

Bundesqualitätsbericht 2024

Verfahrensübergreifender Teil

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Bundesqualitätsbericht 2024. Verfahrensübergreifender Teil

Ansprechpersonen Dr. Henning Bobzin, Stefanie Holleck-Weithmann, Martina Dost

Datum der Abgabe 15. August 2024

Datum aktualisierte Abgabe 11. Oktober 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
1 Einleitung.....	6
2 Überblick Auswertungsjahr 2024.....	8
2.1 QS-Verfahren und Auswertungsmodule	8
2.2 Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen.....	10
2.3 Datengrundlage.....	12
2.4 Datenvalidierung	15
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen: Übergreifende Darstellung Auswertungsjahr 2023	17
Glossar.....	30

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über QS-Verfahren und Auswertungsmodule im AJ 2024.....	8
Tabelle 2: Überblick Anzahl Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen im AJ 2024	11
Tabelle 3: Anzahl der Leistungserbringer und Datensätze pro QS-Verfahren im AJ 2024.....	12
Tabelle 4: Überblick Datengrundlage der QS-Dokumentationsdaten im EJ 2023	13
Tabelle 5: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB- Spezifikation	17
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL	20
Tabelle 7: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Auswertungsmodul (AJ 2023)	21
Tabelle 8: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2023).....	24
Tabelle 9: Initiierung von Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 (AJ 2023)	26
Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2023).....	26
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2023)	28

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BQB	Bundesqualitätsbericht
BSNR	Betriebsstättennummer
BuAw	Bundesauswertung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung
LE	Leistungserbringer
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht

Die Kürzel der QS-Verfahren und Auswertungsmodüle sind in Tabelle 1 aufgeführt.

1 Einleitung

Der Bundesqualitätsbericht (BQB) wird einmal jährlich auf Grundlage von § 20 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ erstellt und zum 15. August eines jeden Jahres² an den G-BA übergeben. Für die 15 Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren), die das IQTIG aktuell im Regelbetrieb durchführt, enthält der BQB jeweils

- die Bundesauswertung des QS-Verfahrens,
- Einordnungen und Bewertungen der Ergebnisse durch das IQTIG in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Expertengremien,
- Angaben zur Datenvalidität,
- Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie
- zusammenfassende Ergebnisse einer jährlichen Stakeholder-Evaluation zum QS-Verfahren bzw. der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung des QS-Verfahrens (zur Patientenbefragung in *QS PCI*).

Das Stellungnahmeverfahren und die Qualitätssicherungsmaßnahmen werden bei den bundesbezogenen QS-Verfahren durch das IQTIG, bei den länderbezogenen durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) durchgeführt, die die entsprechenden Ergebnisse in Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) an das IQTIG übermitteln.

Pro QS-Verfahren gibt es einen eigenständigen BQB, an den jeweils die Bundesauswertungen der zugehörigen Auswertungsmodule angefügt sind. Die Gliederung orientiert sich an den oben genannten Inhalten. Gibt es mehr als ein Auswertungsmodul pro Verfahren, wird die Darstellung noch einmal untergliedert entweder nach Auswertungsmodulen (wie bspw. im Verfahren *QS PM*) oder nach inhaltlichen Gebieten (wie bei *QS WI*), oder die Darstellung erfolgt modulübergreifend, da die Qualitätsindikatoren sich je Modul sehr ähneln (wie bspw. in *QS HSMDEF*).

Eine Bewertung der Qualitätsindikatoren in Bezug auf „besonderen Handlungsbedarf“ gibt es im Gegensatz zu den Vorjahren nicht, da das zugehörige Konzept zurzeit überarbeitet wird. Die Abgabe des zugehörigen Berichts ist zum Ende des Jahres vorgesehen. Mit dem G-BA wurde daher eine Aussetzung der Beurteilung für dieses Jahr vereinbart.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 18. Januar 2024, in Kraft getreten am 1. September 2024. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 09.10.2024).

² Die Frist ist jeweils in den themenspezifischen Bestimmungen zu den einzelnen QS-Verfahren geregelt (in der Regel in § 17 Teil 2 DeQS-RL).

Jahresbegriffe (Auswertungs- und Erfassungsjahr):

Die Tabellen im BQB werden im Allgemeinen dem Auswertungsjahr zugeordnet. Das **Auswertungsjahr** (AJ) ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Da jedoch die Angabe des **Erfassungsjahres** (EJ), also des Jahres, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen (stationär) oder behandelt (ambulant) wurde, weiterhin eine sehr wichtige Information darstellt, werden auch zukünftig Angaben zum Erfassungsjahr in den verschiedenen Produkten gemacht. Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren zum jeweils ausgewerteten Erfassungsjahr wird jeweils in der Überblickstabelle in Kapitel 1 (Hintergrund) dargestellt.

Dabei ist zu beachten, dass jeweils in Kapitel 2 die aktuellen Ergebnisse der Bundesauswertung zum AJ 2024 dargestellt werden. In Kapitel 3 werden die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens 2023 präsentiert, das hauptsächlich auf Basis der Jahresauswertung des AJ 2023 geführt wurde.

Eine ausführliche Darstellung der Begriffsdefinitionen findet sich in einem Informationsschreiben auf der Website des IQTIG: https://iqtig.org/dateien/pressemitteilungen/2023/IQTIG_Infoschreiben-Jahresbegriffe_2023-11-30.pdf.

2 Überblick Auswertungsjahr 2024

2.1 QS-Verfahren und Auswertungsmodule

Im Auswertungsjahr 2024 werden 15 QS-Verfahren im Regelbetrieb nach DeQS-RL durchgeführt. Ausgewertet werden diese in 40 Auswertungsmodulen, davon beziehen sich 3 Module auf auswertungsmodulübergreifende Auffälligkeitskriterien (D-Module). Neben den 3 sektorenübergreifenden Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET gibt es 12 stationäre Verfahren.

Tabelle 1: Überblick über QS-Verfahren und Auswertungsmodule im AJ 2024

Nr.	Kürzel	QS-Verfahren nach Richtlinie	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	Zuständigkeit
1	QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Land
2	QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen	WI-HI-A	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren	Land
			WI-HI-S	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren	
			WI-NI-A	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen – ambulantes Operieren	
			WI-NI-S	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen – stationäres Operieren	
			WI-NI-D	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen	
3	QS CHE	Cholezystektomie	CHE	Cholezystektomie	Land
4	QS NET	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen	NET-DIAL	Dialyse	Land
			NET-NTX	Nierentransplantation	Bund
			NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	
			NET-PNTX-D	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation, Nierentransplantation	

Nr.	Kürzel	QS-Verfahren nach Richtlinie	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	Zuständigkeit
5	QS TX	Transplantationsmedizin	TX-NLS	Nierenlebendspenden	Bund
			TX-LTX	Lebertransplantationen	
			TX-LLS	Leberlebendspenden	
			TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	
			TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	
			TX-HTX	Herztransplantationen	
6	QS KCHK	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen	KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Bund
			KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	
			KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	
			KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	
			KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	
			KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	
			KCHK-D	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen	
7	QS KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Land
8	QS CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Land
9	QS MC	Mammachirurgie	MC	Mammachirurgie	Land
10	QS GYN-OP	Gynäkologische Operationen	GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Land
11	QS DEK	Dekubitusprophylaxe	DEK	Dekubitusprophylaxe	Land
12	QS HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren	HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Land
			HSMDEF-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	

Nr.	Kürzel	QS-Verfahren nach Richtlinie	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	Zuständigkeit
			HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
			HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	
			HSMDEF-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	
			HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	
13	QS PM	Perinatalmedizin	PM-GEBH	Geburtshilfe	Land
			PM-NEO	Neonatologie	
14	QS HGV	Hüftgelenkversorgung	HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Land
			HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
15	QS KEP	Knieendoprothesenversorgung	KEP	Knieendoprothesenversorgung	Land

2.2 Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen

Als Datenquellen für die Berechnung der Qualitätsindikatoren werden primär die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Patientenbefragung genutzt. Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung gibt es im Verfahren *QS PCI*. Außer diesen basieren alle Indikatoren auf QS-Dokumentationsdaten; in den Verfahren *QS PCI*, *QS WI*, *QS CHE*, *QS NET (NET-DIAL)* und *QS KCHK* werden zusätzlich auch Sozialdaten zur Berechnung von Indikatoren hinzugezogen. Als weitere Datenquellen fungieren die Sollstatistik (sowohl in der Datengrundlage als auch zur Berechnung von Auffälligkeitskriterien) sowie im Verfahren *QS DEK* auch die Risikostatistik.

