



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser

Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2019

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 9. Juni 2020

Impressum

Thema:

Öffentliche Berichterstattung von Resultaten der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2019

Ansprechpartnerin:

Lina Jürgens

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

19. März 2020, geänderte Version vom 9. Juni 2020

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	6
1.1 Hintergrund.....	6
1.2 Beauftragung.....	7
2 Methodik.....	8
2.1 Veröffentlichung von „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“.....	8
2.2 Ausnahmen von der Empfehlung zur standortbezogenen Veröffentlichung.....	10
3 Ergebnisse.....	11
4 Fazit.....	22
Literatur.....	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund erheblicher Bedenken nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden	13
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund der erstmaligen Anwendung für das Erfassungsjahr 2019 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden	16
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bei denen eine Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit ihrer Ergebnisse aufgrund umfassender Änderungen noch nicht mit hinreichender Sicherheit möglich ist und die daher nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden	17
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bei denen eine Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit ihrer Ergebnisse empfohlen wird, obwohl eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist	18

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Indikatoren bzw. Kennzahlen mit veröffentlichungspflichtigen / nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (EJ 2012–2019)	12
--	----

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QI	Qualitätsindikator
QIDB	Qualitätsindikatorendatenbank
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SGB	Sozialgesetzbuch
Kez	Kennzahl

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. Abs. 6 SGB V sind die Krankenhäuser verpflichtet, jährlich anhand von Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen.

§ 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V:

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über [...]

3. Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, [...].

§ 136 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 bis 5 zu beteiligen; bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 und 3 ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen.

§ 136b Abs. 6 SGB V:

(6) In dem Bericht nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und § 136a sowie der Umsetzung der Regelungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie Informationen zu Nebendiagnosen, die mit wesentlichen Hauptdiagnosen häufig verbunden sind, zu enthalten. Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst werden, sind in den Qualitätsbericht aufzunehmen. Der Bericht ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen. Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses.

Die Festlegung der Inhalte erfolgt anhand der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)¹ des G-BA. Neben Informationen zu Struktur- und Leistungsdaten des jeweiligen Krankenhauses sind im Berichtsteil C-1.2 die Indikatorergebnisse aus den Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) des G-BA nach §§ 136 ff. SGB V zu publizieren.

1.2 Beauftragung

Das IQTIG hat für den oben genannten Zweck der verpflichtenden standortbezogenen Veröffentlichung von Indikatorergebnissen den Auftrag, jährlich eine Empfehlung an den G-BA auszusprechen, für welche Qualitätsindikatoren gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)² die Indikatorwerte, die Referenzbereiche und die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog veröffentlicht werden sollen (G-BA 2015). Mit der Einführung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen wird seit dem EJ 2018 auch für Kennzahlen eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen (IQTIG 2018). Gemäß der stufenweisen Umsetzung dieses Konzepts wurden für das Erfassungsjahr 2018 erstmals Transparenzkennzahlen in die Qualitätsindikatorendatenbank aufgenommen. Die Aufnahme von verfahrensspezifischen Kennzahlen war ebenfalls erstmals für das Erfassungsjahr 2018 vorgesehen, allerdings wurden solche bisher noch nicht entwickelt und sind somit für das Erfassungsjahr 2019 nicht in der Qualitätsindikatorendatenbank enthalten. Dieser Bericht umfasst neben Empfehlungen zu den Qualitätsindikatoren auch Empfehlungen zu den Kennzahlen. Eine Übersicht zu den Empfehlungen ist im Anhang enthalten.

¹ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 20. Dezember 2018, in Kraft getreten am 12. März 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/> (abgerufen am: 11.03.2020).

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 20. Juli 2019, in Kraft getreten am 1. Januar 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am: 04.03.2020).

