

**IQTIG**

Institut für  
Qualitätssicherung  
und Transparenz im  
Gesundheitswesen

# Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung

Indikatorensets der Verfahren *QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK* und  
*QS HGV*

**Stellungnahmen zum Vorbericht**

## Informationen zum Bericht

### BERICHTSDATEN

---

**Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV. Stellungnahmen zum Vorbericht**

Ansprechperson Dr. Kathrin Wehner

Datum der Abgabe 14. Juni 2024

### AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren

Datum des Auftrags 19. Januar 2023

## Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

### **Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen**

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- Wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaften:
  - Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)
  - Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V. (DGS)/Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
  - Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e. V. (DGK)
  - Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
  - Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP)
- Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V (PatV)
- Robert Koch-Institut (RKI)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)

### **Weitere stellungnahmeberechtigte Organisationen und Institutionen**

- Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik (AE) e. V.
- Landesarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg (LAG BW)
- Landesarbeitsgemeinschaften Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein (LAG BY, HE, MV, RP, SL, SH)
- Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen (LAG NI)
- Landesarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen, Standort Düsseldorf und Standort Münster (LAG NRW)
- Landesarbeitsgemeinschaft Sachsen (LAG SN)

### **Stellungnahmen der Mitglieder der Expertengremien**

- Prof. Dr. med. Hansjörg Heep
- Dr. med. Tanja Kostuj
- Catherine Pott
- Prof. Dr. med. Gernold Wozniak

# **Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen**



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Vorbericht des IQTIG „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“

Berlin, 04.04.2024

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 23.02.2024 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Absatz 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Vorbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“ aufgefordert.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Vorbericht wie folgt Stellung:

## **Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen**

### **1 Einleitung**

Am 19. Mai 2022 beauftragte der G-BA das IQTIG, die QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie, Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren und Knieendoprothesenversorgung zu überprüfen und Empfehlungen zur Überarbeitung, Aussetzung oder Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren (QI) oder der gesamten QS-Verfahrens abzugeben. Der Abschlussbericht lag am 19.07.2023 vor. Auf Basis dieses so genannten Modellvorhabens beauftragte der G-BA das IQTIG am 19. Januar 2023 mit der Überarbeitung der restlichen 12 Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung der DeQS-RL. Der vorliegende Vorbericht enthält die Weiterentwicklungsergebnisse zu den ersten sechs dieser 12 QS-Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen, Ambulant erworbene Pneumonie, Mammachirurgie, Karotis-Revaskularisation, Dekubitusprophylaxe und Hüftgelenkversorgung.

In Ergänzung zur ersten Beauftragung umfasste der Auftrag vom 19. Januar 2023 auch die Überprüfung, wie neben der händischen Dokumentation „weitere Aufwände“ reduziert werden können. Nicht Gegenstand des Vorberichts ist ein am 02.11.2022 vom G-BA beauftragtes Konzept zur „Integration von Sozialdaten in den Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)“ sowie ein am 06.12.2023 vom G-BA beauftragtes „Stichprobenkonzept zur Weiterentwicklung aller QS-Verfahren“.

Eine systematische Betrachtung der existierenden Qualitätsdefizite in den sechs betroffenen Versorgungsbereichen sei im Rahmen des vorliegenden Berichts nach Angaben des IQTIG nicht möglich gewesen, da für die bestehenden Verfahren kein IQTIG-Qualitätsmodell vorliegt. Eine Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren sei ebenfalls nicht im Vorbericht enthalten.

Das IQTIG versteht die Prüfung der Qualitätsindikatoren anhand ihres Aufwand-Nutzen-Verhältnisses als Evaluation der Messinstrumente. Eine Evaluation der sich an die Qualitätsmessung anschließenden Maßnahmen, wie sie das Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL vorsieht, sei nicht Teil dieser Beauftragung. Hierfür müsse eine gesonderte Beauftragung durch den G-BA erfolgen. Allerdings enthält der aktuelle G-BA-Auftrag neben der Vorlage von konkreten Empfehlungen zur Überarbeitung, Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder ganzen QS-Verfahren auch die Vorlage von Kriterien und Kategorien für die „Datenbewertungen“ der Indikatoren.

### **2 Methodisches Vorgehen**

Wie bereits im Bericht zu den drei Modellvorhaben orientiert sich die Überprüfung des Nutzens der bestehenden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der sechs QS-Verfahren gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG an den Eignungskriterien für das Qualitätsziel (des dazugehörigen Qualitätsmerkmals):

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten,
- Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal,
- Potenzial zur Verbesserung,
- Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer,

- Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss.

und an den Eignungskriterien für die Qualitätsmessung/Operationalisierung:

- Objektivität der Messung,
- Datenqualität,
- Reliabilität der Messung,
- Validität der Messung.

Zusammengefasst habe ein Indikator dann einen hohen Nutzen, wenn er „ein Merkmal mit hohem potenziellen Patientennutzen möglichst gut operationalisiert“.

Zu den Eignungskriterien des Bewertungskonzepts gemäß den methodischen Grundlagen des IQTIG zählen:

- Angemessenheit des Referenzbereichs,
- Klassifikationsgüte,
- Angemessenheit der Risikoadjustierung.

Da die geplante Umstellung der Auswertung der QS-Verfahren der DeQS-RL auf eine statistische Methodik noch ausstehe, seien von diesen Eignungskriterien im vorliegenden Bericht die Angemessenheit des Referenzbereichs und die Klassifikationsgüte nicht bewertet worden.

Für jeden Indikator der sechs QS-Verfahren enthält der Vorbericht Empfehlungen für die Datenerhebung:

- Fortführen (ggf. mit Anpassung),
- Unterbrechen (ggf. mit Anpassung),
- Beenden,

bzw. das Stellungnahmeverfahren

- Fortführen,
- Vorübergehendes Aussetzen (ggf. mit Anpassung),
- Abschaffen.

Die Empfehlungen sind mit Zeitplänen in einem eigenen Anhang zum Bericht angefügt. Zusätzlich wurde für jeden Indikator, dessen Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet erscheint, ein Ersatz durch Sozialdaten geprüft.

Die Eignungskriterien der Qualitätsmerkmale/Indikatoren und Kennzahlen (Indikatoren ohne Referenzbereich und ohne Stellungnahmeverfahren) wurden in Analogie zum ersten Weiterentwicklungsbericht operationalisiert durch Leitfragen mit Antwortkategorien und Kennzahlen (nicht zu verwechseln mit den erstgenannten Kennzahlen).

Da eine repräsentative Patientenbefragung im Rahmen des Auftrags zu aufwändig gewesen wäre, wurde das Kriterium „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“ durch das IQTIG selbst bewertet. Das Kriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ wurde auf Basis einer Evidenzrecherche der Literatur in einem vorgegebenen Algorithmus ausgewertet. Für das Kriterium „Potenzial zur Verbesserung“ wurden drei Kennzahlen berechnet und in Kategorien eingeteilt und das jeweils beste Ergebnis gewertet. „Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer“ und „Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss“ wurden durch Leitfragen bewertet.

Für die Objektivität kamen eine Kennzahl und zwei Leitfragen, für die Datenqualität eine Kennzahl und eine Leitfrage, für die Reliabilität eine Leitfrage und für die Validität vier Leitfragen und eine Kennzahl zur Anwendung. Für die Angemessenheit der Risikoadjustierung wurde eine Leitfrage eingesetzt.

Die Aufwandsmetrik für die Datenerfassung war schon im ersten Bericht vorgestellt worden. Je nach Höhe errechneter sogenannter „Aufwandseinheiten“ wurde die Praktikabilität eines Indikators in Kategorien eingeteilt. Für jeden Indikator und jede Kennzahl folgen Überlegungen zur Abbildbarkeit durch Sozialdaten sowie eine abschließende Aufwand-Nutzen-Betrachtung.

Neu beauftragt gegenüber dem ersten Weiterentwicklungsbericht waren „Kriterien und ggf. Kategorien für Datenbewertungen der jeweiligen Indikatoren.“ Das Vorgehen und die Methodik bei der Ableitung dieser Bewertungskriterien in Zusammenarbeit mit den zuständigen Expertengremien des IQTIG und den LAG-Geschäftsstellen wird im Vorbericht beschrieben. Der fertige Kriterienkatalog wird aber erst mit dem Abschlussbericht vorgelegt werden.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

*Im Kapitel 2 und im Anhang ist von „Fortführen“, „Anpassen“ und „Beenden“ der Indikatoren die Rede, in Kapitel 3 von „Weiterführen“, „Überarbeiten“ und „Abschaffen“. Im Bericht wird zudem z. T. statt „Überarbeiten“ auch der Begriff „Weiterentwickeln“ verwendet (z. B. S. 385). Eine einheitliche Bezeichnung im gesamten Bericht wäre wünschenswert.*

## **Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen**

### **3 QS-Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)**

Wegen inhaltlicher Redundanz mit anderen Indikatoren wird empfohlen, drei Kennzahlen zur tiefen Wundheilungsstörung abzuschaffen. Wegen geringem Verbesserungspotenzial seien auch die drei QI zur Endokarditis abzuschaffen. Die drei QI zur Rehospitalisierung wegen Herzinsuffizienz seien zu überarbeiten wegen der bekannten niedrigen Validität.

Sechs QI zur Sterblichkeit im Krankenhaus seien abzuschaffen wegen Redundanz sowie sechs Kennzahlen zur Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektivem Eingriff wegen geringem Verbesserungspotenzial bzw. niedriger Validität. Die sechs QI zur Sterblichkeit innerhalb eines Jahres sollen als Kennzahl weitergeführt werden.

In der Summe sind je neun Qualitätsindikatoren und Kennzahlen abzuschaffen, sechs Qualitätsindikatoren in Kennzahlen umzuwandeln, drei Qualitätsindikatoren zu überarbeiten und 39 Qualitätsindikatoren weiterzuführen

Seite 72: „Um die Lesbarkeit des Kapitels zum Verfahren QS KCHK zu erhöhen, werden dabei Indikatoren, die sich auf das gleiche oder ein sehr ähnliches Qualitätsmerkmal beziehen, in einem gemeinsamen Abschnitt behandelt“

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Tatsächlich ist die Lesbarkeit der Texte zum QS-Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen erschwert, da die Qualitätsindikatoren in der Übersichtstabelle 11, im laufenden Text, Seite 84 bis 137, sowie im Anhang D1 jeweils nach unterschiedlicher Logik (Qualitätsmerkmal/Modul oder Modul/Qualitätsindikator) angeordnet sind.*

*Detailhinweise:*

- *Anhang Seite 69  
Die Zeile „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ in Tabelle 10 ist redundant zu Seite 71.*
- *Seite 105  
Die Indikatoren zum Schlaganfall sind der Qualitätsdimension Patientensicherheit zugeordnet. Widerspruch zu Tabelle 10: Hier sind sie der Wirksamkeit zugeordnet.*
- *Seite 131  
Die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer wird als eher niedrig eingestuft, da der Tod*

*dem Indexereignis häufig nicht zugeschrieben werden könne. Es erscheint unplausibel, dass die Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss gleichzeitig als hoch angesehen werden kann, da der Leistungserbringer die Möglichkeit habe, „das Ergebnis zu analysieren und mögliche Defizite im Behandlungsprozess mittels Implementierung von Maßnahmen entgegenzuwirken“.*

#### **4 QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)**

Für das QS-Verfahren CAP werden vielfältige methodische Probleme beschrieben. Es beginnt mit dem QS-Filter, mit dem sich aus anderen Krankenhäusern verlegte Patientinnen und Patienten mit nosokomialen Infektionen nicht sicher ausschließen lassen. Andererseits würden fälschlicherweise die innerhalb eines Standortes in die Frührehabilitation verlegten Fälle ausgeschlossen. Es wird daher u. a. die Einführung neuer klarstellender Datenfelder empfohlen.