Im Auswertungsjahr 2024 gibt es 301 Qualitätsindikatoren und 89 Transparenzkennzahlen,³ die sich teils auf verschiedene Erfassungsjahre beziehen. Tabelle 2 gibt einen Überblick auch über

³ Im Bericht „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser“ werden 308 Qualitätsindikatoren genannt. Die Differenz erklärt sich durch 7 Follow-up-Indikatoren, die in der Bundesauswertung nicht berechnet wurden, aber im genannten Bericht dennoch überprüft wurden; sie wurden nicht zur Veröffentlichung empfohlen. Gleiches gilt für 6 Transpa-

die Verteilung auf Datenquellen, verschiedene Arten von Referenzbereichen sowie zur Risikoadjustierung.

Tabelle 2: Überblick Anzahl Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen im AJ 2024

	AJ 2024				
	gesamt	davon EJ 2023	davon EJ 2022	davon EJ 2021	davon EJ 2020
Qualitätsindikatoren	301	254	43	4	-
davon Follow-up-Qualitätsindikatoren*	111	64	43	4	-
Qualitätsindikatoren nach Datenquellen					
QS-Dokumentation**	215	209	4	2	-
Sozialdaten***	67	26	39	2	-
Patientenbefragung	19	19	-	-	-
Referenzbereich Qualitätsindikatoren					
fester Referenzbereich	76	74	2	-	-
perzentilbasierter Referenzbereich	134	100	33	1	-
Sentinel Event	26	26	-	-	-
Mittelwert	19	19	-	-	-
ohne Referenzbereich	46	35	8	3	-
Transparenzkennzahlen					
Transparenzkennzahlen	89	78	7	2	2
Risikoadjustierung****					
Qualitätsindikatoren mit Risikoadjustierung	89	66	23	-	-
Transparenzkennzahlen mit Risikoadjustierung	12	12	-	-	-

* Follow-up-Qualitätsindikatoren sind Indikatoren, die „ein Thema betreffen, bei dem die Ergebnisqualität einer erbrachten Leistung durch die Messung zu einem späteren Zeitpunkt überprüft wird“ (§ 1 DeQS-RL).

** Inkl. Nutzung der Risikostatistik bei QS DEK; nicht enthalten sind die Indikatoren, die auch Sozialdaten nutzen.

renzkenzahlen. IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024): Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2023. [Stand:] 16.05.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Oeffentliche-Berichterstattung-von-Ergebnissen_Empfehlungen-BJ_2023_2024-05-16_01.pdf (abgerufen am: 01.08.2024).

*** Alle Sozialdaten-QIs nutzen auch die QS-Dokumentation.

**** Gezählt werden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Risikoadjustierungsmodell, solche mit Stratifizierung sind nicht enthalten. Nicht alle Indikatoren und Kennzahlen benötigen eine Risikoadjustierung; insbesondere bei vielen Prozessindikatoren ist eine solche nicht zielführend. Das IQTIG prüft anhand seiner Eignungskriterien für jeden Qualitätsindikator, ob eine Risikoadjustierung notwendig ist.

2.3 Datengrundlage

Die Datengrundlage wird in den folgenden Tabellen im Überblick auf Verfahrens- bzw. Modulebene dargestellt. Eine detailliertere Darstellung findet sich jeweils in Kapitel 2 der verfahrensspezifischen BQBs. Dort wird – wo erforderlich – noch auf Detailebenen wie bspw. Zählleistungsbereiche eingegangen. Auch etwaige Limitationen der Datengrundlage werden dort dargestellt.

In Tabelle 3 wird zum einen die Anzahl der Leistungserbringer pro Verfahren genannt; im stationären Bereich ist dies die Anzahl der ausgewerteten Standorte, im ambulanten Bereich wird auf BSNR-Ebene gezählt. Leistungserbringer, die ausschließlich Minimaldatensätze geliefert haben, werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt. Zum anderen wird die Anzahl der Datensätze pro Verfahren angegeben, die über die Datenquellen QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung hinweg ausgewertet wurden (Minimaldatensätze sind dabei nicht mitgezählt).

Tabelle 3: Anzahl der Leistungserbringer und Datensätze pro QS-Verfahren im AJ 2024 (die sektorenübergreifenden Verfahren sind farbig hervorgehoben)

Nr.	QS-Verfahren	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Datensätze (ohne MDS)
1	QS PCI	1.197	2.182.007
2	QS WI	4.930	3.345.661
3	QS CHE	1.072	616.626
4	QS NET	858	849.949
5	QS TX		2.805
	QS TX, HTXM*	60	
	QS TX, LLS*	10	
	QS TX, LTX*	20	
	QS TX, LUTX*	10	
	QS TX, NLS*	37	
6	QS KCHK	265	461.528
7	QS KAROTIS	604	33.670
8	QS CAP	1.322	333.649

Nr.	QS-Verfahren	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Datensätze (ohne MDS)
9	QS MC	694	104.496
10	QS GYN-OP	991	181.148
11	QS DEK	1.669	273.764
12	QS HSMDEF	926	210.424
13	QS PM	661	755.417
14	QS HGV	1.145	351.661
15	QS KEP	997	216.788

* Im Verfahren QS TX gibt es mehrere Pseudonymisierungsverfahren, sodass ein Leistungserbringer über mehrere Pseudonyme verfügen kann. Die Leistungserbringer können daher zurzeit nur auf Ebene des jeweiligen LE-Pseudonyms ausgegeben werden, das teils zwei Auswertungsmodule umfasst. HTXM enthält die Angaben zu HTX und MKU. Insgesamt sind es im Verfahren QS TX ungefähr 60 Leistungserbringer.

In den Tabellen zur Datengrundlage in den verfahrensspezifischen Teilen wird die Anzahl der Leistungserbringer bundesweit sowohl auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) als auch auf Standortebene / BSNR-Ebene ausgegeben. Auf Standortebene im stationären Sektor wiederum wird zwischen Auswertungsstandort und entlassendem Standort unterschieden. „Auswertungsstandort“ bedeutet, dass zu diesem Standort Indikatorberechnungen erfolgten; „entlassender Standort“ bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Da die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vorliegt, kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden. Bei Vorhandensein mehrerer (entlassender) Standorte wird zusätzlich die erwartete Anzahl (SOLL) für die IKNR-Ebene ermittelt und entsprechend ausgegeben.

Tabelle 4 führt die Angaben zur Datengrundlage der QS-Dokumentationsdaten zum Erfassungsjahr 2023 im Überblick zusammen. Die Zuordnung erfolgt auf Erfassungsmodulebene, da die Sollstatistik auch auf dieser Ebene gezählt wird. Das zugehörige Auswertungsmodul der Bundesauswertung, in der die Datengrundlage dargestellt wird, wird mitangegeben.

Tabelle 4: Überblick Datengrundlage der QS-Dokumentationsdaten im EJ 2023

Nr. (QS-Verfahren)	Erfassungsmodul	zugehöriges Auswertungsmodul BuAw	Datensätze gesamt	Basisdatensätze	MDS	erwartet	Vollständigkeit in %
1	PCI	PCI	743.610	743.232	378	730.643	101,77
2	NWIEA	WI-HI-A	2.911	2.911		3.913	74,39
2	NWIES	WI-HI-S	1.199	1.199		1.496	80,15