2 Methodik

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden für ein QS-Verfahren erst zugelassen, wenn sie die Versorgungsqualität angemessen darstellen. Die dabei angewandten Kriterien sind in den *Methodischen Grundlagen* des IQTIG beschrieben. Alle Ergebnisse der routinemäßig in der externen Qualitätssicherung genutzten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sollen und können grundsätzlich standortbezogen veröffentlicht werden, um Qualitätstransparenz zu schaffen und um die damit verbundenen Ziele zu realisieren (vgl. die Begründung zum Gesetz der Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung: BR-Drucksache 151/14 vom 11.04.2014). Ziele sind u. a. die Ermöglichung von Auswahlentscheidungen für Patientinnen und Patienten, die Unterstützung der Leistungserbringer bei der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung sowie die patienten- und qualitätsorientierte Steuerung des Gesundheitswesens (Totten et al. 2012, Schwenk und Schmidt-Kaehler 2016, Geraedts et al. 2009, IQTIG 2017).

Die Methodik für die Empfehlungen zur standortbezogenen Veröffentlichung von Indikator- und Kennzahlresultaten zum Erfassungsjahr 2019 sowie die Empfehlungen für die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2019 werden im vorliegenden Bericht zusammenfassend dargestellt. Für eine weitergehende Darstellung der Methodik verweisen wir auf die „Methodischen Grundlagen V1.1“ des IQTIG (IQTIG 2019).

2.1 Veröffentlichung von „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“

In der externen Qualitätssicherung werden auch Qualitätsindikatoren und Kennzahlen verwendet, die Limitationen hinsichtlich der Methodik oder der Verständlichkeit aufweisen oder durch andere fachliche Besonderheiten gekennzeichnet sind. Für diese Indikatoren und Kennzahlen empfiehlt das IQTIG unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Bundesfachgruppen die Veröffentlichung von ergänzenden „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“. Dadurch soll eine sachgerechte und kritische Interpretation der veröffentlichten Ergebnisse durch die Öffentlichkeit unabhängig vom Publikationsmedium ermöglicht werden. Neben individuellen Hinweisen wurden folgende Erläuterungen aufgenommen:

- **für alle risikoadjustierten Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen**

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

- **für alle Qualitätsindikatoren mit festgelegtem Referenzbereich**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Resultaten von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

- **für alle Kennzahlen**

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Resultate ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

- **für alle Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen mit eingeschränkter Vergleichbarkeit**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresresultaten vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Um das genannte Ziel der Ermöglichung einer sachgerechten und kritischen Interpretation der Resultate unabhängig vom Publikationsmedium für die Qualitätsindikator- und Kennzahlresultate zu erreichen, ist es aus Sicht des IQTIG unbedingt geboten, dass die standortbezogene Veröffentlichung von Resultaten eine begleitende Darstellung in Form dieser Erläuterungen enthalten. Die Zuordnung der „Fachlichen Hinweise des IQTIG“ zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen kann dem Anhang entnommen werden.

2.2 Ausnahmen von der Empfehlung zur standortbezogenen Veröffentlichung

Indikatoren und Kennzahlen, bei denen bezüglich ihrer Eignung für eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse erhebliche Bedenken bestehen, z. B. aufgrund mangelnder Datenvalidität, werden nicht für eine Veröffentlichung empfohlen. Diese Bedenken werden im Einzelfall begründet (siehe Tabelle 1, Tabelle 2, Tabelle 3 und Anhang).

Darüber hinaus werden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich im ersten Jahr der Anwendung befinden, nicht für die standortbezogene Veröffentlichung ihrer Ergebnisse empfohlen. Hintergrund ist, dass die Aussagekraft von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen erst anhand der Erfahrungen aus dem Regelbetrieb beurteilt werden kann. Bei erstmals angewendeten Indikatoren bzw. Kennzahlen ist eine solche Beurteilung nicht mit hinreichender Sicherheit möglich.