Den sieben Qualitätsindikatoren werden zwar hohe Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals bescheinigt, aber auch Probleme bei der Operationalisierung wegen mittlerer oder niedriger Datenqualität bzw. Validität, u. a. unter Bezugnahme auf schlechte Ergebnisse der Datenvalidierung 2016.

Das IQTIG macht diverse Änderungsvorschläge, z. B. zu Datenfeldänderungen und Rechenregeln und empfiehlt eine baldige erneute Datenvalidierung. Für vier von sieben Indikatoren wird eine Überarbeitung empfohlen. Wie im Anhang mit Zeitplanung angegeben, soll bei zu überarbeiteten Indikatoren die Datenerhebung weiter erfolgen, das Stellungnahmeverfahren aber vorübergehend ausgesetzt werden.

*Kommentar Bundesärztekammer:*

*Bei in der Summe relativ hohem Dokumentationsaufwand in diesem QS-Verfahren zeigt sich augenscheinlich in der Praxis, dass sich einige klinische Befundkonstellationen schwer adäquat im QS-Datensatz abbilden lassen. Die geschilderte Problematik und die Lösungsvorschläge des IQTIG sind nachvollziehbar. Ob sich damit die Probleme völlig beheben lassen, darf aber bezweifelt werden.*

*Im Zusammenhang mit dem Indikator QI 2036 (Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung) wird empfohlen, für Sauerstoffsättigung, Blutdruck, Herzfrequenz, Atemfrequenz und Blutdruck statt der jetzigen Datenfelder mit Kategorien im Datensatz zukünftig die „konkreten Werte“ abzufragen, nicht zuletzt um die Überprüfbarkeit bei der Datenvalidierung zu erleichtern. Das würde den Erhebungsaufwand für dieses QS-Verfahren zweifellos stark erhöhen. Dieser Ansatz, eine Datenerhebung bewusst komplexer und pseudogenauer zu gestalten mit dem alleinigen Ziel der besseren Überprüfbarkeit wird von der Bundesärztekammer abgelehnt. Es sollte eher im Vordergrund der Bemühungen stehen, die für den klinischen Sprachgebrauch eindeutige Formulierung der Datenfelder zu optimieren. Da das Indikatorenset fast ausschließlich spezifische klinische Prozesse abdeckt, ist ein Ersatz der händischen Dokumentation durch Sozialdaten bei den Kassen leider nicht möglich.*

*Hinweise:*

- Seite 147  
QI 2055: Datenqualität = hoch, Widerspruch zu Tabelle 13 Datenqualität = mittel
- Seite 161  
QI 2028: Datenqualität = niedrig, Widerspruch zu Tabelle 13: Datenqualität= mittel
- Seite 164  
QI 2036: Datenqualität = niedrig, Widerspruch zu Tabelle 13 Datenqualität= mittel
- Seite 172  
QI 50722: Aufwand = eher hoch, fehlt in Tabelle 13.

## 5 QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC)

Bei den QI 52267 und 52278 zur HER2-Positivitätsrate kommt das IQTIG zum Schluss, dass die QI-Ergebnisse nicht eindeutig vom LE beeinflussbar seien. Zum einen könne die Bestimmung auf dem Befund einer präoperativen Stanzbiopsie beruhen, für den das Krankenhaus nicht verantwortlich gemacht werden kann. Zum anderen könnten die Ergebnisse zufallsbedingte Schwankungen enthalten. Somit seien bei diesen QI Beeinflussbarkeit und Validität nicht gegeben. Die QI seien deshalb abzuschaffen.

Abzuschaffen wegen geringem Verbesserungspotenzial sei auch der zuletzt als Sentinel-Event-QI geführte Indikator „Primäre Axilladisektion bei DCIS“.

Bei QI 51730 (Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation) wird „in Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene angeregt, einen weiteren Qualitätsindikator zu entwickeln, der einen hohen zeitlichen Abstand zwischen Diagnosestellung und der Operation misst.“

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Es handelt sich um keine neue Idee. Es ist in der Diskussion darauf zu achten, die gesamte Historie der Indikatoren im Blick zu haben. Bis zum Jahre 2011 war der entsprechende QI (50175) konstruiert mit dem Qualitätsziel eines „angemessenen Zeitabstands zwischen prätherapeutischer Diagnosesicherung und Operationsdatum“ und einen Referenzbereich zwischen 7 und 21 Tagen (Median). Im Jahre 2012 wurden der QI aufgeteilt in den jetzigen QI 51370 (Zeitlicher Abstand unter 7 Tage) sowie einen weiteren 51371 (Zeitlicher Abstand über 21 Tage). Im Jahre 2016 schließlich wurde QI 51371 gestrichen.*

Im Fazit wird festgestellt, dass drei QI abzuschaffen, vier QI weiterzuführen seien mit wenigen Anpassungen und sieben QI weiterzuführen seien.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die „Weiterführung mit wenigen Anpassungen“ erscheint erstmals als eine weitere Kategorie. Was unterscheidet wenige Anpassungen von einer Überarbeitung?*

*Hinweis:*

*Seite 183:*

*QI 51846: Verbesserungspotenzial = mittel, Widerspruch zu Tabelle 17 Verbesserungspotenzial = eher hoch*

## 6 QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

Ausführlich diskutiert wird das Qualitätsmerkmal zur Indikation bei asymptomatischer und bei symptomatischer Karotisstenose -jeweils in QI getrennt nach offen-chirurgischem und kathetergestützten Verfahren. Nach Prüfung kommt man zur Erkenntnis, dass da trotz geeigneter Operationalisierung das erwartete Potenzial zur Verbesserung nur als gering eingeschätzt sei. Andererseits scheint gerade die Operationalisierung im Datensatz (Objektivität, Reliabilität und Datenqualität) problematisch, so dass nicht zu erwarten sei, dass die „Indikation angemessen und patientenorientiert über den derzeitigen QS-Bogen abgebildet werden kann“. Deshalb sollen die QI 603 und 51437 bzw. 604 und 51443 abgeschafft werden. Stattdessen wird die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) genannt mit dem Fokus auf Patientenwunsch und Patientenpräferenzen. Es solle geprüft werden, ob die Indikationsstellung zukünftig durch Ansätze, „wie z. B. den Einsatz von Patientenbefragungen und Peer-Review-Verfahren“, operationalisiert werden könne. Auch wird empfohlen, mit neuen Datenfeldern ein QI zur interdisziplinären Indikationsstellung zu formulieren.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Seit dem Jahre 2003 beinhaltet das QS-Verfahren einen Qualitätsindikator zur Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose, seit dem Jahre 2012 unterteilt nach offen-chirurgischem und kathetergestütztem Eingriff. Insofern verwundert es, dass die geschilderten Probleme mit der Operationalisierung im Datensatz erst jetzt auffallen. Der Streichungsvorschlag bei geringem Verbesserungspotenzial ist nachvollziehbar. Inwieweit sich ein Peer-Review-Verfahren zur Überprüfung der Indikationsstellung eigenen könnte, sollte näher erläutert werden.*

Die Kennzahl 162302 (Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt) wird zur Abschaffung empfohlen, obwohl sie erst 2023 eingeführt wurde. Als Begründung wird angegeben, dass Notfalleingriffe sich nicht zur QS eignen.

Ähnliches gilt für Kennzahl 162402 (Periprozedurales Neuromonitoring). Sie wurde im Jahr 2024 neu eingeführt und wird nun zur Abschaffung empfohlen mit der Begründung, es gäbe keine starke Leitlinienempfehlung für ein periprozedurales Neuromonitoring.

Bezüglich der Kennzahlen 11704 und 51873 (Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch/kathetergestützt) bzw. deren Strata 11724 und 51865 (Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus) wird auf einen parallelen Weiterentwicklungsauftrag des G-BA vom 18.08.2022 zur Überarbeitung dieses QS-Verfahrens unter Sozialdatennutzung verwiesen.

In der Summe wird empfohlen, zwei QI und zwei Kennzahlen weiterzuführen, zwei QI und zwei Kennzahlen zu überarbeiten sowie vier QI und zwei Kennzahlen abzuschaffen.

## **7 QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe (QS DEK)**

Die beiden Qualitätsindikatoren dieses QS-Verfahrens werden zur Weiterführung empfohlen. Allerdings wird die Herausnahme des Datenfeldeintrags „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der Rechenregel zum QI 52009 (Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium /Kategorie 1)) nahegelegt. Außerdem wird die Umwandlung der Kennzahl 521800 (Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet) in einen Indikator oder ein Auffälligkeitskriterium der Datenvalidierung empfohlen. Im Ausblick wird eine Einbeziehung unter 20-jähriger Patientinnen und Patienten und ein möglicher neuer QI zur Prozessqualität der Dekubitusprophylaxe diskutiert.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Vor einer Ausweitung der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens auf Neugeborene, Kinder und Jugendliche sollte eine Testung zur Klärung von Umfang und Praktikabilität erfolgen.*

## **8 QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV)**

Die Indikatoren zum Modul Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGVOS-FRAK) und zum Modul Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP) werden getrennt diskutiert. Empfohlen wird die Zusammenführung der Module.

Es werden einige Änderungen am QS-Filter von HGVOS-FRAK vorgeschlagen, wie z. B. den zukünftigen Verzicht auf den Ausschluss von juvenilen Arthritiden und angeborenen Deformitäten sowie die engere Definition von aus der Grundgesamtheit auszuschließenden Polytraumen.

Von sechs Indikatoren im Modul HGVOS-FRAK wird nur der QI 54050 (Sturzprophylaxe) wegen niedriger Objektivität, Reliabilität und Datenqualität und geringer Validität zur Streichung empfohlen. Gleiches gilt auch für den entsprechenden Indikator QI 54004 im Modul HGV-HEP.

Ausführlich diskutiert werden die Indikatoren zur Indikationsstellung zur Hüftendoprothesenerstimplantation (QI 54001) und -wechsel (QI 54002). Die Datenqualität, v. a. bei der Dokumentation der röntgenologischen Scores, wird als niedrig eingeschätzt. Auch die Validität der Messung wird als gering eingestuft, da die angemessene Indikation mit den derzeitigen Indikationskriterien nicht ausreichend abgebildet sei. Nach Ansicht des Expertengremiums sei die Indikationsstellung schwer zu standardisieren. Bei hohem Erhebungsaufwand und einem ungünstigen Aufwand-Nutzen-Verhältnis wird die Abschaffung der Indikatoren empfohlen.

Zusammengefasst werden vier QI zur Abschaffung, acht QI und drei Kennzahlen zur Weiterführung und acht QI zur Weiterentwicklung empfohlen.