Nr. (QS-Ver- fahren)	Erfas- sungs- modul	zugehöriges Auswertungs- modul BuAw	Daten- sätze gesamt	Basis- daten- sätze	MDS	erwartet	Vollzäh- lichkeit in %
3	CHE	CHE	159.225	159.187	38	157.642	101,00
4	DIAL	NET-DIAL	329.349	319.564	9.785	347.350	94,82
4	NTX	NET-NTX	2.111	2.111	0	2.110	100,05
4	PNTX	NET-PNTX	2.118	2.111	7	2.110	100,38
5	HTXM	TX-HTX/TX-MKU	1.051	1.051	0	1.045	100,57
5	LLS	TX-LLS	50	50	0	50	100,00
5	LTX	TX-LTX	829	828	1	828	100,12
5	LUTX	TX-LUTX	267	267	0	267	100,00
5	NLS	TX-NLS	612	609	3	611	100,16
6	HCH	KCHK*	81.306	81.261	45	80.403	101,12
7	10/2	KAROTIS	33.871	33.670	201	33.607	100,79
8	PNEU	CAP	334.062	333.649	413	330.404	101,11
9	18/1	MC	104.698	104.496	202	104.070	100,60
10	15/1	GYN-OP	181.534	181.148	386	180.294	100,69
11	DEK	DEK	273.847	273.764	83	271.346	100,92
12	09/1	HSMDEF-HSM- IMPL	75.430	75.305	125	74.758	100,90
12	09/2	HSMDEF-HSM- AGGW	11.509	11.500	9	11.213	102,64
12	09/3	HSMDEF-HSM- REV	8.816	8.769	47	8.709	101,23
12	09/4	HSMDEF-DEFI- IMPL	20.796	20.780	16	20.658	100,67
12	09/5	HSMDEF-DEFI- AGGW	7.310	7.306	4	7.199	101,54
12	09/6	HSMDEF-DEFI- AGGW	6.816	6.798	18	6.763	100,78
13	16/1	PM-GEBH	663.977	663.556	421	662.971	100,15
13	NEO	PM-NEO	92.482	91.861	621	92.108	100,41
14	17/1	HGV-OSFRAK	65.001	64.927	74	64.378	100,97
14	HEP	HGV-HEP	286.921	286.734	187	285.290	100,57
15	KEP	KEP	216.971	216.788	183	215.537	100,67

* QS KCHK wird an dieser Stelle nicht modulspezifisch dargestellt, da die Erfassung über einen Dokumentationsbogen und damit ein einziges Erfassungsmodul läuft. Für eine genauere Darstellung mittels Zählleistungsbereichen sei daher auf den verfahrensspezifischen BQB verwiesen.

2.4 Datenvalidierung

In den verfahrensspezifischen BQBs werden auch Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt, die gemäß § 16 Teil 1 DeQS-RL u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien umfasst. Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Unterschieden wird dabei zwischen Auffälligkeitskriterien zur *Plausibilität und Vollständigkeit* und Auffälligkeitskriterien zur *Vollzähligkeit*. Auffälligkeitskriterien haben einen Bezug zu Qualitätsindikatoren / Kennzahlen (zu den jeweiligen Qualitätsindikatoren), einen Referenzbereich und z. T. eine Mindestanzahl im Zähler oder Nenner.

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Auffälligkeitskriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit prüfen die von einem Leistungserbringer insgesamt gelieferten Datensätze mittels eines Abgleichs mit der Sollstatistik. Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur einige wenige Datenfelder und wird anstelle des regulären Datensatzes übermittelt, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betreffenden QS-Verfahren geeignet ist.

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in den Tabellen zur Datengrundlage, bei der nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet wird, zeigen die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit auf, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer auffällig, bei denen keine 100%ige Vollzähligkeit vorlag. Die Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation und Überdokumentation prüfen, ob entsprechend weniger/mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden. Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie in der Dokumentation nur in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen. Da die Sollstatistik durch entlassende Standorte erstellt wird, beziehen sich die Ausführungen zu Leistungserbringern in den entsprechenden Abschnitten immer auf die Ebene der entlassenden Standorte. Verfahrensübergreifend wurden bei sämtlichen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit zum Erfassungsjahr 2023 am Anfang der Bezeichnung die Wörter „Häufige Angabe“

gestrichen. Dies begründet die Unterschiede zwischen den Bezeichnungen zwischen den Tabellen jeweils in Kapitel 2 (Ergebnisse AJ 2024) und Kapitel 3 (QSEB zum AJ 2023).

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen: Übergreifende Darstellung Auswertungsjahr 2023

Das Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern wird in der Regel dann ausgelöst, wenn ein rechnerisch auffälliges Ergebnis vorliegt, d. h., wenn das Indikatorergebnis eines Leistungserbringers außerhalb des festgelegten Referenzbereichs liegt. Es wird durch die jeweils beauftragte Stelle auf der Landes- oder Bundesebene – die Landesarbeitsgemeinschaften oder das IQTIG – geführt, um die Ursachen für diese auffälligen Ergebnisse zu klären. In der Folge wird für diesen Leistungserbringer zunächst eine Bewertung vorgenommen; im Anschluss werden Verbesserungsmaßnahmen implementiert, sofern dies erforderlich ist. Die Grundlagen dazu sind in der DeQS-RL des G-BA verankert.

Gemäß § 19 DeQS-RL erhält das IQTIG einmal jährlich die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens sowie der qualitätsfördernden Maßnahmen in einem einheitlichen Format, den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB), deren Ergebnisse im BQB berichtet werden. Diese Erkenntnisse, die aus dem Stellungnahmeverfahren gewonnen werden, dienen auch der Weiterentwicklung einzelner Indikatoren sowie von QS-Verfahren insgesamt. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren durch die Landesarbeitsgemeinschaften übermittelt, bei den bundesbezogenen Verfahren erfolgt dies durch das IQTIG. Die Auswertungen zum QSEB erfolgen grundsätzlich je QS-Verfahren bzw. auf Indikatorebene.

In Tabelle 5 sind die möglichen Einstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach dem Stellungnahmeverfahren dargestellt.

Tabelle 5: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation

Kode	Bezeichnung	Geltungsbereich
A70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
A71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (qualitativ auffällig)	QI
A72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt (qualitativ auffällig)	QI/AK
A99	Sonstiges (qualitativ auffällig)	QI/AK
D80	unvollständige oder falsche Dokumentation (Sonstiges)	QI
D81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht (Sonstiges)	QI
D99	Sonstiges (Dokumentationsfehler)	QI

Kode	Bezeichnung	Geltungsbereich
S92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden (Sonstiges)	QI/AK
S99	Sonstiges (Sonstiges)	QI/AK
U60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
U61	besondere klinische Situation, im Kommentar zu erläutern (qualitativ unauffällig)	QI
U62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle (qualitativ unauffällig)	QI
U63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität, vereinzelt Dokumentationsprobleme (qualitativ unauffällig)	QI
U99	Sonstiges (qualitativ unauffällig)	QI/AK

Dieses Kapitel sowie die Tabellen im QSEB-Anhang stellen die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Auswertungsjahr 2023 dar. In diesem Jahr wurde die Jahresauswertung erstellt, zu der das hier dargestellte Stellungnahmeverfahren hauptsächlich geführt wurde.

QSEB-Anhang

Alle QSEB-Tabellen werden in einem gesonderten Anhang im Excel-Format bereitgestellt. Die zentralen Tabellen werden zudem auch jeweils im Kapitel 3 (Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen) der einzelnen BQBs dargestellt. Im Excel-Anhang sind diese in der Navigation mit dem Kürzel K3 aufgeführt, die weiteren Tabellen mit dem Kürzel A. Gleich strukturierte Tabellen, die es sowohl für Auffälligkeitskriterien als auch für Qualitätsindikatoren gibt, werden gleich nummeriert. Bsp.: A_1_QI und A_1_AK führen jeweils die „Art der Auffälligkeit“ auf. Die verfahrensübergreifenden Tabellen, die in diesem Dokument weiter unten aufgeführt sind, sind im Excel-Anhang mit dem Kürzel U gekennzeichnet.

Für das Auswertungsjahr 2023 lagen aus den 15 QS-Verfahren insgesamt 132.777 Indikatorenergebnisse vor, davon 123.065 Ergebnisse von Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich. Von diesen waren 9.591 Ergebnisse rechnerisch auffällig (7,79 %). Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Anzahl an Indikatorergebnissen deutlich reduziert, ebenso die Anzahl von Indikatorergebnissen mit definiertem Referenzbereich. Hintergrund für den Rückgang ist das Fehlen der fallbezogenen Indikatorenergebnisse für das Verfahren QS WI aufgrund der Aussetzung der Auswertungsmodule WI-NI-A und WI-NI-S. Weiterhin fehlen im AJ 2023 die Follow-up-Indikatoren-Ergebnisse in den transplantationsmedizinischen Auswertungsmodulen, da sich während des Stellungnahmeverfahrens 2023 Verknüpfungsprobleme von QS-Datensätzen des Indexeingriffs mit denen des Follow-up zeigten und daher keine Ergebnisse der Follow-up-Indikatoren

und Follow-up-Auffälligkeitskriterien dargestellt werden (siehe auch Vorbemerkungen zu den Verfahren *QS NET* und *QS TX*). Anteilig befinden sich die rechnerischen Auffälligkeiten auf einem gleichen Niveau wie im Vorjahr.