Da die Beurteilung von Indikatoren- bzw. Kennzahlenergebnissen nach umfassender Änderung ebenfalls nicht hinreichend sichergestellt ist, werden diese in der Regel ebenfalls nicht für die standortbezogene Veröffentlichung empfohlen. Im Einzelfall kann es gute Gründe geben, einige dieser Indikatoren- bzw. Kennzahlenergebnisse dennoch zu veröffentlichen. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn der betrachtete Qualitätsaspekt unverändert bleibt oder die Änderungen wenig Auswirkungen auf die Aussagekraft der Indikatoren bzw. Kennzahlen haben. Zum Erfassungsjahr 2019 werden acht Indikatoren bzw. Kennzahlen zur Veröffentlichung empfohlen, obwohl diese nicht mit den Vorjahrsergebnissen vergleichbar sind. Jede Einzelfallentscheidung, die zu einer Veröffentlichung der Indikatoren bzw. Kennzahlen geführt hat, ist begründet (siehe Tabelle 4 und Anhang).

Für diesen Bericht wurde eine Einschätzung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen durch das IQTIG unter Einbezug der entsprechenden Bundesfachgruppen vorgenommen. Wurden hier Bedenken gesehen, so wurde im Einzelfall entschieden, ob eine standortbezogene Veröffentlichung mit einem „Fachlichen Hinweis des IQTIG“ empfohlen wird (siehe Abschnitt 2.1) oder ob die Bedenken so erheblich sind, dass das IQTIG keine standortbezogene Veröffentlichung empfiehlt.

3 Ergebnisse

Für das Erfassungsjahr 2019 gibt es insgesamt 205 Qualitätsindikatoren und 72 Kennzahlen in den QS-Verfahren nach QSKH-RL. Mit dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse von 193 Indikatoren und 61 Kennzahlen (insgesamt 254 Ergebnisse) für die standortbezogene Veröffentlichung empfohlen. Für einen Großteil davon waren die Ergebnisse bereits im Vorjahr veröffentlichungspflichtig (n = 229), wohingegen die Ergebnisse von 25 Indikatoren bzw. Kennzahlen erstmals zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden.

Die Ergebnisse von 12 Indikatoren und 11 Kennzahlen (insgesamt 23 Ergebnisse) des Erfassungsjahres 2019 werden nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen, da

- die Indikatoren bzw. Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2019 das erste Mal angewendet werden (n = 3) oder
- die Indikatoren bzw. Kennzahlen umfangreich überarbeitet wurden (n = 10) oder
- erhebliche Bedenken bezüglich der standortbezogenen Veröffentlichung der jeweiligen Ergebnisse bestehen (n = 10).

Welche Indikatoren und Kennzahlen dies im Einzelnen sind und wie die jeweilige Begründung für diese Empfehlung lautet, ist Tabelle 1, Tabelle 2 und Tabelle 3 sowie dem Anhang zu entnehmen.

Unter Einbezug der jeweiligen Bundesfachgruppen wurden für alle 254 Indikatoren bzw. Kennzahlen des Erfassungsjahres 2019, deren Ergebnisse für eine Veröffentlichung empfohlen werden, ergänzende „Fachliche Hinweise des IQTIG“ (siehe Abschnitt 2.1) formuliert. Das IQTIG empfiehlt dem G-BA, die verpflichtende Veröffentlichung dieser Hinweise in seine Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufzunehmen. Die Zuordnung der „Fachlichen Hinweise des IQTIG“ zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ist dem Anhang zu entnehmen.

Im Vergleich zum Vorjahr bleibt die Gesamtzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit 277 annähernd gleich (EJ 2018: 274). Im Vergleich dieser beiden Erfassungsjahre steigt der Anteil der Indikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine verpflichtende standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden, von 89,1 % für das Erfassungsjahr 2018 auf 91,7 % für das Erfassungsjahr 2019 an. In den Erfassungsjahren 2012 bis 2016 lag der Anteil an Indikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse veröffentlichungspflichtig waren, zwischen 62,3 % und 66,4 % (siehe Abbildung 1). Seit dem Erfassungsjahr 2015 ist eine positive Entwicklung bei der Veröffentlichung von Indikatoren bzw. Kennzahlen zu verzeichnen.