Seite 288:

„Zum anderen verhindert die fehlende, modulübergreifende Verknüpfbarkeit mit Hüftendoprothesen (HEP)... eine gemeinsame Indikatorenbildung, z. B. zur präoperativen Verweildauer. Beispielsweise würde durch die Zusammenlegung der Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer eine Reduktion des Aufwandes im Stellungsverfahren erzielt werden können.“

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Hier ist die Historie der QI zu beachten. Bis zum Jahre 2014 wurde die präoperative Verweildauer bei osteosynthetischen und endoprothetischen Eingriffen bereits in einem QI zusammengefasst. Ob eine erneute Zusammenführung zu einem gemeinsamen QI den Stellenaufwand reduziert, ist fraglich.*

*Hinweis:*

Seite 297:

*Der QI ID 54033 (Gehunfähigkeit bei Entlassung) ist korrekterweise den Qualitätsdimensionen „Patientensicherheit“ und „Wirksamkeit“ zuzuordnen. Widerspruch zu Tabelle 22: Hier ist er nur der „Patientensicherheit“ zugeordnet.*

Seite 304:

„Die Datenfelder zur Implantatfehlage und zur Fraktur können in der Datenqualität variieren, je nachdem welche Person zu welchem Zeitpunkt die Angaben im QS-Bogen ausfüllt. Teilweise werden die Ergebnisse der Röntgenbilder oder der radiologischen Befunde nicht schriftlich oder nicht in den Kategorien der QS in der Patientenakte festgehalten, sodass in der Nachbetrachtung durch eine ggf. unerfahrene Assistenzärztin oder einen unerfahrenen Assistenzarzt oder eine medizinische Dokumentarin oder einen medizinischen Dokumentar eine vom Ist-Zustand abweichende Einschätzung getroffen wird.“

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Es wird der klassische Fall einer niedrigen Interrater-Reliabilität beschrieben. Dies steht im Widerspruch zum Kriterium Reliabilität (gleiche Seite) „Bezüglich der Reliabilität der Messung (auf Fall-ebene) liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der für diesen Qualitätsindikator verwendeten Datenfelder als hoch beurteilt.“*

Seite 305:

„Es werden folgende Anpassungen der Datenfelder empfohlen, um die Objektivität und Datenqualität zu steigern: Die spezifischen Komplikationen, die für die Qualitätssicherung erfasst werden, sollten ohne Filterfrage einzeln mit jeweiliger Ja-Nein-Abgabe erfasst (Callegaro et al. 2015, Delnevo et al. 2017) werden oder in die Filterfrage mit aufgenommen werden.“

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Es handelt sich um das klassische Dilemma bei der Abfrage von Komplikationen in einem Datensatz: Genauigkeit versus Erfassungsaufwand. Die gegenwärtige Datensatzkonstruktion mit einem*

*Filterfeld (Gab es behandlungsbedürftige Komplikationen?) und neun davon abhängigen möglichen Komplikationsfeldern ist anwenderfreundlich. Die vorgeschlagene Alternative mit Einzelabfragen aller Komplikationen mit Ja/Nein-Antworten erhöht den Aufwand mit einer hohen Anzahl mit „Nein“ auszufüllenden Datenfelder. Sie ist daher eher nicht als zielführend zu sehen.*

Seite 362:

*Der QI ID 54012 (Gehunfähigkeit bei Entlassung) ist korrekterweise den Qualitätsdimensionen „Patientensicherheit“ und „Wirksamkeit“ zuzuordnen. Widerspruch zu Tabelle 24: Hier ist er nur der „Patientensicherheit“ zugeordnet.*

### **Teil III: Fazit und Ausblick**

Die empfohlenen Streichungen und Überarbeitungen zu den sechs QS-Verfahren werden tabellarisch zusammengefasst. Von insgesamt 104 Indikatoren und 20 Kennzahlen werden 20 Indikatoren und 11 Kennzahlen zur „Abschaffung“ empfohlen. Die Aufwandsersparnis betrage zwischen 0 und 34,3%. Es wird hervorgehoben, dass sich insbesondere die Qualität der Indikationsstellung nicht durch Indikatoren angemessen erfassen lasse. Das IQTIG empfiehlt Überlegungen „um von dem bisherigen Vorgehen der indikatorbasierten Überprüfung einer adäquaten Indikationsstellung hin zu einer übergreifenden Prüfung der Indikationsqualität anhand der dahinterliegenden relevanten Prozessen und Strukturen zu gelangen.“

### **Anhang A: Exemplarische Schätzung „weitere Aufwände“**

Das IQTIG führt eine kursorische Analyse der Aufwände durch, die bei den LAG und dem IQTIG durch das Stellungnahmeverfahren, beim IQTIG durch die Verfahrenspflege und bei den Leistungserbringern durch die QS-Softwarekosten entstehen. Exemplarisch wurden die LAG zum länderbezogenen QS-Verfahren PCI befragt. Für QI mit erhobenen QS-Daten seien von 11 LAG für das Stellungnahmeverfahren ein Bearbeitungsaufwand von im Mittel 0,26 Personentagen (PT)/QI (0,08 bis 0,83) und für sozialdatenbasierte QI von 0,45 PT (0,12-0,83) angegeben worden; das IQTIG selbst geht von 0,39 PT aus. Weiterer Aufwand entsteht bei den Fachkommissionen und dem Lenkungsgremium. Für die Verfahrenspflege werden bei PCI drei Vollzeitäquivalente/Jahr vom IQTIG angegeben.

In der Summe kommt das IQTIG zum Schluss, dass sich durch die Streichung einzelner QI zwar der Verfahrenspflegeaufwand bei IQTIG reduzieren lasse, wohl aber nicht der Aufwand für die Stellungnahmeverfahren bei LAG und IQTIG bzw. die Kosten für die QS-Software bei den Leistungserbringern.

In Kapitel 1.3 des Vorberichts wird erläutert, dass der Aufwand für das Stellungnahmeverfahren bei den Leistungserbringern nicht berücksichtigt worden seien. Dieser gehöre „im Falle von verbesserungswürdiger Versorgungsqualität zu den erwünschten Aufwänden“. Es wird konstatiert, dass durch Perzentilen-Referenzbereiche, aber auch durch die Verbesserung an den Indikatoren oder die Verwendung der statistischen Unsicherheit bei der Auswertung der Indikatoren Aufwände bei den Stellungnahmeverfahren vermieden werden könnten.

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

*Die Analyse zeigt sehr deutlich, dass mit der Streichung von QI und der Umstellung auf Sozialdaten zwar der Erfassungsaufwand, nicht aber der Aufwand durch das Stellungnahmeverfahren senken lässt. Einzelnen Rückmeldungen ist zu entnehmen, dass bei den Sozialdatenindikatoren im Stellungnahmeverfahren, wohl auch durch Unzulänglichkeiten der mandantenfähigen Datenbank (M-DB) des IQTIG, derzeit noch massive Probleme bestehen.*

*Die Argumentation, warum in der Analyse des Aufwandes für die Krankenhäuser und Vertragsarztpraxen zwar die Softwarekosten, nicht aber der Personalaufwand betrachtet wurde, der durch das*

*Stellungnahmeverfahren selbst entsteht, ist nicht überzeugend. Auch hierfür hätte exemplarisch zum QS-Verfahren PCI eine Befragung der Leistungserbringer erfolgen können.*

## **Fazit zum Bericht**

Der vorgelegte Vorbericht spiegelt wie schon der erste Bericht zur Weiterentwicklung der QS-Verfahren der DeQS-RL eine umfangreiche Recherchearbeit des IQTIG wider.

Die gewählte Darstellungsweise der Bewertungsergebnisse der einzelnen QI ist anschaulich und übersichtlich. Zu jedem QS-Verfahren werden eingangs in einer tabellarischen Übersicht je Qualitätsindikator die Ergebnisse der Bewertungskriterien sowie die abschließende Empfehlung in Ampelfarbensystematik dargestellt. Im Fließtext folgen dann zu jedem QI Analysen im Detail und die Einschätzungen der Experten bzw. der LAG sowie die Beweggründe des IQTIG zur jeweiligen Empfehlung. Kleinere Unstimmigkeiten zwischen den Freitexten und den tabellarischen Übersichten sollten für den Abschlussbericht noch behoben werden

Für die sechs QS-Verfahren werden die Analysen gut strukturiert präsentiert. Einzig für die Module des QS-Verfahrens „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)“ mit 106 Qualitätsindikatoren und elf Kennzahlen leidet die Übersichtlichkeit etwas durch unterschiedliche Anordnungslogik von Modulen und Indikatoren in den Tabellen und im Freitext. Es trägt ebenfalls zur Unübersichtlichkeit bei, dass der Stand der Indikatoren des Verfahrensjahrs 2022 analysiert wird, wegen schon beschlossener Änderungen aber z. T. die Jahre 2023 und 2024 einbezogen werden mussten. Auch kommt es wegen paralleler Abarbeitung anderer Aufträge des G-BA (z. B. Erarbeitung eines Stichprobenkonzepts oder Überarbeitung des QS-Verfahrens Karotis) wiederholt zu Querverweisen auf andere zukünftig zu erwartende Berichte. Für das QS-Verfahren Mammachirurgie wäre ein detaillierter Abgleich mit der Datenquelle der Klinischen Krebsregister zielführend gewesen.

Bei den Verwendungen von Begriffen wie „Fortführen“, „Weiterführen“, „Abschaffen“, „Beenden“, „Weiterentwickeln“, „Überarbeiten“ wäre eine stringenter Einheitlichkeit im Bericht wünschenswert. Sehr hilfreich ist die im Anhang angefügte Zeitplanung, die differenzierte Vorschläge für das Vorgehen bei der Datenerhebung und beim Stellungnahmeverfahren in den nächsten Jahren macht.

Bei der Diskussion von zwei Qualitätsindikatoren (Mammachirurgie: zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation und Hüftgelenksversorgung: präoperative Verweildauer) zeigt es sich, dass auch die zum Teil schon langjährige Historie der Indikatoren berücksichtigt werden sollte. Hier werden Änderungen der Indikatoren vorgeschlagen, die in früheren Jahren schon einmal (ähnlich) existierten.

Erneut erhielten die Indikationsindikatoren in den datengestützten QS-Verfahren sehr ungünstige Bewertungen. Nach der schon vorher beschlossenen und im Vorbericht nicht mehr diskutierten Streichung des Qualitätsindikators zur Indikationsstellung in der Mitralklappenchirurgie verfügt das herzchirurgische QS-Verfahren über keinen Indikator mehr zur Indikationsstellung. Hinzu kommen im vorgelegten Vorbericht entsprechende Streichungsempfehlungen in den QS-Verfahren Karotis-Chirurgie und Hüftgelenksversorgung.

Es bestätigt sich erneut, dass die medizinische Indikationsstellung zur Operation oder Intervention in der Regel ein höchst individueller Vorgang ist, den ein Arzt oder eine Ärztin zusammen mit der Patientin bzw. dem Patienten durchlaufen und der auch von schlecht operationalisierbaren Faktoren, wie dem Patientenwunsch, abhängt. Es ist daher in den meisten Fällen nicht möglich, durch Anwendung eines Algorithmus auf QS-Daten indizierte von nicht indizierten Eingriffen zu unterscheiden. Im Bericht wird folgerichtig angedeutet, dass für die Qualitätssicherung der Indikationsstellung andere Methoden und Instrumente gefunden werden müssen, sofern sie überhaupt angemessen möglich ist.