Das negative Vorzeichen bei den Indikatorenergebnissen ohne QSEB-Übermittlung in Tabelle 6 bedeutet, dass mehr QSEB-Ergebnisse ($n = 290$) an das IQTIG übermittelt wurden als es rechnerische Auffälligkeiten gab. Erklären lässt sich dies dadurch, dass bei nicht erfolgter oder nicht fristgemäßer Übermittlung der Einrichtungsbefragung im Verfahren *QS WI* Landesarbeitsgemeinschaften diese Tatsache nicht korrekt als rechnerische Auffälligkeit im QSEB angaben, während in diesen Fällen eigentlich der Schlüsselwert 7 vorgesehen wäre. Somit stellen die überzähligen QSEB nicht erfolgte oder nicht fristgemäße Übermittlungen dar, für die gemäß DeQS-RL aber dennoch ein Stellungsnahmeverfahren zu führen ist, auch wenn sie keine rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse sind. In anderen Verfahren wurde nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit ein QSEB-Datensatz übermittelt ($n = 108$). Die angegebene Summe von -182 ist die Differenz zwischen den beiden beschriebenen Sachverhalten.

Im Auswertungsjahr 2023 wurden deutlich häufiger Stellungsnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, zugleich stieg auch die Anzahl an Begehungen im Rahmen des Stellungsnahmeverfahrens deutlich an. Nach Abschluss des Stellungsnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2023 wurden 1.873 Ergebnisse – d. h. 18,98 % der rechnerischen Auffälligkeiten – als qualitativ auffällig eingestuft und 4.424 Ergebnisse – d. h. 44,84 % der rechnerischen Auffälligkeiten – als qualitativ unauffällig bewertet. Bei 762 Ergebnissen – d. h. bei 7,72 % der rechnerischen Auffälligkeiten – war die Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Im Rahmen der qualitätsfördernden Maßnahmen wurden mit 680 Maßnahmen der Stufe 1 rund 200 Maßnahmen mehr vereinbart als noch im letzten Jahr, 2 dieser Maßnahmen noch für das Auswertungsjahr 2022. Ein Rückschluss auf eine Verschlechterung der Behandlungsqualität lässt sich daraus nicht zwangsläufig ableiten.

Insgesamt wurden dem IQTIG 10 Maßnahmen der Stufe 2 im QSEB im März 2024 übermittelt. Für das Auswertungsjahr 2023 waren es jeweils 2 Maßnahmen in den Verfahren *QS PCI* und *QS HGV* (Auswertungsmodul *HGV-HEP*), zum Erfassungsjahr 2022 ebenfalls 2 Maßnahmen aus dem Verfahren *QS GYN-OP* sowie 4 Maßnahmen noch aus dem Auswertungsjahr 2021 (je 2 Maßnahmen in *QS KAROTIS* und *QS GYN-OP*). In der Tabelle 6 sind nur die Maßnahmen des Auswertungsjahres 2023 dargestellt.

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse der QS-Verfahren	150.100	-	132.777	-
Indikatorenergebnisse der QS-Verfahren mit definiertem Referenzbereich	144.364	100	123.065	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	10.848	7,51	9.591	7,79
davon ohne QSEB-Übermittlung	437	4,03	-182**	n. a.
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	10.411	100	9.866	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	10.411	100	9.773	99,06
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	2	0,02
nicht fristgerechte Übermittlung (nur QS WI) (Schlüsselwert 7)	0	0	91	0,92
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	3.188	30,62	2.378	24,10
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	7.224	69,39	7.488	75,90
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7.188	99,50	7.476	99,84
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	90	1,25	88	1,18
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	9	0,12	35	0,47
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	143	1,98	34	0,45
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	4.551	43,71	4.424	44,84
Bewertung als qualitativ auffällig	1.444	13,87	1.873	18,98
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	760	7,30	762	7,72
Sonstiges	326	3,13	395	4
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	488	n. a.	680	n. a.
Maßnahmenstufe 2	2	n. a.	4	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich.

** Erläuterung siehe Abschnitt über der Tabelle.

In dieser Tabelle wird das Verfahren NET-DIAL nicht berücksichtigt, da aufgrund noch bestehender Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Sollstatistik zum AJ 2023 festgelegt wurde, dass die Ergebnisse zum AJ 2023 im Bundesqualitätsbericht nicht veröffentlicht werden sollten.

Die Anteile rechnerischer Auffälligkeiten verteilen sich sehr heterogen auf die einzelnen Module. Während in den Modulen TX-LUTX, TX-NLS und KCHK-KC mit Werten zwischen 0,00 % und 3,70 % die geringsten Anteile rechnerischer Auffälligkeiten vorlagen, waren es im Gegensatz dazu in den Modulen CAP, TX-HTX und NET-PNTX zwischen 15,46 % und 31,75 %. Hierbei ist zu beachten, dass die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten von der Art des Referenzbereichs abhängt (fester oder perzentilbasierter Referenzbereich). Auch die Anteile qualitativer Auffälligkeiten an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren stellen sich mit Werten zwischen 10,03 % in CHE und 84,21 % in KCHK-KC sehr unterschiedlich dar (Tabelle 7).

Tabelle 7: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Auswertungsmodul (AJ 2023)

Auswertungsmodul	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
PCI	1.340	931 / 17.367 (5,36 %)	1	727 / 932 (78,00 %)	243 / 932 (26,07 %)	243 / 727 (33,43 %)
WI-HI-A	3.079	127 / 3.079 (4,12 %)	57	231 / 184 (125,54 %)*	62 / 184 (33,70 %)	62 / 231 (26,84 %)
WI-HI-S	1.295	64 / 1.295 (4,94 %)	34	89 / 98 (90,82 %)	30 / 98 (30,61 %)	30 / 89 (33,71 %)
CHE	1.139	433 / 7.788 (5,56 %)	0	309 / 433 (71,36 %)	31 / 433 (7,16 %)	31 / 309 (10,03 %)
NET-NTX	39	9 / 153 (5,88 %)	0	9 / 9 (100,00 %)	5 / 9 (55,56 %)	5 / 9 (55,56 %)
NET-PNTX	21	20 / 63 (31,75 %)	0	20 / 20 (100,00 %)	3 / 20 (15,00 %)	3 / 20 (15,00 %)
TX-HTX	19	5 / 19 (26,32 %)	0	5 / 5 (100,00 %)	3 / 5 (60,00 %)	3 / 5 (60,00 %)
TX-MKU	53	20 / 249 (8,03 %)	0	20 / 20 (100,00 %)	9 / 20 (45,00 %)	9 / 20 (45,00 %)

Auswertungsmodul	Anzahl Leistungsbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
TX-LUTX	10	0 / 10 (0,00 %)	0	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
TX-LTX	21	9 / 63 (14,29 %)	0	9 / 9 (100,00 %)	5 / 9 (55,56 %)	5 / 9 (55,56 %)
TX-LLS	11	3 / 33 (9,09 %)	0	3 / 3 (100,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 3 (33,33 %)
TX-NLS	36	0 / 108 (0,00 %)	0	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
KCHK-KC	88	19 / 513 (3,70 %)	0	19 / 19 (100,00 %)	16 / 19 (84,21 %)	16 / 19 (84,21 %)
KCHK-KC-KOMB	87	25 / 510 (4,90 %)	0	25 / 25 (100,00 %)	15 / 25 (60,00 %)	15 / 25 (60,00 %)
KCHK-AK-KATH	90	33 / 603 (5,47 %)	0	33 / 33 (100,00 %)	18 / 33 (54,55 %)	18 / 33 (54,55 %)
KCHK-AK-CHIR	89	25 / 516 (4,84 %)	0	25 / 25 (100,00 %)	7 / 25 (28,00 %)	7 / 25 (28,00 %)
KCHK-MK-KATH	253	224 / 2.944 (7,61 %)	0	224 / 224 (100,00 %)	101 / 224 (45,09 %)	101 / 224 (45,09 %)
KCHK-MK-CHIR	88	64 / 1.108 (5,78 %)	0	64 / 64 (100,00 %)	26 / 64 (40,62 %)	26 / 64 (40,62 %)
KAROTIS	596	182 / 2.849 (6,39 %)	0	171 / 182 (93,96 %)	29 / 182 (15,93 %)	29 / 171 (16,96 %)
CAP	1.338	1.216 / 7.867 (15,46 %)	0	913 / 1.216 (75,08 %)	305 / 1.216 (25,08 %)	305 / 913 (33,41 %)
MC	640	610 / 6.979 (8,74 %)	1	498 / 611 (81,51 %)	106 / 611 (17,35 %)	106 / 498 (21,29 %)
GYN-OP	988	572 / 5.997 (9,54 %)	0	509 / 572 (88,99 %)	62 / 572 (10,84 %)	62 / 509 (12,18 %)
DEK	1.919	549 / 3.835 (14,32 %)	0	544 / 549 (99,09 %)	197 / 549 (35,88 %)	197 / 544 (36,21 %)

