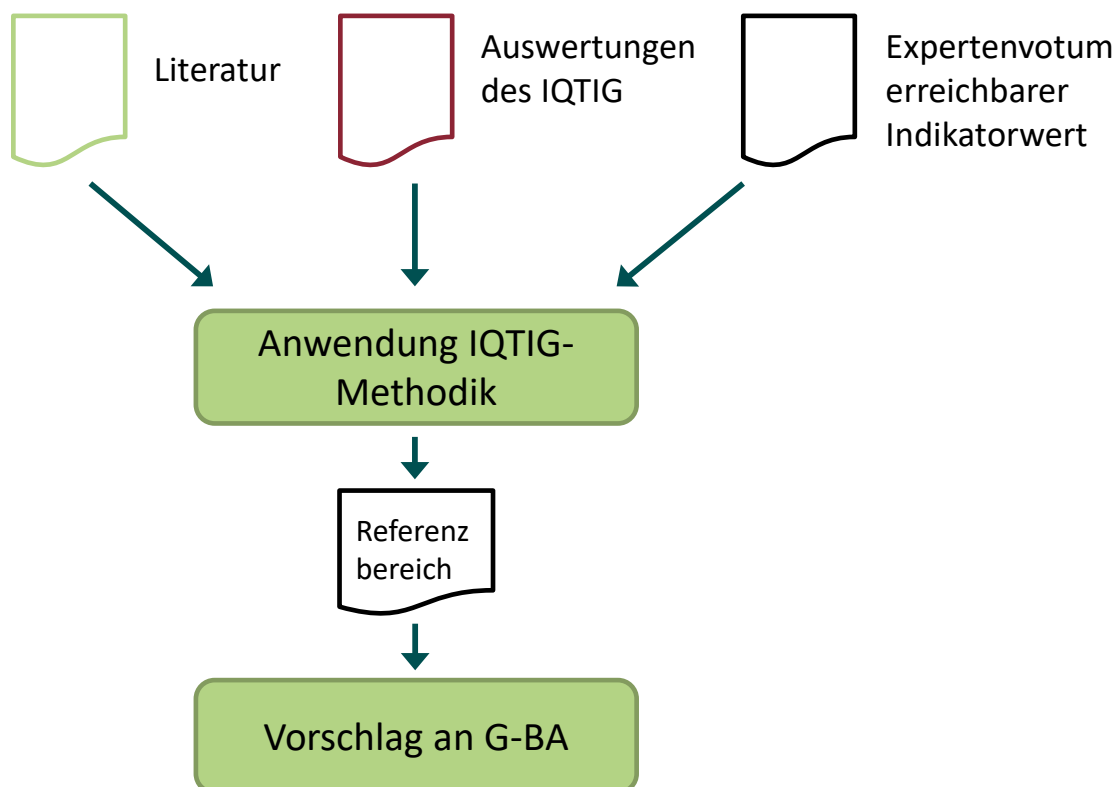


Abbildung 2: Vorgehen zur Festlegung des Referenzbereichs

1. Priorisierung und Auswahl geeigneter QI

In Abstimmung mit dem zuständigen Expertengremium hat das IQTIG in einem ersten Schritt zunächst geprüft und bewertet, für welche QI des Verfahrens QS PCI die Einführung eines festen Referenzbereiches erfolgen sollte. Im Ergebnis der Prüfung wurden folgende QI vorgeschlagen und ausgewählt:

- QI 56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
- QI 56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt

- QI 56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

2. Literaturrecherche

Für die ausgewählten QI wurde im Rahmen einer orientierenden Literaturrecherche eruiert, ob wissenschaftliche Studien vorliegen, die zur Herleitung der festen Referenzbereiche herangezogen werden können. Für alle drei QI ergaben die Recherchen keine verwertbaren Treffer, die Rückschlüsse darauf zugelassen hätten, dass eine Überschreitung der Door-to-balloon Zeit tolerabel ist (QI 56003) sowie von einer Dokumentation der erforderlichen Zeitangaben (QI 56004) bzw. der applizierten Strahlendosis (QI 56008) abgewichen werden kann.

3. Einschätzung des bestmöglich Erreichbaren durch das EXG

In einem nächsten Schritt wurden die Mitglieder des zuständigen Expertengremiums im Rahmen einer schriftlichen Befragung um ihre fachliche Einschätzung zum bestmöglich erreichbaren Indikatorwert gebeten. Die eingegangenen Rückmeldungen wurden vom IQTIG ausgewertet und im Rahmen der Sitzung des zuständigen Expertengremiums am 12.10.22 anonymisiert vorgestellt und diskutiert.