Im Ergebnis kommt der Bericht zu Streichungsempfehlungen einzelner Indikatoren, die größtenteils nachvollziehbar sind. Die Ersparnis für den Erfassungsaufwand hält sich allerdings - bis auf das QS-Verfahren Hüftgelenksversorgung - in Grenzen. Die Abschaffung eines ganzen QS-Verfahrens wird nicht empfohlen. Nach der vorgeschlagenen Zeitplanung soll für das QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie das Stellungnahmeverfahren für drei Indikatoren bis zum Auswertungsjahr 2027 ausgesetzt werden. Da bis dahin nur drei Indikatoren verbleiben würden, käme auch ein generelles Aussetzen des QS-Verfahrens in Frage.

Wie im ersten Bericht ist der vorliegende Bericht feingranular an den einzelnen Indikatoren ausgerichtet. Eine Gesamtbetrachtung der Vor- und Nachteile bei Gesamtaussetzung eines QS-Verfahrens bzw. der Vollständigkeit und Aussagekraft des verbliebenen Indikatorensets über die Qualität in einem Versorgungsbereich ist nur eingeschränkt möglich. Den Grund für die Einschränkung nennt der Vorbericht selbst: Der Auftrag des G-BA umfasste nur die Überprüfung existierender Qualitätsindikatoren, nicht aber eine weitaus umfänglichere systematische Betrachtung der Qualitätsdefizite der jeweiligen Versorgungsbereiche. Dies müsste nach der Methodik des IQTIG in Form von so genannten Qualitätsmodellen der Versorgungsbereiche geschehen. Das IQTIG konnte diese Arbeit nachvollziehbarerweise in der Kürze der Zeit nicht leisten. Der Bericht enthält aus dem gleichen Grund auch keine konkreten Vorschläge für mögliche neue, bis jetzt fehlende Qualitätsindikatoren. Immerhin werden an einigen Stellen Hinweise auf mögliche weitere Qualitätsaspekte gegeben. Vermutlich wird das IQTIG nicht umhinkommen, im Rahmen der Systempflege in den nächsten Jahren sukzessive die Qualitätsmodelle für alle QS-Verfahren der DeQS-RL nachträglich zu erarbeiten, um zumindest perspektivisch auch eine angemessene Gesamtbewertung der Versorgungsbereiche zu ermöglichen.

Für einen Teil des G-BA-Auftrags, nämlich die Entwicklung von Kriterien und Kategorien für die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 DeQS-RL, wird im vorliegenden Bericht zwar die geplante Vorgehensweise beschrieben. Bezüglich der Ergebnisse der Entwicklung wird aber auf den Abschlussbericht verwiesen. Insofern ist eine Gesamtbewertung auch erst mit dem Abschlussbericht möglich.

Die Bundesärztekammer unterstützt ausdrücklich die Grundintention des Eckpunktepapiers des G-BA vom 21.04.2022, die Qualitätssicherungsverfahren des G-BA unter den Aspekten des Aufwands und des Nutzens auf einen kritischen Prüfstand zu stellen. Der vorgelegte zweite von drei Berichten des IQTIG kann als ein Schritt in die richtige Richtung angesehen werden.

---

**Stellungnahme  
der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

vom 5. April 2024

---

**zum Vorbericht des IQTIG  
„Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren  
der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung  
- Indikatorensets der Verfahren  
QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“**

(Stand 23. Februar 2024)

## **Inhalt**

Einleitung.....	3
Stellungnahme der DKG .....	5
Allgemein.....	5
Zu „Kurzfassung“ .....	8
Zu 1 Einleitung.....	8
Zu 1.2 Auftrag und Auftragsverständnis .....	8
Zu 1.3 Berücksichtigung „weiterer Aufwände“ .....	9
Zu 2 Methodisches Vorgehen .....	10
Zu 2.1 Aufwand-Nutzen-Abwägungen .....	10
Zu 2.3 Schritt A: Ist das Qualitätsmerkmal weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung? ...	11
Zu 2.3.1 Bedeutung für die Patientinnen und Patienten .....	11
Zu 2.3.2 Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal.....	11
Zu 2.3.3 Potenzial zur Verbesserung.....	12
Zu 2.4 Schritt B1: Überprüfung der Messeigenschaften QS-dokumentationsbasierter Indikatoren .....	13
Zu 2.4.2 Datenqualität.....	13
Zu 2.4.5 Angemessenheit der Risikoadjustierung.....	13
Zu 2.5 Schritt B2: Praktikabilität der Messung.....	13
Zu 3 QS-Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) .....	14
Zu Komplikations-Qualitätsindikatoren .....	14
Zu 3.8 Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen.....	14
Zu 3.10 Reinterventionen bzw. Reoperationen innerhalb von 30 Tagen .....	15
Zu 3.14 Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen.....	15
Zu 4 QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) .....	15
Zu 4.4 2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme .....	15
Zu 4.5 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme .....	16
Zu 4.6 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	16
Zu 4.8 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	17
Zu 5 QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC).....	17
Zu 5.6 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS.....	17
Zu 5.12 Fazit und Ausblick .....	17

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

## Einleitung

---

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) am 19. Januar 2023 beauftragt, alle bestehenden Qualitätssicherungsverfahren der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) zu überarbeiten. Vorausgegangen war eine Beauftragung vom 19. Mai 2022 an das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI), Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) sowie Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Die Erkenntnisse aus der Beauftragung zu diesen drei Modellverfahren sollen als Grundlage für die Überarbeitung der weiteren Verfahren dienen.

Es sind konkrete Empfehlungen zur Überarbeitung, Aussetzung oder Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder des jeweiligen QS-Verfahrens vorzulegen. Hierbei soll insbesondere geprüft werden,

- inwieweit sich die QS-Maßnahmen an bestehenden Qualitätsdefiziten ausrichten,
- ob die eingesetzten Qualitätsindikatoren geeignet sind, die definierten Qualitätsziele des QS-Verfahrens zu erreichen,
- inwieweit die eingesetzten Qualitätsindikatoren Deckeneffekte aufweisen (z.B. das Qualitätsziel erreicht ist, sodass keine wesentlichen Qualitätsverbesserungen mehr ersichtlich sind) und
- ob die Definition der Datenfelder und Nutzung der zur Verfügung stehenden Datenquellen effizienter ausgestaltet und die händische Dokumentation und weitere Aufwände reduziert werden können.

Zudem ist das gesetzliche Ziel der Herstellung von einrichtungsbezogener, vergleichender Transparenz und Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen zu berücksichtigen und mit Blick auf die Datenerhebung die Vorgaben und Möglichkeiten des § 299 SGB V (wie Begrenzung der Datenerhebung auf eine Stichprobe der betroffenen Patienten) zu beachten.

Die Beauftragung vom 19. Januar 2023 sieht eine gestaffelte Bearbeitung vor. Auftragsgemäß hat das IQTIG zunächst mit folgenden sechs Verfahren begonnen:

- a) Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)
- b) Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)
- c) Mammachirurgie (QS MC)
- d) Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)
- e) Dekubitusprophylaxe (QS DEK)
- f) Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

und am 23. Februar 2024 den Vorbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung – Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“ vorgelegt.

Dieser Auftrag stellt den zweiten Umsetzungsbeschluss des G-BA im Rahmen des Eckpunkte-papiers zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung dar, das der G-BA am 21. April 2022 beschlossen hat.

*Hinweis: Im Folgenden kann nur zu ausgewählten Punkten des Vorberichtes Stellung genommen werden. Die DKG behält sich vor, weitere Punkte zu gegebener Zeit in die G-BA Beratungen ein-zubringen.*

*Hinsichtlich der spezifischen Änderungen an den Ein- und Ausschlusskriterien zahlreicher Indika-toren gehen wir davon aus, dass eine vertiefte Beratung im Rahmen der Spezifikationsempfeh-lungen erfolgen wird.*

## Stellungnahme der DKG

---

### Allgemein

Der Bericht ist gut strukturiert und setzt inhaltlich wie beauftragt auf den ersten Bericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP“ auf. Die entwickelte Methode zur Aussetzungsprüfung anhand der Eignungskriterien von Qualitätsindikatoren und in Form einer Aufwand-Nutzen-Abwägung findet unter Berücksichtigung kleinerer Anpassungen weiterhin Anwendung.

Wie im Bericht zu den Modellverfahren werden auch die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens einbezogen, um Deckeneffekte der Qualitätsindikatoren zu erkennen. Leider bleibt das Stellungnahmeverfahren bei der Aufwandsbetrachtung erneut außen vor. Die Risikoadjustierung wird als Messeigenschaft des Indikators ebenfalls mitberücksichtigt, allerdings bleibt auch hier wieder offen, wie die unterschiedliche Güte der Risikoadjustierung gewertet wird.

Unter Anwendung der im ersten Bericht erarbeiteten Methode werden viele Aspekte erneut differenziert untersucht und im Ergebnis kombiniert zusammengeführt. So erfolgt eine gründliche Auseinandersetzung mit den Qualitätsindikatoren der einzelnen QS-Verfahren. Am Ende der Aussetzungsprüfung und Aufwand-Nutzen-Abwägung schlägt das IQTIG viele Qualitätsindikatoren zur Abschaffung oder Überarbeitung vor.

Die vorgeschlagenen Weiterentwicklungen und Abschaffungen einzelner Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden im Grundsatz befürwortet. Zu spezifischen Aspekten wird in den folgenden Ausführungen Stellung genommen. Zu einigen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen fehlen jedoch noch abschließende Bewertungen. Hierzu bedarf es einer konkreten Perspektive, wann das IQTIG seine Prüfergebnisse vorlegen wird. Idealerweise sollten alle offenen Prüfvorgänge bis zum Abschlussbericht abgeschlossen sein. Weiterhin ergeben sich hinsichtlich der empfohlenen Zeiträume zur Umsetzung der Empfehlungen Unklarheiten. Hier sollte das IQTIG seine Empfehlungen konkreter formulieren. Sofern der G-BA die Umsetzungsempfehlungen beschließt, muss verlässlich davon ausgegangen werden können, dass diese Empfehlungen gemäß den mitgelieferten Zeitplänen auch tatsächlich durch das IQTIG umgesetzt werden können und nicht, wie bei den Modellverfahren, teilweise verschoben werden müssen.

Die unter anderem beauftragte Überprüfung der Voraussetzungen und Möglichkeiten für eine Umstellung der Verfahren von einer Vollerhebung auf Stichprobenerhebungen wird in diesem Bericht nicht durchgeführt. Hierzu wird auf die in der Zwischenzeit am 6. Dezember 2023 erfolgte Beauftragung zur „Entwicklung und Erprobung eines Stichprobenkonzepts zur Weiterentwicklung aller QS-Verfahren“ und den diesbezüglich ausstehenden Bericht verwiesen, was nachvollziehbar ist.