Auswertungsmodul	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
HSMDEF-HSM-IMPL	987	653 / 9.413 (6,94 %)	0	414 / 653 (63,40 %)	139 / 653 (21,29 %)	139 / 414 (33,57 %)
HSMDEF-HSM-AGGW	864	100 / 1.698 (5,89 %)	0	53 / 100 (53,00 %)	14 / 100 (14,00 %)	14 / 53 (26,42 %)
HSMDEF-HSM-REV	798	123 / 2.355 (5,22 %)	0	75 / 123 (60,98 %)	8 / 123 (6,50 %)	8 / 75 (10,67 %)
HSMDEF-DEFI-IMPL	769	453 / 6.329 (7,16 %)	0	252 / 453 (55,63 %)	42 / 453 (9,27 %)	42 / 252 (16,67 %)
HSMDEF-DEFI-AGGW	705	51 / 1.390 (3,67 %)	0	23 / 51 (45,10 %)	4 / 51 (7,84 %)	4 / 23 (17,39 %)
HSMDEF-DEFI-REV	601	91 / 1.765 (5,16 %)	0	59 / 91 (64,84 %)	7 / 91 (7,69 %)	7 / 59 (11,86 %)
PM-GEBH	649	312 / 4.535 (6,88 %)	0	186 / 312 (59,62 %)	70 / 312 (22,44 %)	70 / 186 (37,63 %)
PM-NEO	476	259 / 2.977 (8,70 %)	0	241 / 259 (93,05 %)	39 / 259 (15,06 %)	39 / 241 (16,18 %)
HGV-HEP	1.149	1.245 / 13.983 (8,90 %)	0	876 / 1.245 (70,36 %)	152 / 1.245 (12,21 %)	152 / 876 (17,35 %)
HGV-OS-FRAK	1.038	424 / 5.180 (8,19 %)	0	317 / 424 (74,76 %)	65 / 424 (15,33 %)	65 / 317 (20,50 %)
KEP	1.016	740 / 9.492 (7,80 %)	0	545 / 740 (73,65 %)	59 / 740 (7,97 %)	59 / 545 (10,83 %)

* Angaben wegen nicht fristgerecht übermittelter einrichtungsbezogener Daten nach § 3 Abs. 2 Teil 2 DeQS-RL (nur QS WI) wurden miteinbezogen.

In dieser Tabelle wird das Verfahren NET-DIAL nicht berücksichtigt, da aufgrund noch bestehender Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Sollstatistik zum AJ 2023 festgelegt wurde, dass die Ergebnisse zum AJ 2023 im Bundesqualitätsbericht nicht veröffentlicht werden sollten.

Den Ergebnissen in den jeweiligen Modulen entsprechend zeigen sich auch die Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren in den Bundesländern äußerst heterogen. Liegt der Anteil rechnerischer

Auffälligkeiten an allen Indikatorergebnissen im Durchschnitt bei 7,79 % und schwankt lediglich zwischen 6,62 % (bundesbezogene Verfahren) und 9,35 % (Saarland), unterscheiden sich die weiteren Ergebnisse erheblich. Der Anteil der durchgeführten Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat einen Durchschnittswert von 77,32 %, liegt aber in einem Bereich zwischen 55,19 % (Baden-Württemberg) und 100 % (z. B. Brandenburg, Bremen, bundesbezogene Verfahren). Das heißt, in einigen Bundesländern wird nur bei etwas über der Hälfte der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Der Wert von über 100 % in einigen Bundesländern erklärt sich durch die Verwendung eines falschen Schlüsselwertes im Verfahren QS WI (oben bereits erläutert). Auch der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten variiert zwischen 3,61 % (Sachsen-Anhalt) und 45,83 % (bundesbezogene Verfahren) bei einem Durchschnitt von 19,34 %. Das deutet auf eine große Heterogenität in der Bewertung der Stellungnahmen zwischen den Bundesländern und auch den bundesbezogenen Verfahren hin (Tabelle 8).

Tabelle 8: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2023)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	2.507	1.619 / 19.062 (8,49 %)	0	1.115 / 1.619 (68,87 %)	269 / 1.619 (16,62 %)	269 / 1.115 (24,13 %)
Brandenburg*	440	325 / 3.851 (8,44 %)	0	325 / 325 (100,00 %)	49 / 325 (15,08 %)	49 / 325 (15,08 %)
Berlin*	592	311 / 4.155 (7,48 %)	2	231 / 313 (73,80 %)	36 / 313 (11,50 %)	36 / 231 (15,58 %)
Baden-Württemberg	1.859	828 / 12.492 (6,63 %)	0	457 / 828 (55,19 %)	136 / 828 (16,43 %)	136 / 457 (29,76 %)
Bremen	111	72 / 969 (7,43 %)	0	72 / 72 (100,00 %)	20 / 72 (27,78 %)	20 / 72 (27,78 %)
Hessen	1.104	593 / 8.337 (7,11 %)	0	415 / 593 (69,98 %)	159 / 593 (26,81 %)	159 / 415 (38,31 %)
Hamburg*	277	207 / 2.353 (8,80 %)	0	269 / 207 (129,95 %)	11 / 207 (5,31 %)	11 / 269 (4,09 %)
Mecklenburg-Vorpommern	337	232 / 2.744 (8,45 %)	0	163 / 232 (70,26 %)	51 / 232 (21,98 %)	51 / 163 (31,29 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Niedersachsen	1.311	912 / 10.937 (8,34 %)	0	903 / 912 (99,01 %)	238 / 912 (26,10 %)	238 / 903 (26,36 %)
Nordrhein-Westfalen	3.442	1.994 / 26.513 (7,52 %)	0	1.156 / 1.994 (57,97 %)	371 / 1.994 (18,61 %)	371 / 1.156 (32,09 %)
Rheinland-Pfalz	827	570 / 6.211 (9,18 %)	0	467 / 570 (81,93 %)	99 / 570 (17,37 %)	99 / 467 (21,20 %)
Schleswig-Holstein	480	317 / 3.607 (8,79 %)	66	253 / 383 (66,06 %)	33 / 383 (8,62 %)	33 / 253 (13,04 %)
Saarland	233	133 / 1.395 (9,53 %)	0	126 / 133 (94,74 %)	40 / 133 (30,08 %)	40 / 126 (31,75 %)
Sachsen	865	441 / 6.353 (6,94 %)	25	465 / 466 (99,79 %)	81 / 466 (17,38 %)	81 / 465 (17,42 %)
Sachsen-Anhalt*	475	332 / 3.703 (8,97 %)	0	337 / 332 (101,51 %)	12 / 332 (3,61 %)	12 / 337 (3,56 %)
Thüringen*	364	249 / 3.491 (7,13 %)	0	278 / 249 (111,65 %)	59 / 249 (23,69 %)	59 / 278 (21,22 %)
Bundesbezogene Verfahren	421	456 / 6.892 (6,62 %)	0	456 / 456 (100,00 %)	209 / 456 (45,83 %)	209 / 456 (45,83 %)
Gesamt	-	9.591 / 123.065 (7,79 %)	93	7.488 / 9.684 (77,32 %)	1.873 / 9.684 (19,34 %)	1.873 / 7.488 (25,01 %)

* Angaben wegen nicht fristgerecht übermittelter einrichtungsbezogener Daten nach § 3 Abs. 2 Teil 2 DeQSR-RL (nur QS WI) wurden miteinbezogen. Details sind im BQB zu QS WI zu finden.