4. Empirisch abgeleiteter erreichbarer Indikatorwert

Wie in Abschnitt 2 dargestellt, kann der erreichbare Indikatorwert nicht direkt gemessen werden. Trotzdem können tatsächlich erreichte QI-Ergebnisse aus der Vergangenheit herangezogen werden, um zu einer informierten Einschätzung zu gelangen, welche Behandlungsqualität voraussichtlich für alle Leistungserbringer erreichbar sei (Weissman et al. 1999). Das IQTIG greift zur statistischen Schätzung dieses Wertes auf eine Weiterentwicklung der Herangehensweise von Weissman et al. (2001) zurück. Gemäß Abbildung 1 wurde im weiteren Vorgehen berücksichtigt, dass der zu setzende feste Referenzbereich den geschätzten erreichbaren Indikatorwert einschließt.

5. Folgenabschätzung und finale Festlegung der Referenzbereichsgrenze

Auf Grundlage der erfolgten Vorarbeiten (siehe Schritte a) bis d)) hat das IQTIG unter Berücksichtigung einer Folgenabschätzung (z.B. erwartete Anzahl an auffälligen Leistungserbringern) für die drei ausgewählten QI folgende Referenzbereiche, wie sie in den prospektiven Rechenregeln für das EJ 2024 dargestellt sind, definiert:

- QI 56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt; Referenzbereich: $\geq 75,00 \%$
- QI 56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt; Referenzbereich: $\leq 2,50 \%$
- QI 56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt; Referenzbereich: $\leq 0,25 \%$

Zusammenfassung

Die Einführung fester Referenzbereiche im Verfahren *QS PCI* erfolgt zunächst für drei ausgewählte QI. Auf Basis empirischer Analysen anhand der QS-Daten des EJ 2021 sowie der fachlichen Einschätzung des zuständigen Expertengremiums hat das IQTIG unter Berücksichtigung einer Folgenabschätzung die Referenzbereichsgrenzen definiert.

Die Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit erfolgt auch für die drei QI mit festem Referenzbereich nach der im EJ 2021 eingeführten statistischen Methodik für die Ermittlung rechnerischer Auffälligkeiten (IQTIG 2022b). Das bedeutet, dass die statistische Unsicherheit der beobachteten Indikatoregebnisse bei ihrer rechnerischen Einstufung weiterhin berücksichtigt wird.

Die definierten Referenzbereiche repräsentieren einen Wert, der von allen Leistungserbringern erreicht werden soll und dessen Nichterreichen Maßnahmen der Qualitätsförderung nach sich ziehen soll.

In Abhängigkeit von den zukünftigen Ergebnissen und den daraus resultierenden Implikationen (z. B. Umfang des gegebenen Verbesserungspotentials) wird eine Anhebung bzw. Absenkung der Referenzbereichsgrenzen im Rahmen der Verfahrenspflege regelmäßig geprüft.

Literatur

- Berk, RA (1996): Standard Setting: The Next Generation (Where Few Psychometricians Have Gone Before!). *Applied Measurement in Education* 9(3): 215-225. DOI: 10.1207/s15324818ame0903_2.
- Doran, T (2014): Targets in pay for performance programmes: lessons from QOF. *BMJ* 348: 20-22. URL: <https://www.bmj.com/bmj/section-pdf/751786?path=/bmj/348/7948/Analysis.full.pdf> (abgerufen am: 17.02.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 29.07.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b): Statistische Methodik für die Ermittlung rechnerischer Auffälligkeiten und verteilungsabhängiger Referenzbereiche im QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)*. Stand: 15.06.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/biometrische_methoden/IQTIG_Methodik_Auffaelligkeit_PCI.pdf (abgerufen am: 17.02.2023).
- Kane, MT (2017): Using Empirical Results to Validate Performance Standards. Chapter 2. In: Blömeke, S; Gustafsson, J-E: *Standard Setting in Education: The Nordic Countries in an International Perspective*. Cham, CH: Springer, 11-29. DOI: 10.1007/978-3-319-50856-6_2.
- Norcini, JJ; Shea, JA (1997): The Credibility and Comparability of Standards. *Applied Measurement in Education* 10(1): 39-59. DOI: 10.1207/s15324818ame1001_3.
- Popham, WJ; Husek, TR (1969): Implications of Criterion-Referenced Measurement. *Journal of Educational Measurement* 6(1): 1-9. DOI: 10.1111/j.1745-3984.1969.tb00654.x.
- Weissman, NW; Allison, JJ; Kiefe, CI; Farmer, RM; Weaver, MT; Williams, OD; et al. (1999): Achievable benchmarks of care: the ABCTMs of benchmarking. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 5(3): 269-281. DOI: 10.1046/j.1365-2753.1999.00203.x.