Der G-BA hatte den IQTIG-Bericht zur Überarbeitung der drei Modellverfahren PCI, HSMDEF und KEP mit einer begleitenden Kommentierung zur Veröffentlichung freigegeben (vgl. <https://www.g-ba.de/beschluesse/6287/>). Dabei wurde kritisiert, dass bei der Betrachtung der Aufwände ausschließlich die Aufwände zur Datenerfassung herangezogen werden und weitere

wesentliche Aufwände, wie z.B. die allgemein und für alle Verfahrensbeteiligten anfallenden Aufwände für die Durchführung der Stellungnahmeverfahren außer Acht gelassen werden. Zu diesem Kritikpunkt wurden umfangreiche Beratungen in den Gremien des G-BA geführt. Insofern ist nicht nachvollziehbar, warum sich das IQTIG diesem Auftragsbestandteil weiterhin entzieht. Unter Bezugnahme auf eine eigene durchgeführte reduzierten Datenerhebung wird als wesentliche Begründung angeführt, auf keine strukturierte Grundlage zugreifen zu können. Anhand qualitativer und deskriptiver Beschreibungen unter Erwähnung gegebener Limitationen wäre eine intensivere Analyse der Aufwände aus dem Stellungnahmeverfahren jedoch möglich gewesen.

Der G-BA hatte das IQTIG im Rahmen der o.g. Kommentierung zudem aufgefordert, für die noch zu prüfenden QS-Verfahren folgende methodische Limitationen aufzuheben bzw. anzupassen:

- Die angewendete Methodik erscheint an vielen Stellen unnötig komplex, was die Nachvollziehbarkeit der Empfehlungen zu den einzelnen Indikatoren einschränkt und vor allem auch die Konsistenz der Entscheidungsfindung in Frage stellt.
- Entscheidungsfindung lässt viel Raum für möglicherweise subjektive Empfehlungen. Dies betrifft vor allem die Kriterien zur Objektivität, Reliabilität und Validität. Bei diesen Kriterien erscheint vor allem erläuterungsbedürftig, wie das IQTIG diese voneinander abgrenzt.
- Auch weitergehende Erläuterungen zum gewählten Vorgehen bei den einzelnen Kriterien sollten in der Methodik ergänzt werden. Es bedarf eines möglichst objektiven, klar strukturierten und völlig transparenten Vorgehens.
- Vor diesem Hintergrund sollte eine Klarstellung ergänzt werden, wie „das IQTIG“ (z.B. in einer qualitativen Zusammenschau) seine Entscheidungen trifft. Der Einbezug der Fachexperten muss klar abgebildet sein. Wenn das IQTIG mit seiner abschließenden Empfehlung von der Empfehlung der Mehrheit der Fachexperten abweicht, muss dies kenntlich gemacht und begründet werden.

Auch im vorliegenden Bericht hätte sowohl der Einbezug der Fachexperten als auch das Vorgehen bei den einzelnen Kriterien transparenter dargestellt werden können. Es gibt im Anhang eine tabellarische Liste zur Sitzungsfrequenz einschließlich einer Verlinkung auf die Homepage des IQTIG zur grundsätzlichen Zusammensetzung der jeweiligen Expertengremien (EXG) und im Bericht wird das Abstimmungsverhalten der Experten prozentual anhand der Teilnehmenden dargestellt. Da aber nicht klar ist, ob alle Mitglieder an der Abstimmung teilgenommen haben, ist ein prozentualer Wert wenig aussagekräftig.

Wie bereits in unserer Stellungnahme zum IQTIG-Vorbericht zu den drei Modellverfahren beschrieben, ist bei der angewendeten Methodik nach wie vor die Frage ungelöst, wie beim Eignungskriterium „Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer“ mit der Leitfrage 3 „Zuschreibung bei mehreren Leistungserbringern“ umgegangen wird. Darüber hinaus können QI-Ergebnisse aus Verbringungsleistungen mit diesem Ansatz weiterhin nicht sachgerecht einbezogen werden.

Einige der geprüften Qualitätsindikatoren befanden sich im letzten Jahr bzw. befinden sich in diesem Jahr zum ersten Mal im Stellungnahmeverfahren. Daher konnten zum Vorbericht nicht alle Prüfkriterien zur Weiterentwicklung angewendet werden. Es liegen z.T. aber Hinweise für ungünstige Aufwand-Nutzen-Verhältnisse vor. Das IQTIG spricht sich dafür aus, zunächst das

erste Stellungnahmeverfahren bei diesen QI abzuwarten, um danach eine Bewertung vorzunehmen. Auch stehen noch Sitzungen der Fachexperten/-innen zur Beratung der Ergebnisse erster Stellungnahmeverfahren aus. Diese Herangehensweise ist nachvollziehbar. Es wird aber erwartet, dass das IQTIG seinen Prüfauftrag dann zu späterer Zeit abschließt. Idealerweise bereits zum Abschlussbericht. Sofern dies nicht möglich ist, sollte dies zügig im Rahmen der Verfahrenspflege erfolgen.

In dem mitgelieferten Zeitplan zur Umsetzung der Empfehlungen zur Weiterentwicklung der QS Verfahren, gibt das IQTIG in der Spalte „Empfehlung bzgl. Daten“ die Empfehlung „fortführen (ggf. mit Anpassung)“ ab. Unklar ist in vielen Fällen, worauf sich das „ggf.“ bezieht. Es fehlen Jahresangaben oder Erläuterungstexte. Dies sollte für den Abschlussbericht deutlich transparenter dargestellt werden. Ziel muss es sein, die Empfehlungen an den G-BA so konkret wie möglich auszuarbeiten. Leider ist auch in diesem Bericht (wie bei den Modellverfahren), die Terminologie der Empfehlungen nicht ganz eindeutig: Es muss eine konkrete Empfehlung zur Aufhebung, Aussetzung oder Weiterführung geben, wie im begleitenden Kommentar des G-BA zu den Modellverfahren angemerkt (*Für die Bearbeitung der weiteren 12 Verfahren wurde das IQTIG darauf hingewiesen, die Begrifflichkeiten „Weiterführung mit oder ohne Überarbeitung“, „Aussetzung mit Überarbeitung“ oder „Aufhebung“ zu verwenden, um damit in den jeweiligen Berichten Klarheit zu schaffen*).

Die nunmehr verwendeten Begriffe

- Fortführen (ggf. mit Anpassung)
- Unterbrechen (ggf. mit Anpassung)
- Beenden

und bzgl. des Stellungnahmeverfahrens

- Fortführen
- vorübergehendes Aussetzen (ggf. mit Anpassung)
- Abschaffen

sind entsprechend den IQTIG-Empfehlungen bezogen auf die Modellverfahren und im Sinne eines einheitlichen Verständnisses anzupassen.

Eine Abweichung zur bisherigen Methodik ist bezogen auf das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ festzustellen. Das IQTIG lässt nunmehr bei Leitfrage 1 „Starke Empfehlung aus hochwertiger Leitlinie“ bei Indikatoren zur Indikationsqualität auch moderate und schwache Empfehlungen zu. Dies führt insgesamt dazu, dass QI zur Indikationsstellung weiterhin – auch wenn sie methodisch nicht dieselbe Güte haben wie die übrigen Qualitätsindikatoren – im Verfahren verbleiben und weiterhin eine Vielzahl unnötiger Stellungnahmeverfahren auslösen werden. Insofern wäre unter Aufwands Gesichtspunkten auch hier eine durchgängige und einheitliche Methodik wünschenswert gewesen. Ausgehend von dem Grundverständnis, dass Qualitätsindikatoren lediglich Aufgreifkriterien sind, für die es einer anschließenden qualitativen Beurteilung durch Fachexperten bedarf, kommt dem qualitativen Beurteilungsverfahren bei diesen methodisch eingeschränkteren Indikatoren besondere Bedeutung zu. Dies ist bei der weiteren Entwicklung vom IQTIG im Blick zu behalten. Ggf. bedarf es zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal einer Nachjustierung und Vereinheitlichung der Methodik bezogen auf die Indikatoren zur Indikationsqualität.

## **Zu „Kurzfassung“**

### **„Ergebnisse und Empfehlungen“**

In Tabelle 1 wird ein Überblick über die Empfehlungen zu den Verfahren gegeben. In Zeile 1 „Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, für die eine Prüfung der Eignungskriterien erfolgte“ sollte die Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ergänzt werden. In Zeile 3 „Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen weiterführen oder überarbeiten“ bleibt unklar, ob hier alle weiterzuführenden Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen gemeint sind oder nur die nach Überarbeitung weiterzuführenden. Dies sollte klargestellt werden.

Die im Abschlussbericht zu den Modellverfahren enthaltene Tabelle *Überblick über die Empfehlungen zur Verbesserung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses* war informativer (u.a. hinsichtlich der Sozialdaten-Empfehlungen) und sollte an dieser Stelle ergänzt werden.

Für eine Reihe von Qualitätsindikatoren wird eine „Weiterführung nach Überarbeitung“ empfohlen. Es sollte klargestellt werden, ob dies dem bisherigen „Aussetzen“ gemäß dem Bericht zu den Modellverfahren entspricht.

## **Zu 1 Einleitung**

### **Zu 1.2 Auftrag und Auftragsverständnis**

Es fehlt der Teil aus der Beauftragung, der auf die Risikoadjustierung hinweist. Es sollte ergänzt werden, wie mit diesem Aspekt der Beauftragung verfahren wurde.

Auf Seite 23 findet sich der Hinweis, dass die konkreten Kriterien sowie Kategorien für die jeweiligen QS-Verfahren auftragsgemäß zusammen mit den Umsetzungsvorschlägen für die Rechenregeln, den Indikatorenlisten sowie den Spezifikationsempfehlungen und Erforderlichkeitstabellen nach Abgabe des Abschlussberichts zu den finalen Empfehlungen vorgelegt werden. Ist dies für die Modellverfahren bereits erfolgt?

### **Zu 1.3 Berücksichtigung „weiterer Aufwände“**

#### **„Aufwände des Stellungnahmeverfahrens“**

Während die Begründungen zur Nicht-Berücksichtigung indikatorübergreifender Aufwände als weitere Aufwände nachvollziehbar sind, kann die Nicht-Berücksichtigung der Aufwände des Stellungnahmeverfahrens nicht nachvollzogen werden. Der G-BA hatte seine Erwartung gegenüber dem IQTIG sehr deutlich in seiner Kommentierung des Abschlussberichts zu den drei Modellverfahren und den diesbezüglichen Beratungen dargestellt.

Das IQTIG begründet die Nicht-Berücksichtigung u.a. damit, dass die Aufwände des Stellungnahmeverfahrens durch Setzung perzentilbasierter Referenzbereiche steuerbar seien. Diese Aufwände kann und sollte das IQTIG bei seinen jährlichen indicatorspezifischen Empfehlungen und den diesbezüglichen Rechenregeln berücksichtigen. Die Aufwände aus dem Stellungnahmeverfahren müssen jedoch grundsätzlich bei den Überlegungen zur Aufwandsreduktion in den zu untersuchenden QS-Verfahren einfließen. Mit der Aussage, dass die Aufwände für Stellungnahmeverfahren im Falle von verbesserungswürdiger Versorgungsqualität zu den „erwünschten“ Aufwänden gehören, verdreht das IQTIG den eigentlichen Sinn der in der Beauftragung enthaltenen Fragestellung. Tatsächlich werden jährlich unzählige Stellungnahmen von Krankenhäusern mit zunächst rechnerisch auffälligen Ergebnissen abgefordert, die im Rahmen der anschließenden qualitativen Beurteilung nicht als Auffälligkeit in der Versorgungsqualität bewertet werden. Je nach Verfahren differiert der Anteil von Krankenhäusern, die nach Durchführung des Stellungnahmeverfahrens als qualitativ auffällig bewertet werden, zwischen etwa 5 % (CHE) und 70 % (KCHK) – im Mittel über alle Verfahren etwa 40 % (Quelle: Bundesqualitätsbericht 2023). Die Bemühungen, anhand der im Anhang A beschriebenen exemplarischen Aufwandsschätzungen dem Ziel einer Bewertung näher zu kommen und der daraus abgeleiteten Erkenntnis, dass eine objektive Erhebung nicht mit vertretbarem Aufwand möglich ist, wird anerkannt. Dennoch sollte der Aufwand des Stellungnahmeverfahrens zumindest in Form einer deskriptiven Darstellung bezogen auf die jeweiligen Qualitätsindikatoren anhand retrospektiver Betrachtungen einbezogen werden. Ein so elementarer Verfahrensbestandteil der datengestützten Qualitätssicherung darf bei einer Aufwand-Nutzen-Betrachtung nicht außer Acht gelassen werden und muss in den Weiterentwicklungsempfehlungen Berücksichtigung finden.