Zum Auswertungsjahr 2023 wurden insgesamt 680 Maßnahmen der Stufe 1 initiiert, verteilt auf 515 Leistungserbringerergebnisse. Hinzu kommen 12 Leistungserbringerergebnisse, die nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig eingestuft wurden und bei denen weitere Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 notwendig waren, aber noch nicht eingeleitet wurden. Verteilt auf die einzelnen Maßnahmen der Stufe 1 ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 9):

Tabelle 9: Initiierung von Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 (AJ 2023)

Maßnahme der Maßnahmenstufe 1	Anzahl
Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	165
Teilnahme am Qualitätszirkel	11
Implementierung von Behandlungspfaden	155
Durchführung von Audits	3
Durchführung von Peer Reviews	0
Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	102
Sonstige	244
Gesamt	680

Peer-Review-Maßnahmen oder Audits wurden entweder gar nicht oder nur äußerst selten als Maßnahme empfohlen. Auch die Teilnahme an Qualitätszirkeln nimmt bei den Maßnahmen der Stufe 1 eine eher untergeordnete Rolle ein. Zu den sonstigen Maßnahmen der Stufe 1 gehörten häufig sog. Zielvereinbarungen zwischen den LAG und den Leistungserbringern.

Am häufigsten wurden Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 in den Modulen *KAROTIS* (34,48 %), *HSMDEF-HSM-IMPL* (37,41 %) und *HSMDEF-HSM-AGGW* (50,00 %) initiiert (Tabelle 10). Betrachtet man die Bundesländer, so liegt der Durchschnitt bei 22,00 %, der höchste Anteil an initiierten Maßnahmen bei 54,99 % in Nordrhein-Westfalen (Tabelle 11).

Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2023)

Auswertungsmodul	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
PCI	57 / 243 (23,46 %)	12 / 484 (2,48 %)	184 / 243 (75,72 %)
WI-HI-A	11 / 62 (17,74 %)	1 / 161 (0,62 %)	51 / 62 (82,26 %)
WI-HI-S	3 / 30 (10,00 %)	0 / 53 (0,00 %)	27 / 30 (90,00 %)
CHE	6 / 31 (19,35 %)	1 / 278 (0,36 %)	25 / 31 (80,65 %)
NET-NTX	0 / 5 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	5 / 5 (100,00 %)
NET-PNTX	0 / 3 (0,00 %)	0 / 16 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)

Auswertungsmodul	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
TX-HTX	0 / 3 (0,00 %)	0 / 0 (-)	3 / 3 (100,00 %)
TX-MKU	0 / 9 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	9 / 9 (100,00 %)
TX-LUTX	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
TX-LTX	0 / 5 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	5 / 5 (100,00 %)
TX-LLS	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
TX-NLS	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
KCHK-KC	0 / 16 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	16 / 16 (100,00 %)
KCHK-KC-KOMB	0 / 15 (0,00 %)	0 / 10 (0,00 %)	15 / 15 (100,00 %)
KCHK-AK-KATH	0 / 18 (0,00 %)	0 / 15 (0,00 %)	18 / 18 (100,00 %)
KCHK-AK-CHIR	0 / 7 (0,00 %)	0 / 18 (0,00 %)	7 / 7 (100,00 %)
KCHK-MK-KATH	0 / 101 (0,00 %)	0 / 121 (0,00 %)	101 / 101 (100,00 %)
KCHK-MK-CHIR	0 / 26 (0,00 %)	0 / 37 (0,00 %)	26 / 26 (100,00 %)
KAROTIS	10 / 29 (34,48 %)	4 / 142 (2,82 %)	19 / 29 (65,52 %)
CAP	85 / 305 (27,87 %)	28 / 608 (4,61 %)	220 / 305 (72,13 %)
MC	30 / 106 (28,30 %)	15 / 392 (3,83 %)	76 / 106 (71,70 %)
GYN-OP	18 / 62 (29,03 %)	7 / 447 (1,57 %)	44 / 62 (70,97 %)
DEK	23 / 197 (11,68 %)	9 / 347 (2,59 %)	169 / 197 (85,79 %)
HSMDEF-HSM-IMPL	52 / 139 (37,41 %)	1 / 275 (0,36 %)	87 / 139 (62,59 %)

Auswertungsmodul	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
HSMDEF-HSM-AGGW	7 / 14 (50,00 %)	1 / 39 (2,56 %)	7 / 14 (50,00 %)
HSMDEF-HSM-REV	2 / 8 (25,00 %)	0 / 67 (0,00 %)	6 / 8 (75,00 %)
HSMDEF-DEFI-IMPL	13 / 42 (30,95 %)	0 / 210 (0,00 %)	29 / 42 (69,05 %)
HSMDEF-DEFI-AGGW	1 / 4 (25,00 %)	0 / 19 (0,00 %)	3 / 4 (75,00 %)
HSMDEF-DEFI-REV	1 / 7 (14,29 %)	0 / 52 (0,00 %)	6 / 7 (85,71 %)
PM-GEBH	25 / 70 (35,71 %)	0 / 116 (0,00 %)	45 / 70 (64,29 %)
PM-NEO	10 / 39 (25,64 %)	0 / 202 (0,00 %)	29 / 39 (74,36 %)
HGV-HEP	28 / 152 (18,42 %)	16 / 722 (2,22 %)	124 / 152 (81,58 %)
HGV-OSFRAK	17 / 65 (26,15 %)	2 / 252 (0,79 %)	47 / 65 (72,31 %)
KEP	13 / 59 (22,03 %)	10 / 486 (2,06 %)	46 / 59 (77,97 %)

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2023)

Bundesland	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
Bayern	29 / 269 (10,78 %)	35 / 846 (4,14 %)	240 / 269 (89,22 %)
Brandenburg	2 / 49 (4,08 %)	0 / 276 (0,00 %)	47 / 49 (95,92 %)
Berlin	0 / 36 (0,00 %)	0 / 182 (0,00 %)	36 / 36 (100,00 %)
Baden-Württemberg	0 / 136 (0,00 %)	0 / 321 (0,00 %)	136 / 136 (100,00 %)
Bremen	5 / 20 (25,00 %)	0 / 52 (0,00 %)	15 / 20 (75,00 %)

Bundesland	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
Hessen	65 / 159 (40,88 %)	5 / 256 (1,95 %)	93 / 159 (58,49 %)
Hamburg	1 / 11 (9,09 %)	0 / 258 (0,00 %)	10 / 11 (90,91 %)
Mecklenburg-Vorpommern	7 / 51 (13,73 %)	0 / 112 (0,00 %)	44 / 51 (86,27 %)
Niedersachsen	66 / 238 (27,73 %)	1 / 665 (0,15 %)	171 / 238 (71,85 %)
Nordrhein-Westfalen	204 / 371 (54,99 %)	66 / 785 (8,41 %)	167 / 371 (45,01 %)
Rheinland-Pfalz	0 / 99 (0,00 %)	0 / 368 (0,00 %)	99 / 99 (100,00 %)
Schleswig-Holstein	3 / 33 (9,09 %)	0 / 220 (0,00 %)	24 / 33 (72,73 %)
Saarland	21 / 40 (52,50 %)	0 / 86 (0,00 %)	19 / 40 (47,50 %)
Sachsen	9 / 81 (11,11 %)	0 / 384 (0,00 %)	72 / 81 (88,89 %)
Sachsen-Anhalt	0 / 12 (0,00 %)	0 / 322 (0,00 %)	12 / 12 (100,00 %)
Thüringen	0 / 59 (0,00 %)	0 / 219 (0,00 %)	59 / 59 (100,00 %)
Bundesbezogene Verfahren	0 / 209 (0,00 %)	0 / 229 (0,00 %)	209 / 209 (100,00 %)
Gesamt	412 / 1.873 (22,00 %)	107 / 5.581 (1,92 %)	1.453 / 1.873 (77,58 %)