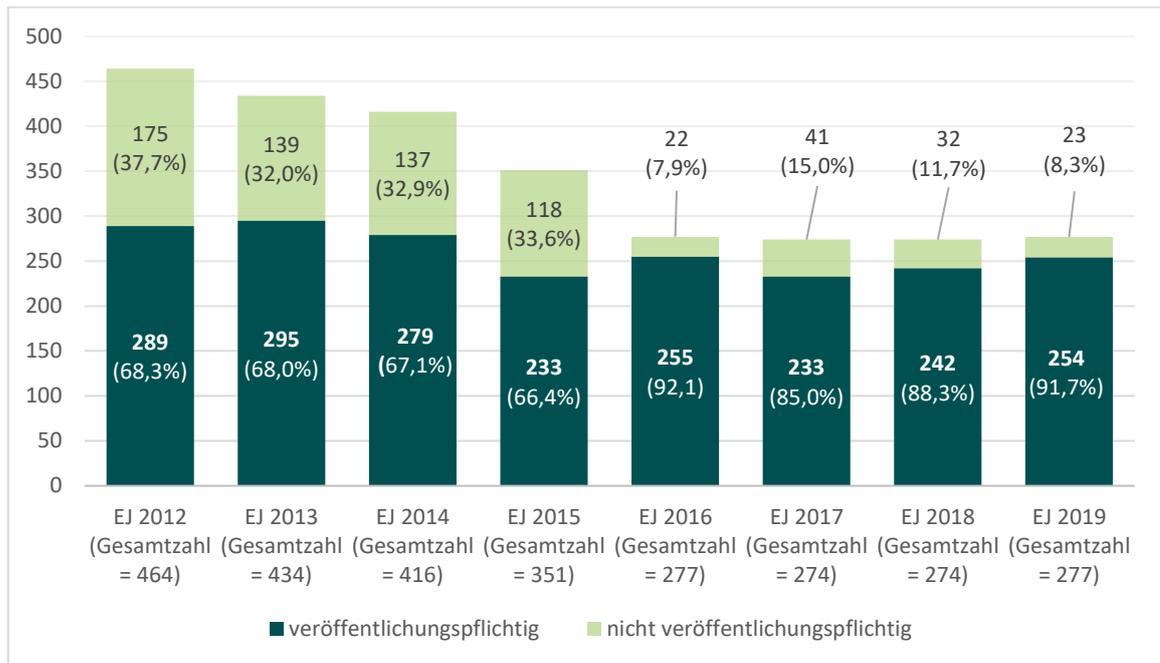


Abbildung 1: Anzahl der Indikatoren bzw. Kennzahlen mit veröffentlichungspflichtigen / nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (EJ 2012–2019)

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund erheblicher Bedenken nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

Auswertungs-modul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Herzschritt-macher-Im-plantation (09n1-HSM-IMPL)	2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	QI	Dieser Indikator kann weiterhin nicht berechnet werden, da noch keine Daten zu Implantationen mit einem vollständigen Follow-up-Zeitraum von acht Jahren vorliegen. Eine Veröffentlichung des Indikatorergebnisses ist somit derzeit nicht möglich.
Geburtshilfe (16n1-GEBH)	331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	Kez	Da dies eine Kennzahl mit geringer Fallzahl ist und es sich um ein seltenes, häufig schicksalhaftes Ereignis handelt, wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen.
Hüftendoprothesenversorgung	54010	Beweglichkeit bei Entlassung	Kez	Das Qualitätsziel der Kennzahl entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts. Diese Entwicklungen hängen eng mit den Innovationen im Bereich der Prothesen zusammen.
Knieendo-prothesen-versorgung	54026	Beweglichkeit bei Entlassung	Kez	Das Qualitätsziel der Kennzahl entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts. Diese Entwicklungen hängen eng mit den Innovationen im Bereich der Prothesen zusammen.
Mamma-chirurgie	52267	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	Der Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2017 eingeführt und wird hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit und seiner Referenzbereiche noch überprüft: Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase, in der ermittelt werden soll, wie relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik dargestellt und durch den Strukturierten Dialog konkret identifizierbar