Dass künftig ggf. Aufwände in Stellungnahmen durch Optimierung von Indikatoren vermieden werden können, ist grundsätzlich zu begrüßen. Auch die Empfehlung, bei der Auswertung der Indikatorergebnisse und der Einleitung von Stellungnahmeverfahren über erweiterte statistische Methoden die statistische Unsicherheit zu berücksichtigen, wird grundsätzlich begrüßt. Mathematische Methoden können jedoch nie das qualitative Beurteilungsverfahren durch Fachexperten/-innen ersetzen. Qualitätsindikatoren beschreiben weder vollständig noch eigenständig den Grad der Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen, sondern es handelt sich um Hinweisgeber auf mögliche Qualitätsdefizite, die nur als Aufgreifkriterien für eine anschließende Beurteilung durch Fachexperten/-innen verwendet werden können. Ein qualitatives Verfahren zur Aufklärung des tatsächlichen Sachverhalts ist immer unumgänglich. Seitens der Empfehlung des IQTIG fehlt eine Aussage dazu, wann eine entsprechende Umsetzung der neuen Berechnungsmethode unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit erfolgen könnte. Dies sollte differenziert je Verfahren im Abschlussbericht dargestellt werden. Auch die in diesem Zusammenhang auf Seite 31

empfohlene anschließende Anpassung der Referenzbereiche sollte hinsichtlich der zeitlichen Planung konkretisiert werden.

### **„Exemplarische Erhebung der weiteren Aufwände“**

Die Ermittlung der weiteren Aufwände über Befragung der Landesarbeitsgemeinschaften und Softwarehersteller sowie des bvitg ist sehr zu begrüßen. Bedauerlicherweise ist dies nur exemplarisch erfolgt. Dem Verweis auf die Nicht-Übertragbarkeit der sehr groben Schätzungen kann nicht gefolgt werden. Auch die Bürokratiekosten, die komplett außen vorgelassen wurden, hätten zumindest retrospektiv über die alljährlichen Verfahrensänderungen und die hierzu vom G-BA ermittelten Bürokratiekosten als Aufwand einbezogen werden können. Dies sollte für alle zu prüfenden QS-Verfahren erfolgen.

## **Zu 2 Methodisches Vorgehen**

Bei verschiedenen Prüfkriterien wurde vom Vorgehen im Vergleich zu den Modellverfahren zum Teil gravierend abgewichen. Dies betrifft

- differenzierte Empfehlungen bezogen auf die Datenerhebung und bezogen auf das Stellungnahmeverfahren,
- ein abweichendes Vorgehen bei den Indikatoren zur Indikationsstellung,
- die Berücksichtigung von Ergebnissen der Datenvalidierung,
- den Umgang mit hierarchisch strukturierten Indikatoren und Kennzahlen,
- Erläuterung zur Entwicklung von Kriterien und Kategorien für das Stellungnahmeverfahren.

Insgesamt fehlt ein Hinweis darauf, wie mit der Inkonsistenz im Hinblick auf die Modellverfahren PCI, HSMDEF und KEP umgegangen werden soll. Werden entsprechende Empfehlungen zu den Modellverfahren revidiert bzw. nachgeholt?

Der vermutlich gravierendste Unterschied ist bezogen auf das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ festzustellen. Das IQTIG lässt nunmehr bei Leitfrage 1 „Starke Empfehlung aus hochwertiger Leitlinie“ bei Indikatoren zur Indikationsqualität auch moderate und schwache Empfehlungen zu. Dies führt insgesamt dazu, dass QI zur Indikationsstellung weiterhin – auch wenn sie methodisch nicht dieselbe Güte haben wie die übrigen Qualitätsindikatoren – im Verfahren verbleiben und weiterhin eine Vielzahl unnötiger Stellungnahmeverfahren auslösen werden.

### **Zu 2.1 Aufwand-Nutzen-Abwägungen**

#### **„Nutzen eines Qualitätsindikators“**

Bei den Handlungsanschlüssen werden beispielhaft Qualitätsförderung, Anreize und Auswahlentscheidungen genannt. Der als Qualitätsförderung benannte § 17 DeQS-RL ist jedoch bereits eine externe Maßnahme. Auch Qualitätsabschlüsse sind hier fälschlicherweise als Anreiz bezeichnet, da sie nachweislich zu Fehlanreizen führen. Zu den Handlungsanschlüssen zählt das IQTIG auch Anreize wie z.B. Vergütungszu- oder -abschlüsse. Der DKG ist keine Grundlage bekannt, nach

der Entsprechendes geregelt werden kann. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurden alle Regelungen zu Qualitätszu- und -abschlägen aus dem Gesetz gestrichen (SGB V und KHG).

### **„Vorgehen bei der Aufwand-Nutzen-Abwägung“**

Als mögliche Empfehlungen bezüglich der Datenerhebung werden genannt:

Mögliche Empfehlungen bzgl. der Datenerhebung sind

- Fortführen (ggf. mit Anpassung),
- Unterbrechen (ggf. mit Anpassung),
- Beenden,

und bzgl. des Stellungsnahmeverfahrens

- Fortführen,
- vorübergehendes Aussetzen (ggf. mit Anpassung),
- Abschaffen.

Leider sind auch diese Empfehlung – wie im Vorbericht zu den Modellverfahren - nicht klar voneinander abgegrenzt. Sie sollten, wie im begleitenden G-BA-Kommentar zu den Modellverfahren angemerkt, an die dort überarbeiteten Begrifflichkeiten „Weiterführung mit oder ohne Überarbeitung“, „Aussetzung mit Überarbeitung“ oder „Aufhebung“ angepasst werden, um ein einheitliches Vorgehen und Verständnis zu gewährleisten.

In Abhängigkeit davon, wann sich das Aufwand-Nutzen-Verhältnis verbessern lässt, empfiehlt das IQTIG „den Indikator zu überarbeiten oder vorläufig oder endgültig auszusetzen“ (Seite 34). Dieser Satz ist in der Form unverständlich. Wir bitten um eine klarstellende Formulierung, die alle Varianten der Empfehlungen einschließt, z.B. „den Indikator beizubehalten und zu überarbeiten oder vorläufig auszusetzen und zu überarbeiten oder endgültig auszusetzen“.

## **Zu 2.3 Schritt A: Ist das Qualitätsmerkmal weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung?**

### **Zu 2.3.1 Bedeutung für die Patientinnen und Patienten**

#### **„Informationsgrundlage“**

Es wird darauf verwiesen, dass die Beantwortung der Leitfragen primär durch das IQTIG erfolgte. Bei Unsicherheit wurde relevante wissenschaftlichen Literatur herangezogen und das Expertengremium auf Bundesebene befragt.

Die Zusammensetzung des Expertengremiums (EXG) und das diesbezügliche Abstimmungsverhalten sollten transparent und nachvollziehbar im Bericht dargelegt werden. Der Verweis auf Anhang E ist hierbei nicht ausreichend. Ein guter Ansatz ist die Darstellung in Tabelle 2 „Definition der Konsensstärken für die Beurteilung der Übertragbarkeit der Ergebnisse von Kohortenstudien“ Doch auch hier fehlt die Information über die Anzahl der Teilnehmenden, um die Bewertungen einordnen zu können.

### **Zu 2.3.2 Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal**

### **„Leitfrage 1: Starke Empfehlung aus hochwertiger Leitlinie“**

Es wird darauf verwiesen, dass für Indikatoren zur Indikationsqualität aus den eingeschlossenen Leitlinien zusätzlich auch moderate und schwache Empfehlungen zur Indikationsstellung extrahiert wurden, da auch diese Empfehlungen das Spektrum der zulässigen Indikationen abdecken. Das abweichende Vorgehen erschließt sich nicht. So wurde die bisherige Methodik vom G-BA diesbezüglich nicht kritisiert und das IQTIG hat bei den Modellverfahren bewusst ein anderes Vorgehen gewählt. Grundsätzlich sollte daher ausführlicher begründet werden, warum die Forderung nach einer starken Empfehlung bzgl. der Konsensstärke bei Indikationsindikatoren nun nicht mehr beibehalten werden soll. Zudem ergeben sich auch Inkonsistenzen zu den drei Modellverfahren, sodass es eines Vorschlags bedarf, wie eine rückwirkende Anpassung der Methodik bei den drei Modellverfahren erfolgen soll, um diese Inkonsistenzen zu vermeiden.

### **Zu 2.3.3 Potenzial zur Verbesserung**

#### **„Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse bei den Patientinnen und Patienten“**

Die Kennzahlen 1 „Anzahl verbesserbarer Ereignisse bei den Patienten“ und 2 „Anteil der Leistungserbringer mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert“ werden vom IQTIG selbst als limitiert beschrieben, da hierzu beispielsweise eine gute Datenqualität vorliegen muss. Daher stellt sich die Frage, ob die Kennzahlen 1 und 2 eine Oder-Verknüpfung bei der Gesamteinschätzung rechtfertigen.

#### **„Kennzahl 2: Anteil der Leistungserbringer mit statistisch signifikanter Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert“**

Kennzahl 2 bildet den Anteil der Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten ab. Das IQTIG beschreibt Kennzahl 2 als "Verbreitung von Qualitätsdefiziten mit Blick auf die Leistungserbringer" - diese Formulierung widerspricht der Tatsache, dass Qualitätsindikatoren keine Qualität messen, sondern stets nur als Aufgreifkriterien zu verstehen sind, die erst im anschließenden Verfahren der qualitativen Beurteilung durch Fachexperten im Hinblick auf ein tatsächlich vorliegendes Qualitätsdefizit zu prüfen sind. Die Formulierung ist daher anzupassen. Vorschlag: Verbreitung von "vermuteten" Qualitätsdefiziten.

Es wird darauf verwiesen, dass Kennzahl 2 „als relativer Anteil an allen Leistungserbringern, die die jeweilige Behandlung vornehmen, das Risiko von Patientinnen und Patienten beschreibt, von einem Leistungserbringer mit verbesserungswürdiger Qualität behandelt zu werden.“

Von einem Behandlungsrisiko für die Patienten zu sprechen, wenn die Qualität verbesserungswürdig ist, ist im Zusammenhang mit beobachtbaren Deckeneffekten nicht sachgerecht. Hier ist die Qualität aller Leistungserbringer nahezu gleich gut. Hinzu kommt die Fülle an QI mit perzentilbasierten Referenzbereichen. Hier sind Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches keine "riskant schlechte Behandlungsqualität". Bitte Formulierung anpassen!