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, qualitative (auffälliger Indikatorwert)	Bewertung der Versorgungsqualität von Leistungserbringerergebnissen auf Grundlage eines Stellungnahmeverfahrens und einer Begutachtung durch Expertinnen und Experten, wenn diese Versorgungsqualität ein Qualitätsziel verfehlt. Stellungnahmeverfahren werden mit Leistungserbringern geführt, die rechnerisch auffällige Ergebnisse aufweisen.
Auffälligkeit, rechnerische (auffälliger Indikatorwert)	Bewertung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers auf Grundlage des Ergebnisses eines Qualitätsindikators für diesen Leistungserbringer, wenn dieses außerhalb des Referenzbereichs liegt. Eine weiterentwickelte Methodik, die dabei die statistische Unsicherheit berücksichtigt, wird bereits im QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)</i> angewendet.
Auffälligkeitskriterien	Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Die Daten jedes Leistungserbringers werden anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten QS-Daten geprüft. Es werden zwei Arten unterschieden: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.
Auswertungsjahr	Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die zugehörigen Zwischenberichte werden dem Auswertungsjahr des Jahresberichts zugeordnet. Standardmäßig wird im Auswertungsjahr das Stellungnahmeverfahren durchgeführt.
Basisdatensatz	Der Basisdatensatz stellt einen dokumentationspflichtigen Behandlungsfall dar, welcher kein Minimaldatensatz ist. Ein Basisdatensatz kann pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt (stationär) bzw. Behandlungsquartal (ambulant) einmal dokumentiert werden, auch wenn die Patientin oder der Patient in diesem Zeitraum mehrere Prozeduren erhält.
Berichtszeitraum	Zeitraum, zu dem für einen Qualitätsindikator bzw. eine Kennzahl eine Auswertung erfolgt bzw. über den berichtet wird. In Bezug auf einen Bericht umfasst der Berichtszeitraum die Gesamtheit der berichteten indikator- bzw. kennzahl-spezifischen Berichtszeiträume. Die Vergleichswerte (Vorjahre) werden mit dem Begriff Vergleichszeitraum adressiert. Bei Follow-up-Verfahren umfasst der Berichtszeitraum den Zeitraum ab dem Erfassungsjahr der Entlassung (Index-/Ersteingriff) bis zum Jahr des erforderlichen Folgeereignisses.
Best practice	Instrument des Qualitätsmanagements für die Ermittlung und Bereitstellung der jeweils besten bzw. erfolgreichen Methoden oder Verfahren für die Erreichung eines bestimmten Qualitätsziels. Nach der DeQS-RL kann ein Stellungnahmeverfahren zu diesem Zweck auch bei auffällig guten Ergebnissen geführt werden.

Begriff	Erläuterung
Datenfeld	Kleinste auswertungsfähige Einheit eines Datensatzes mit für die Qualitätssicherung erforderlichen Informationen (z. B. Angabe des Datums der Prozedur).
Datenquelle	Stelle, an der Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erfasst werden. Zurzeit stehen u. a. folgende Datenquellen zur Verfügung: Dokumentation der Leistungserbringer (fallbezogen und einrichtungsbezogen), Sozialdaten bei den Krankenkassen und Befragung von Patientinnen und Patienten.
Datensatz	Der Begriff hat mehrere Bedeutungen im Kontext der Qualitätssicherung: 1. eine in einer direkten Beziehung zueinander stehende Menge von Daten(-feldern), die einem Behandlungsfall bzw. einer Prozedur zuordenbar ist (bspw. ein Dokumentationsbogen); 2. Datei, die mehrere Einzeldatensätze übergreift, bspw. ein von einer Krankenkasse übermittelter Sozialdatensatz; 3. Spezifizierung der Auswahl und ggf. Verknüpfung zu erfassender Daten (bspw. hinsichtlich QS-Dokumentation, Sozialdaten, klinische Krebsregister).
Erfassungsinstrument	Instrument zur strukturierten Erfassung und Nutzbarmachung von Daten für die Qualitätssicherung. Beispiele sind Dokumentationsbögen zur Datenerhebung durch die Leistungserbringer (QS-Dokumentation), Fragebögen zur Datenerhebung bei Patientinnen und Patienten sowie technische Spezifikationen zur Erhebung von Routinedaten (z. B. aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen).
Erfassungsjahr	Jahr, zu dem Qualitätssicherungsdaten für die Auswertung erfasst wurden. Bei den meisten QS-Verfahren entspricht dies dem Jahr, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen wurde (dadurch sind sogenannte Überlieger berücksichtigt); bei ambulanten Fällen sind Aufnahmejahr und Entlassungsjahr identisch, weil Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgt.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt unter anderem den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und beschließt die Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §§ 136 ff. SGB V.
Grundgesamtheit	Gibt alle für die Auswertung eines Indikators relevanten Behandlungsfälle an, für welche die Dokumentationspflicht ausgelöst wurde (ohne Minimaldatensätze). Sie kann von Indikator zu Indikator variieren, weil sich die Indikatoren jeweils auf eine ausgewählte Patientengruppe beziehen und nur diese in die Auswertung eingeschlossen wird. In die Grundgesamtheit können Daten aus verschiedenen Quellen (Qualitätssicherungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Daten aus der Patientenbefragung) eingehen.
Indikatorwert	Zahlenwert eines Indikators (Punktschätzer), der durch Anwendung der Rechenregeln eines Qualitätsindikators auf die jeweiligen Daten resultiert.
Kennzahl	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahl, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an, z. B. zu Teilpopulationen der Grundgesamtheit. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.

Begriff	Erläuterung
Leistungserbringer	Einrichtung, die für Patientinnen und Patienten medizinisch-pflegerische Leistungen ambulant (z. B. Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren) oder stationär (z. B. Krankenhäuser) erbringt und deren Qualität durch die externe gesetzliche Qualitätssicherung erfasst werden soll (z. B. die rechtzeitige Behandlung nach einer Fraktur). Vertragsärztliche Einrichtungen werden durch eine Betriebsstättennummer (BSNR) und Krankenhäuser durch ein Institutionskennzeichen (IKNR) bzw. Krankenhausstandorte über die Standortnummer/-ID identifiziert.
Minimaldatensatz (MDS)	Datensatz, der angelegt werden muss, wenn ein Leistungserbringer einen Dokumentationsbogen für einen Behandlungsfall ausnahmsweise nicht abschließen kann, wenn z. B. ein Eingriff abgebrochen werden musste. Er wird zusammen mit den abgeschlossenen Dokumentationsbögen dafür benötigt, bei einem QS-Verfahren die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze im Abgleich mit der Sollstatistik festzustellen. Er geht nicht in die Auswertung der Qualitätsindikatoren ein.
O, E, N (O/N, O/E, E/N)	<p>O (observed) bezeichnet die Anzahl der beobachteten Zählerereignisse. Der Quotient O/N ist die beobachtete Rate (z. B. Anteil der Fälle mit Komplikationen) und wird in Prozent ausgedrückt. Das Ergebnis eines ratenbasierten Qualitätsindikators ist eine solche beobachtete Rate.</p> <p>E (expected) bezeichnet bei risikoadjustierten Indikatoren die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen (z. B. Komplikationen). Das Ergebnis des Qualitätsindikators ist in diesem Fall der Quotient O/E aus beobachteter und erwarteter Anzahl an Ereignissen. Ein Wert von $O/E = 2$ bedeutet, dass doppelt so viele Ereignisse eingetreten sind, wie unter Berücksichtigung der Patientencharakteristika erwartet. Zusätzlich zu O/N und O/E wird auch der Quotient E/N dargestellt, also die erwartete Rate an interessierenden Ereignissen (in Prozent). E/N ist ein Maß für das durchschnittliche Risiko der behandelten Patientinnen und Patienten.</p> <p>N bezeichnet die Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit.</p>
Patient-Reported Experience Measure (PREM)	Instrument zur Messung von patientenberichteten Erfahrungen, meist ein Fragebogen. Bei patientenberichteten Erfahrungen (PRE) kann es sich z. B. um Wartezeit, das Stattfinden eines Aufklärungsgesprächs oder um die Kommunikation mit Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal handeln.
Patient-Reported Outcome Measure (PROM)	Instrument zur Messung von patientenberichteten Ergebnissen der Versorgung (Outcomes), meist ein Fragebogen. Bei patientenberichteten Outcomes (PRO) kann es sich z. B. um Schmerzen, Angstempfinden oder die allgemeine Gesundheitswahrnehmung handeln.
Perzentile	Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Leistungserbringerergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Leistungserbringer verwendet. Die Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte in 100 gleich große Bereiche. Das x-te Perzentil der Leistungserbringerergebnisse ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens x % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind. Liegen bspw. 1.000 der Größe nach geordnete Ergebniswerte vor, so entspricht der 250. Wert dem 25. Perzentil.