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
				gemacht werden können. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher noch nicht empfohlen.
	52278	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	Der Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2017 eingeführt und wird hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit und seiner Referenzbereiche noch überprüft: Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase, in der ermittelt werden soll, wie relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik dargestellt und durch den Strukturierten Dialog konkret identifizierbar gemacht werden können. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher noch nicht empfohlen.
	60659	Nachresektionsrate	QI	<p>Bei dem Indikator wurde mit der QIDB 2019 die Rechenregel stark verändert. Darüber hinaus bestehende folgende fachlich-inhaltliche Bedenken gegenüber einer Veröffentlichung des QI: Die aktuelle wissenschaftliche Evidenz und demzufolge die Empfehlungen, welcher Abstand vom Tumor zum Resektionsrand eine Indikation zur Nachresektion darstellen soll, ist Gegenstand akt. Forschung und somit keine gegebene Grundlage.</p> <p>Die betrifft sowohl das invasive Karzinom als auch die Konstellation eines invasiven Karzinoms mit umgebendem DCIS, beide Fälle würden in den QI eingehen.</p>

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
				<p>Insbesondere eine histologische Befundung „RX“ kann bei dieser in Diskussion befindlichen Evidenz- und Empfehlungslage dazu führen, dass mit berechtigtem Bezug auf diese eine Nachresektion erfolgt oder nicht.</p> <p>Die Veröffentlichung des QI könnte daher zweierlei Fehlansätze bewirken, die beide den Patientinnen und Patienten nicht zugutekämen: Eine „zu großzügige“ Resektion in der Erst-Operation, um eine Nachresektion zu vermeiden oder bei einer Entscheidungskonstellation (RX) nicht nachzuresezieren, um eine Nachresektion zu vermeiden.</p>
Pflege: Dekubitusprophylaxe	521800	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	Kez	<p>Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“, die nicht mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen. Somit kann es vorkommen, dass diese über einen Dekubitus nicht näher bezeichnet abgerechnet werden. Daher wird für diese Kennzahl eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen.</p>
Neonatologie	51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Kez	<p>Für diese Kennzahl wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen, da aktuell Unschärfen bei der Diagnostik und bei der Dokumentation einer PVL bestehen.</p>

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	50051	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an zystischen periventrikulären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Kez	Für diese Kennzahl wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen, da aktuell Unschärfen bei der Diagnostik und bei der Dokumentation einer PVL bestehen.

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund der erstmaligen Anwendung für das Erfassungsjahr 2019 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

Auswertungsmodul	ID	Art des Wertes	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09n4-DEFI-IMPL)	132000	QI	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren
	123001	QI	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
	132002	QI	Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bei denen eine Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit ihrer Ergebnisse aufgrund umfassender Änderungen noch nicht mit hinreichender Sicherheit möglich ist und die daher nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

Auswertungsmodul	ID	Art des Wertes	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl
Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL)	2190	QI	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)	54029	QI	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Nierentransplantation (NTX)	2184	QI	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung
	2185	QI	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung
	12809	QI	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation bei bekanntem Status
	12810	Kez	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation bei bekanntem Status
	12811	Kez	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation bei bekanntem Status
Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (PNTX)	12824	Kez	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)
	12841	Kez	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)
	12861	Kez	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)

Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bei denen eine Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit ihrer Ergebnisse empfohlen wird, obwohl eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	<p>Ab dem Erfassungsjahr 2019 werden im QI ausschließlich Patientinnen und Patienten betrachtet, bei denen geplant ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt oder gewechselt wurde. Nicht einbezogen werden Patientinnen und Patienten, die aufgrund eines Oberschenkelhalsbruches ein künstliches Hüftgelenk erhielten. Diese Anpassung des QI führt dazu, dass die diesjährigen Ergebnisse mit dem Vorjahr nicht vergleichbar sind.</p> <p>Für das Erfassungsjahr 2019 wurden aus den Bundesdaten patientenseitige Risikofaktoren identifiziert, die die Wahrscheinlichkeit, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Anschließend wurden diejenigen 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese Gruppe bildet die Grundgesamtheit für den Qualitätsindikator (10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“).</p>
	191914	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Kez	<p>Der Qualitätsaspekt, welcher mit der Transparenzkennzahl abgebildet wird, ist unbestritten relevant. Lediglich fällt eine Bewertung auf Leistungserbringerebene und Patientenebene schwer, da die erhobenen QS-Daten keine zuverlässige Risikoadjustierung ermöglichen. Wegen der hohen Relevanz von Sterbefällen sollten weiterhin die Ergebnisse der Leistungserbringer veröffentlicht</p>

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
				werden, auch wenn keine Bewertung der Ergebnisse erfolgt. Diesem Umstand wird mit den Eigenschaften der Transparenzkennzahl Rechnung getragen.
Mammachi- rurgie (18n1- MAMMA)	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	QI	Das Nennervolumen des QI ändert sich durch den Ausschluss reiner Mastektomien geringfügig. Mit der Fokussierung des Qualitätsindikators auf die brusterhaltende Operation wird die Leitlinienkonformität als Aussage des QI – also die Vornahme einer Präparatkontrolle zuvor markierter Befunde hervorgehoben. Aus diesem Grund werden die Indikatorergebnisse trotz Einstufung des Qualitätsindikators als „nicht vergleichbar“ mit den Vorjahresergebnissen zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen.
	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QI	Das Nennervolumen des Qualitätsindikators ändert sich durch den Ausschluss reiner Mastektomien geringfügig. Mit der Fokussierung des Qualitätsindikators auf die brusterhaltende Operation wird die Leitlinienkonformität als Aussage des Qualitätsindikators – also die Vornahme einer Präparatkontrolle zuvor markierter Befunde – hervorgehoben. Aus diesem Grund werden die Indikatorergebnisse trotz Einstufung des Qualitätsindikators als „nicht vergleichbar“ mit den Vorjahresergebnissen zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen.
Ambulant er- worbene	50778	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	Zum Erfassungsjahr 2019 wurde der Dokumentationsbogen angepasst, sodass Patientinnen und Patienten mit ei-

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Pneumonie (PNEU)				nem Therapieverzicht nicht mehr in der Rechenregel berücksichtigt werden. Hierdurch ist eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich. Allerdings wird durch das operationalisierte Feld nun die gewünschte Patientengruppe abgebildet, und der Indikator besteht schon seit einigen Jahren, daher werden die Indikatorergebnisse trotz Einstufung „nicht vergleichbar“ mit den Vorjahresergebnissen zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen.
	231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	Kez	Die Kennzahl Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert) sollte entgegen des Standardvorgehens zur Veröffentlichung empfohlen werden. Grund: Die Information, die aus der Kennzahl zur Gesamtsterblichkeit hervorgeht, ging bisher aus dem Sterblichkeitsindikator hervor und wurde mit diesem veröffentlicht. Da aus dem Sterblichkeitsindikator nun Fälle von Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht ausgeschlossen werden, geht die Gesamtsterblichkeit aus dem Sterblichkeitsindikator nicht mehr hervor. Das ist der Grund dafür, dass die Kennzahl zur Gesamtsterblichkeit eingeführt wurde. Mit der Veröffentlichung der Kennzahl zur Gesamtsterblichkeit werden also keine Informationen veröffentlicht, die im Vorjahr nicht veröffentlicht worden sind.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)	332	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	QI	Es handelt sich um den einzigen Prozess-QI im QS-Verfahren isolierte Koronarchirurgie, der einen wichtigen Qualitätsaspekt betrachtet. Dieser Qualitätsaspekt (Zähler: „Patienten mit Verwendung der linksseitigen Arteria