## **Zu 2.4 Schritt B1: Überprüfung der Messeigenschaften QS-dokumentationsbasierter Indikatoren**

### **Zu 2.4.2 Datenqualität**

#### **„Kennzahl 1: Bewertung der Datenqualität aus der Datenvalidierung“**

Bei fehlender Datengrundlage, d.h. Wenn zu dem QS-Verfahren/Modul noch keine Datenvalidierung stattgefunden hat oder wenn die Datenvalidierung zuletzt für die Daten des EJ 2017 oder früher durchgeführt wurde, wurde eine eigene qualitative Einschätzung zur Datenqualität durch das IQTIG vorgenommen. Auf welcher Basis erfolgte diese, da doch die Datengrundlage weiterhin fehlt und zudem noch einschränkend darauf hingewiesen wird, dass die das IQTIG sich an den Ergebnissen des letzten vorliegenden DV berichts nur dann orientieren konnte, wenn die Datenfelder seit der letzten DV unverändert geblieben sind.

#### **„Leitfrage 2: Einschätzung der Übereinstimmung**

Das Vorgehen zu Leitfrage 2 erschließt sich nicht: Warum kann die Spezifikation (bzgl. zu dokumentierender Angaben aus der Patientenakte) hier mit der QS-Dokumentation abgeglichen werden, um die Übereinstimmung abzuschätzen. Spezifikationsvorgaben sind doch stets zwingend umzusetzen, damit der QS-Bogen ausgeleitet werden kann. Auch die Fußnote 13 bzgl. alternativem Abgleich mit anderer interne QS Dokumentation, z.B. Einrichtungsbefragung, ist uns unverständlich. Wir bitten um Erläuterung.

### **Zu 2.4.5 Angemessenheit der Risikoadjustierung**

Die Angemessenheit der Risikoadjustierung wird bei bereits risikoadjustierten QI nur aufgrund konkreter Hinweise geprüft. Dies greift zu kurz. Auch hier sollte im Rahmen der Verfahrenspflege regelhaft die wissenschaftliche Literatur ausgewertet und das EXG konsultiert werden, da konkrete Hinweise nur im Einzelfall aus dem Stellungnahmeverfahren zu erwarten sind. Im Regelfall schlagen sich unberücksichtigte Risikofaktoren unbemerkt in den Auswertungsergebnissen nieder.

### **Zu 2.5 Schritt B2: Praktikabilität der Messung**

Die Beurteilung der Praktikabilität erfolgt durch die quantitative Einschätzung des Aufwands der Datenerhebung für die Leistungserbringer anhand der verwendeten Datenquelle (QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen). Der Ansatz, hier nur Datenfelder zu untersuchen, die über die fallbezogene QS-Dokumentation erhoben werden, ist nachvollziehbar. Nicht geteilt wird jedoch die Annahme, dass für Sozialdaten keine zusätzlichen Aufwände bei den Leistungserbringern anfallen, "da diese Daten ohnehin dokumentiert werden".

Erfahrungsgemäß verursachen sozialdatenbasierte QI im Stellungnahmeverfahren vergleichsweise höhere Aufwände, da der Fallbezug für die Leistungserbringer teilweise unklar ist und die Zuschreibung zur Indexleistung nachvollzogen werden muss. Daher ist an dieser Stelle nochmals darauf hinzuweisen, dass die Aufwände des Stellungnahmeverfahrens zwingend stärkere

Berücksichtigung bei der Aufwand-Nutzen-Betrachtung finden müssen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass das IQTIG für die Integration von Sozialdaten in den Verfahren QS HGV und QS KEP ein neues „Teilset“ aus 15 Qualitätsindikatoren und 6 Kennzahlen für QS HGV und 7 Qualitätsindikatoren und 6 Kennzahlen für QS KEP vorschlägt. Dadurch sollen die bisherigen Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen, zur Sterblichkeit und zu frühzeitigen Wechseleingriffen weitestgehend abgelöst werden. Dennoch wird weiterhin auch für diese Indikatoren eine fallbezogene QS-Dokumentation „hauptsächlich für POA-Zwecke“ (Present-on-Admission) gefordert (vgl. IQTIG-Vorbericht "Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in den Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) gemäß DeQS-RL (Stand 5. Februar 2024)"). Die Verwendung von Sozialdaten hätte also - wird den diesbezüglichen Weiterentwicklungsempfehlungen des IQTIG gefolgt - durchaus Auswirkungen auf den Erhebungsaufwand, der in die Aufwandsbetrachtung einfließen muss.

Es fehlt auch der Einbezug geänderter Ausfüllhinweise je QI, die Aufwand generieren, weshalb sie auch in der Bürokratiekostenermittlung des G-BA regelhaft berücksichtigt werden. Diese könnten empirisch aus den Daten des letzten Erfassungsjahres (die auch Informationsgrundlage in Schritt 2 sind) in die Berechnung der Aufwandseinheiten (AE) je Indikator einbezogen werden.

### **Zu 3 QS-Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)**

#### **Zu Komplikations-Qualitätsindikatoren**

Das IQTIG beschreibt, dass es perspektivisch vorgesehen sei, die Qualitätsindikatoren „Intraprozedurale Komplikationen“, „Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts“, „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei einem Mitralklappeneingriff“ mit dem auf Sozialdaten basierenden Qualitätsindikator „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff“ zusammenzufassen und die entsprechenden Qualitätsmerkmale mittels Sozialdaten abzubilden. Diese Empfehlung sollte als Ergebnis der Weiterentwicklung stärker zum Ausdruck gebracht werden. Im Text fehlen Hinweise, wann mit dieser Änderung zu rechnen ist. Wenn kein Missverständnis vorliegt, könnte gemäß Zeitplan ggf. ab 2026 die Umsetzung vorgesehen werden. Das ist eine konkrete Empfehlung und keine Perspektive.

In der Beschreibung zur alternativen Nutzungsmöglichkeit von Sozialdaten wird erwähnt, dass derzeit noch Risikofaktoren zur Berücksichtigung im Risikoadjustierungsmodell geprüft werden. Unklar bleibt, in welchem Rahmen die Prüfung stattfindet und bis wann Ergebnisse hierzu vorliegen. Sind die Ergebnisse im Rahmen des Abschlussberichts zu erwarten? Dies sollte deutlicher dargestellt werden.

#### **Zu 3.8 Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen**

Das IQTIG bewertet die Risikoadjustierung als „eingeschränkt angemessen“ und gibt Hinweise zur weitergehenden Prüfung. Weder aus dem Bericht noch aus dem Zeitplan geht hervor, wann das IQTIG die Risikoadjustierung überarbeiten wird. Dies sollte konkretisiert werden.

### **Zu 3.10 Reinterventionen bzw. Reoperationen innerhalb von 30 Tagen**

Das IQTIG gibt konkrete Hinweise zur Entwicklung der Risikoadjustierung anhand potentieller Risikofaktoren und weist darauf hin, dass eine Operationalisierung im Rahmen der Weiterführung des Indikators zu prüfen wäre. Weder aus dem Bericht noch aus dem Zeitplan geht hervor, wann das IQTIG plant, die Risikoadjustierung zu entwickeln. Dies sollte konkretisiert werden. Da für die Indikatoren 362014, 382003 und 402008 nur ein geringes Verbesserungspotential besteht und zunächst die Erkenntnisse des ersten Stellungnahmeverfahrens zum EJ 2023 abgewartet werden sollen, ist es nachvollziehbar, dass noch keine Risikoadjustierung erarbeitet wurde. Dennoch sollte eine entsprechende Zeitplanung vorgenommen werden.

### **Zu 3.14 Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen**

Auch bei diesen QI sollte konkretisiert werden, wann die perspektivisch in Aussicht gestellte Risikoadjustierung über Sozialdaten bei den Krankenkassen für das gesamte QI-Set erarbeitet wird.

## **Zu 4 QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)**

Das IQTIG empfiehlt für dieses Verfahren vielfältige Überarbeitungen der Qualitätsindikatoren. Zum Teil basieren die Empfehlungen auf aktuell nicht geeigneten Operationalisierungen der Qualitätsindikatoren. Die Überarbeitungen sollen dann zeitnah anhand einer umfassenden Datenvalidierung geprüft werden. Bei einigen Indikatoren wird bis zum Vorliegen der Ergebnisse der Datenvalidierung und einer anschließenden Prüfung die vorübergehende Aussetzung der Stellungnahmeverfahren empfohlen, die Daten sollen mit überarbeiteten Datenfeldern weiterhin durch die Krankenhäuser erhoben werden. Bei diesem vorgeschlagenen Prozess ist es wichtig, die üblichen zeitlichen Zusammenhänge in den Blick zu nehmen: Das IQTIG legt mit dem aktuellen Bericht Weiterentwicklungsempfehlungen zum EJ 2026 vor. Denkbar wäre somit eine frühestmögliche Datenvalidierung im Jahr 2027. Die hieraus abgeleiteten Ergebnisse könnten dann Ende 2027 bzw. Anfang 2028 in die G-BA Beratungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens zum Erfassungsjahr 2029 fließen. Einschränkend ist weiterhin darauf hinzuweisen, dass die DeQS-RL bisher keine Regelungen zur Datenvalidierung außerhalb des Verfahrens der statistischen Basisprüfung gemäß § 16 enthält. Erklärtes Ziel des G-BA ist es zwar, baldmöglichst das Verfahren der Datenvalidierung weiter auszugestalten, wann ein diesbezüglicher Beschluss gefasst werden kann, ist allerdings noch ungewiss. Ein Erheben von Daten ohne konkrete Zweckbindung (hier Durchführung einer Qualitätsbeurteilung) ist rechtlich nicht vertretbar. Daher sollten hier kurzfristig alternative Konzepte (Stichprobenkonzept, Modellverfahren, o.ä.) für ein Stichprobenverfahren mit Datenabgleich vorgelegt werden, die den langen Zeitverzug vermeiden. Insgesamt erscheint der vorgeschlagene Überarbeitungsprozess als zu langwierig.

### **Zu 4.4 2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme**

Das IQTIG bewertet die aktuelle Operationalisierung als nicht geeignet und gibt Empfehlungen für diverse Weiterentwicklungen, die anschließend im Rahmen einer umfassenden Datenvalidierung geprüft werden sollen (siehe auch oben). Währenddessen sollen Stellungnahmeverfahren ausgesetzt werden. Der aktuelle Erfassungsauswand wird zudem vom IQTIG als eher hoch

eingestuft. In dem Bericht fehlt leider einer Aussage zum kurzfristigen Umgang mit diesen Erkenntnissen. Wie soll im kommenden Erfassungsjahr 2025 hiermit umgegangen werden? An dieser Stelle, aber auch bei anderen QI und/oder Verfahren, bei denen sich ähnliche Erkenntnisse ergeben, sollte sich das IQTIG eindeutig positionieren. Für den G-BA wird es schwer zu vertreten sein, bei diesem Wissen anderthalb weitere Jahre so fortzufahren, als ob es diese umfassende Analyse des IQTIG nicht gäbe.