Begriff	Erläuterung
Qualitätsindikator	Quantitative Größe, die Aussagen über die Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen mittels eines Messverfahrens und eines Bewertungskonzepts ermöglicht. Qualitätsindikatoren umfassen die drei Komponenten Qualitätsmerkmal, Operationalisierung und Bewertungskonzept.
Qualität	Grad, in dem Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllen. Mit Objekt sind dabei bspw. auch Dienstleistungen wie eine medizinische Behandlung gemeint.
Qualitätsmessung	Empirische Beschreibung der Erfüllung von Anforderungen anhand von Qualitätsindikatoren.
Qualitätssicherung	Unter Qualitätssicherung im Gesundheitswesen werden hier alle Prozesse und Maßnahmen verstanden, durch die die Qualität der Versorgung gewährleistet oder verbessert werden soll.
Qualitätssicherung, externe	Prozesse und Maßnahmen, durch die für ausgewählte Versorgungsbereiche die Qualität der teilnehmenden Einrichtungen bewertet wird und ggf. Handlungskonsequenzen aus den Ergebnissen initiiert werden. Externe Qualitätssicherung wird in der Regel einrichtungsübergreifend durchgeführt und mit einem Feedback an die teilnehmenden Einrichtungen verbunden.
Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren)	Vom G-BA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
Qualitätsziel	Anforderung an Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgungsleistung. Ein Qualitätsziel gibt die gewünschte Richtung der Ergebnisse eines Qualitätsindikators vor (z. B. „Die Sterblichkeit nach elektiver Hüftendoprothesenversorgung soll möglichst niedrig sein“).
QS-Filter	Algorithmus, der mittels bestimmter Ein- und Ausschlusskriterien festlegt, welche Patientinnen und Patienten und deren Daten in einem QS-Verfahren durch die Leistungserbringer dokumentiert werden müssen. Nur wenn bspw. im Krankenhaus ein Behandlungsfall jedes der in der QS-Filter-Software definierten Kriterien erfüllt, wird er auch dokumentiert und geht somit in die Grundgesamtheit eines Qualitätsindikators ein. Auslösekriterien sind bspw. Diagnose- sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel (ICD, OPS) sowie zur zeitlichen Zuordnung das Aufnahmedatum, Behandlungsdatum bzw. Entlassdatum.
Referenzbereich	Der Bereich auf der Messskala eines Qualitätsindikators, der ein bestimmtes Qualitätsniveau repräsentiert. Ein Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein Qualitätsmerkmal dar (z. B. „Eine Komplikationsrate unter 5 % entspricht erwartbarer Qualität“).
Referenzwert	Der Referenzwert eines Indikators ist die Grenze des Referenzbereiches, die die Indikatorergebnisse in rechnerisch auffällige und unauffällige Ergebnisse

Begriff	Erläuterung
	unterteilt. Referenzwerte werden entweder evidenzbasiert als feste Größe oder datengestützt auf Basis der Verteilung der Ergebnisse (als Perzentil – perzentilbasierte Referenzbereiche) festgelegt
Sentinel Event	Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) von besonderer Bedeutung. Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Stellungnahmeverfahren nach sich zieht.
Sollstatistik	Aufstellung, aus der auf Basis der Abrechnungsdaten die Zahl der dokumentationspflichtigen Fälle pro QS-Verfahren (Soll) für ein Erfassungsjahr hervorgeht. Sie ermöglicht durch Abgleich mit der Anzahl der tatsächlich übermittelten Datensätze eines Leistungserbringers eine Aussage über deren Vollständigkeit.
Sozialdaten bei den Krankenkassen	Daten, die die Krankenkassen nach § 284 SGB V erheben und speichern. Dazu gehören u. a. Abrechnungsdaten für medizinische Behandlungen und Versichertenstammdaten. Nach § 299 Abs. 1a SGB V dürfen diese in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung genutzt werden.
Standort	<p>Eine insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht abgegrenzte stationäre oder ambulante Versorgungseinheit eines Krankenhauses, deren medizinisch-pflegerische Leistungen bzw. deren Qualität durch die externe gesetzliche Qualitätssicherung erfasst werden kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein <i>entlassender Standort</i> übermittelt das Soll aller dokumentationspflichtigen Fälle auf Basis der Patientinnen und Patienten nach Beendigung einer medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistung (Sollstatistik). ▪ Für die Abrechnung dieser Behandlungsfälle zuständig ist der <i>abrechnende Standort</i>; üblicherweise ist er identisch mit dem entlassenden Standort. ▪ Die Qualitätsbewertung für medizinisch-pflegerische Leistungen erfolgt für den <i>ausgewerteten Standort</i>, der für jedes QS-Verfahren festgelegt ist. Dieser kann <ul style="list-style-type: none"> ▫ der aufnehmende Standort, ▫ der behandelnde (z. B. operierende) Standort, ▫ der diagnostizierende Standort oder ▫ der entlassende Standort <p>sein.</p>
Stellungnahmeverfahren	(Mehrstufiges) Verfahren, bei dem Leistungserbringer die Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten, wenn ihre Ergebnisse in Auswertungen rechnerisch auffällig sind. Dabei wird anhand von schriftlichen Stellungnahmen, der Durchführung von Gesprächen und von Begehungen geprüft, ob eine rechnerisch ermittelte Auffälligkeit auf qualitative Ursachen, z. B. Struktur- und Prozessmängel, zurückzuführen ist oder z. B. durch Einzelfälle, Dokumentationsfehler oder Softwarefehler erklärbar ist. Das Verfahren kann auch eingeleitet werden, wenn ein Leistungserbringer auffällig gute Ergebnisse hat oder in den Vorjahren wiederholt auffällig war. Können Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren nicht hinreichend aufgeklärt werden, kann sich die Einleitung von qualitätssichernden Maßnahmen anschließen.

Begriff	Erläuterung
Tracer-Operationen	<p>Operationen, die im Rahmen des Verfahrens QS WI nachbeobachtet werden, um die Rate der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eines Leistungserbringers zu ermitteln. Für das QS-Verfahren wurden Tracer-Operationen aus den folgenden acht Fachgebieten ausgewählt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgie/Allgemeinchirurgie ▪ Gefäßchirurgie ▪ Viszeralchirurgie ▪ Orthopädie/Unfallchirurgie ▪ plastische Chirurgie ▪ Gynäkologie und Geburtshilfe ▪ Urologie ▪ Herzchirurgie (ausschließlich stationär)
Transparenzkennzahl	<p>Berichts- bzw. veröffentlichungspflichtige Kennzahl, die ohne direkten Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator über weitere wesentliche Aspekte der Versorgungsgeschehen einer einzelnen Einrichtung oder einrichtungsübergreifend informiert.</p>
Validität	<p>Integriertes bewertendes Urteil über das Ausmaß, in dem die Angemessenheit und die Güte von Interpretationen und Maßnahmen auf Basis von Testwerten oder anderen diagnostischen Verfahren durch empirische Belege und theoretische Argumente gestützt sind. Validität beschreibt z. B., ob ein Indikator das misst, was er messen soll.</p>
Versorgungsqualität	<p>Grad, in dem die Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen und Populationen Anforderungen erfüllt, die patientenzentriert sind und mit professionellem Wissen übereinstimmen</p>
Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)	<p>Bereich um einen empirisch bestimmten Wert (z. B. Indikatorwert), innerhalb dessen unter Berücksichtigung aller zufälligen Einflüsse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (meist festgelegt als 95 %) der zugrunde liegende Wert liegt.</p>
Zähler	<p>Der Zähler gibt an, bei wie vielen Fällen aus der Grundgesamtheit das für die Auswertung des Indikators interessierende Ereignis (z. B. das Auftreten von Komplikationen) zutrifft.</p>
Zähleistungsbereich	<p>Teilmengen eines QS-Verfahrens, bei dem verschiedene Operationen über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen erfasst werden (bspw. Hüftendoprothesenversorgung). Die Definition und Erfassung der Teilmenge in der Sollstatistik ermöglicht den jeweiligen Soll-Ist-Abgleich. Es kann zudem für jeden Leistungserbringer erfasst werden, wie häufig es vorkommt, dass während einer medizinischen Behandlung verschiedene Operationen vorgenommen werden, wenn bspw. bei einer Hüftendoprothesenversorgung sowohl eine Implantation als auch ein Wechseleingriff erfolgt.</p>