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
				mammaria interna als Bypass Graft“) bleibt weiterhin unverändert in der Art der Erfassung und Berechnung. Nur die betrachtete Patientengrundgesamtheit wurde erweitert. Die Veröffentlichungspflicht wurde gemeinsam mit der Bundesfachgruppe <i>Herzchirurgie</i> beschlossen
Leberlebendspende (LLS)	2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	QI	Bei dem Indikator werden intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen betrachtet. Diese werden hinsichtlich ihrer Schwere anhand der Clavien-Dindo-Klassifikation eingestuft. Ab dem Erfassungsjahr 2019 werden Komplikationen ersten Grades („erlaubte Behandlungsoptionen“) nicht mehr als auffälliger Fall im Zähler des Indikators gezählt. Da die Anwendung der Clavien-Dindo-Klassifikation aber bereits in den letzten Jahren erfolgte, handelt es sich nicht um eine grundlegende Überarbeitung des Indikators. Aus diesem Grund werden die Indikatorergebnisse trotz Einstufung des Indikators als „nicht vergleichbar“ mit den Vorjahresergebnissen zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen.

4 Fazit

Der Anteil der Indikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden, ist für das Erfassungsjahr 2019 mit 91,7 % im Vergleich zum Erfassungsjahr 2018 (89,3 %) leicht angestiegen. Betrachtet man den Anteil der Indikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse bisher veröffentlichungspflichtig waren, ist im Gesamtverlauf ein steigender Trend zu erkennen (EJ 2012: 62,3 %). Diese Zunahme der Veröffentlichung von Ergebnissen trägt zur Schaffung von mehr Transparenz über die Qualität der Gesundheitsversorgung bei.

Literatur

- BR-Drucksache 151/14 vom 11.04.2014. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG). 11.04.2014. URL: http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0101-0200/151-14.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am: 20.03.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des IQTIG zur Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen. [Stand:] 27.11.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2408/2015-11-27_IQTIG-Beauftragung_Beteiligung-Qesue.pdf (abgerufen am: 19.03.2019).
- Geraedts, M; Auras, S; Hermeling, P; de Cruppé, W (2009): Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Qualitätsberichterstattung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134(Suppl. 6): S232-S233. DOI: 10.1055/s-0029-1241920.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Krankenhausbezogene öffentliche Berichterstattung von Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung. Empfehlungen des IQTIG zum Erfassungsjahr 2016. Stand: 20.04.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://www.iqtig.org/downloads/sqb/2016/IQTIG_Krankenhausbezogene-%C3%B6ffentliche-Berichterstattung-von-Qualit%C3%A4tsindikatoren_EJ-2016_Bericht_2017-04-20.pdf (abgerufen am: 09.03.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen [*Anlage zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Berichts des Instituts nach § 137a SGB V über die Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen*]. Stand: 22.03.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf (abgerufen am: 12.03.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 18.04.2019).
- Schwenk, U; Schmidt-Kaehler, S (2016): Public Reporting. Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. [Stand:] Januar 2016. (Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven, Nr. 1). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue_Publikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf (abgerufen am: 20.03.2019).

Totten, AM; Wagner, J; Tiwari, A; O'Haire, C; Griffin, J; Walker, M (2012): Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. (Prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I.). [Stand:] July 2012. (Evidence Report No. 208, 5.). Rockville, US-MD: AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality]. AHRQ Publication No. 12-E011-EF. URL: <https://archive.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/public-reporting-gis.pdf> (abgerufen am: 20.03.2019).