#### **Zu 4.5 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme**

Die vollständige Streichung der Ausschlussbedingung Entlassungsgrund „07 = Tod“ erscheint sehr weitgehend. Vor dem Hintergrund des Eckpunktebeschlusses und dem wesentlichen Ziel einer Aufwandsreduktion sollte eine differenziertere Betrachtung vorgesehen werden. Fälle, die in einem frühen Zeitraum nach Aufnahme versterben, sollten keine ressourcenaufwändigen Stellungnahmeverfahren ausschließlich aufgrund einer nicht durchgeführten Frühmobilisation auslösen. Bei derart schwerwiegenden Erkrankungsfällen, bei denen Patienten/-innen frühzeitig versterben, kann die Frühmobilisation nicht im direkten Fokus stehen.

Während die empfohlene differenziertere Betrachtung hinsichtlich der palliativen Therapiezielsetzung (gilt nur als Ausschlusskriterium, wenn innerhalb der ersten 48 Std. dokumentiert) für den QI „2009 Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ nachvollziehbar ist, erscheint die Relevanz für den QI 2013 Frühmobilisation nach Aufnahme nicht gegeben. Bis die Entscheidung eines palliativen Therapieziels gefällt werden kann, vergeht mitunter ein längerer Zeitraum als 48 Stunden. Die Diagnose der Erkrankung und aller möglichen Begleiterkrankungen muss vollständig abgeschlossen sein, der/die Patient/-in und die Angehörigen müssen umfassend informiert sein. Weiterhin bedarf eine derartige Entscheidung im Zweifel etwas mehr Zeit. Wurde aber die Entscheidung für ein palliatives Vorgehen gewählt, ist es nicht von elementarer Tragweite, ob eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden stattgefunden hat. Eine derartige Umstellung würde erneut eine Form von erweiterten Aufwänden in der datengestützte QS generieren, die eigentlich mit der Weiterentwicklung beseitigt werden sollten.

Das IQTIG empfiehlt, das Datenfeld „chronische Bettlägerigkeit“ nicht mehr als Ausschlussbedingung in der Rechenregel zu verwenden, während das Expertengremium auf Bundesebene die ergänzende Bezeichnung „Kann auch nicht mithilfe aus dem Bett heraus mobilisiert werden“ vorschlägt. Es stellt sich die Frage, wie diese Vorschläge zusammenpassen. Soll die Information weiterhin erhoben werden und wenn ja, wie soll sie im Rahmen der Berechnungen genutzt werden? Aus dem Vorbericht geht dies nicht eindeutig hervor.

#### **Zu 4.6 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**

Das IQTIG empfiehlt, anders als in der bisherigen Rechenregel auch Patientinnen und Patienten mit einer „palliativen Therapiezielsetzung“ aufzunehmen. Aus dem Bericht geht nicht hervor, inwieweit diese Empfehlung des IQTIG mit den Fachexperten/-innen beraten wurde. Die diesbezügliche Einschätzung der Fachexperten/-innen sollte im Abschlussbericht transparent nachvollzogen werden können.

#### **Zu 4.8 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus**

Wie bereits zum QI „2013: Frühmobilisation nach Aufnahme“ angemerkt, ist auch für diesen QI die differenzierte Betrachtung der Entscheidung zur palliativen Therapiezielsetzung (Ausschluss nur innerhalb von 48 Std.) nicht nachvollziehbar. Das Patienten/-innen, die sich mit den Angehörigen für ein palliatives Therapieziel entschieden haben, während des Krankenhausaufenthalts versterben können, kann unumgänglich sein. Zu welchem Zeitpunkt die Entscheidung für ein palliatives Therapieziel erfolgt ist, hat hierbei keine Relevanz.

#### **Zu 5 QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC)**

Das IQTIG regt an, dass eine weitere Reduzierung des Erhebungsaufwands für die Leistungserbringer sich möglicherweise durch die Operationalisierung verschiedener Qualitätsindikatoren anhand der Daten der klinischen Krebsregister erreichen ließe. Leider wird hierzu nicht näher im Bericht ausgeführt. Diese Idee wird befürwortet. Sie sollte dringend weiterverfolgt werden, sobald die Grundlagen für die Datenflüsse zur Einbindung der klinischen Krebsregister in der DeQS-RL im Zuge der Einführung des neuen Qualitätssicherungsverfahrens Lokal begrenztes Prostatakarzinom (QS Prostata-Ca) geschaffen wurden.

#### **Zu 5.6 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS**

Die dargelegten Hintergründe für die vom IQTIG empfohlene Abschaffung des Qualitätsindikators sind nachvollziehbar. Die Abschaffung aufgrund des ungünstigen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses wird sowohl für die DeQS-RL als auch für die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) befürwortet. Insbesondere vor dem Hintergrund des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und den vorgesehenen Streichungen der Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wird die Abschaffung dieses Qualitätsindikators, der bislang auch als planungsrelevanter Qualitätsindikator fungierte, als unkritisch angesehen.

#### **Zu 5.12 Fazit und Ausblick**

Das IQTIG weist darauf hin, dass eine Aufwandsreduktion bei den Leistungserbringern durch die Erfassung bestimmter Qualitätsaspekte über eine Patientenbefragung möglich wäre und führt als Beispiel ausschließlich den QI 51370 „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ an. Bei den umfassenden Änderungen und Anforderungen, die die Einführung einer Patientenbefragung für alle Verfahrensbeteiligte mit sich bringt, kann das Argument der Aufwandsreduktion nicht nachvollzogen werden. Hierfür müsste schon eine umfassendere Umstellung des Verfahrens angestrebt werden.

## **Stellungnahme des DNVF e.V: zum IQTIG-Vorbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung, Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV “**

Der G-BA verabschiedete Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung, im Kern mit dem Ziel, das Aufwand-Nutzen-Verhältnisses der QS-Maßnahmen (Minimierung Dokumentationsaufwand für Leistungserbringende) sowie die Versorgungsqualität zu verbessern. Hierzu sollen alle bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung überarbeitet werden. Mit den folgenden sechs Verfahren „QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“ wurde begonnen, bei denen nach Umsetzung der Vorschläge des IQTIG ca. 19,4 % der bundesweiten jährlichen Aufwände für deren QS-Dokumentation eingespart werden könnten. Die Stellungnahme bezieht sich auf die Empfehlungen sowie die entsprechenden Anhänge.

Der Auftrag und das methodische Verfahren ist nachvollziehbar beschrieben, unklar bleibt die qualitative Operationalisierung von Schritt C2 im Kapitel 2. Insbesondere das Verfahren zur Gegenüberstellung der Eignungskriterien des Qualitätsziels sowie der Eignungskriterien der Operationalisierung und des Aufwands der Messung wird wenig beschrieben, ist jedoch für die Nachvollziehbarkeit der finalen Entscheidung zur etwaigen Weiterführung (mit Anpassung), Umwandlung, Pausierung, Überarbeitung, Abschaffung des Indikators von entscheidender Bedeutung. Zudem wäre es wichtig zu beschreiben, wie das Evaluationskonzept vor dem Hintergrund der Entscheidungen aussehen würde. In dem Zusammenhang wäre ebenso wichtig zu schauen, inwieweit sich das bisherige Bild zur Versorgungsqualität verändert und unerwartete Ergebnisse (Evaluationslücken) auftreten, die einer entsprechenden Evaluation bedürfen.

Die Abschaffung eines Indikators wird teils mit einer Verlagerung auf die interne Qualitätssicherung begründet, womit auf eine gewisse Bedeutung hingewiesen wird. Hierzu wird jedoch nichts weiter ausgeführt. Wie kann der damit „verlagerte“ Aufwand bewertet und operationalisiert werden? Was bedeutet dies für die Qualitätssicherung der Versorgungsqualität? Wie drückt sich die Verlagerung in Strukturen und Prozessen aus?

Bezüglich des Anhangs ist anzumerken, dass unklar ist, inwiefern eine ökonomische Analyse im Hinblick auf den Aufwand durchgeführt wurde. Unklar ist auch, wie Entscheidungen zur leitlinienbasierten (teils Originalstudien älter) und/ oder direkten studienbezogenen Recherche getroffen wurden und welche wissenschaftlichen Vorgehensweisen hierzu gewählt wurden.

Zusammenfassend bleibt die Operationalisierung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses der QS-Maßnahmen auf Leistungserbringendenebene in Teilen unklar. Insbesondere bei der Verlagerung auf die interne QS besteht Ausführungsbedarf.

---

Die DNVF-Stellungnahme wurde von Prof. Dr. Silke Kuske im Auftrag des DNVF-Vorstands erarbeitet.

### Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.  
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Vorsitzende)  
c/o DNVF-Geschäftsstelle  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14057 Berlin  
E-Mail: [info@dnvf.de](mailto:info@dnvf.de)  
Tel.: 030 1388 7070

IQTIG

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

Nürnberg, am 10.04.2024

**Präsident**

Prof. Dr. med. univ. Markus Gosch  
Paracelsus Medizinische Privatuniversität  
Klinikum Nürnberg  
Universitätsklinik für Geriatrie  
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1  
90419 Nürnberg  
Tel.: 0911/398 – 2435  
Fax.: 0911/ 398 – 2117  
markus.gosch@klinikum-nuernberg.de

**President-elect**

Prof. Dr. med. Michael Denking  
Agaplesion Bethesda Klinik Ulm gGmbH  
Zollernring 26  
89073 Ulm  
Tel.: 0731/187-0  
Fax.: 0731/187-300  
michael.denking@agaplesion.de

**Past President**

Prof. Dr. med. Rainer Wirth  
Ruhr-Universität Bochum  
Marien Hospital Herne  
Klinik für Altersmedizin und  
Frührehabilitation  
Hölkeskampring 40  
44625 Herne  
Tel.: 02323/499 – 2401  
Fax.: 02323/499 – 3387  
rainer.wirth@rub.de

**Schatzmeisterin**

PD Dr. med. Sandra Schütze  
AGAPLESION Markus Krankenhaus  
Medizinisch-Geriatriische Klinik  
Wilhelm-Epstein-Str. 4  
60431 Frankfurt a. M.  
Tel.: 069/9533 – 5311  
Fax.: 069/9533 - 5312  
sandra.schuetze@agaplesion.de

**Sekretär**

OÄ Dr. med. Svenja Tietgen  
Klinikum Bremerhaven  
Klinik für Akutgeriatrie und geriatrische  
Frührehabilitation  
Postbrookstrasse 103  
27574 Bremerhaven  
Tel.: 0471/299 3690  
Fax.: 0471/299 3743  
Svenja.tietgen@klinikum-bremerhaven.de

**Weiterbildungsbeauftragte**

Prof. Dr. med. Katrin Singler  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-  
Nürnberg  
Institut für Biomedizin des Alterns  
Paracelsus Medizinische Privatuniversität  
Klinikum Nürnberg  
Universitätsklinik für Geriatrie  
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1  
90419 Nürnberg  
Tel.: 0911/398 – 118195  
katrin.singler@klinikum-nuernberg.de

**Amtsgericht  
Köln VR 9016**

**Kontoführende Bank:**  
Deutsche Bank Hannover  
BLZ: 250 700 70  
Kto.-Nr.: 0250 175 00  
IBAN:  
DE87 2507 0070 0025 0175 00  
BIC/SWIFT-Code:  
DEUTDE2HXXX

vielen Dank für die Einladung an die DGG zur Stellungnahme. Im Folgenden  
finden Sie unsere Kommentare zu den einzelnen Verfahren.

**QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe**

Vorbericht: Aufgrund der hohen Relevanz der Dekubitusprophylaxe im klinischen  
Alltag begrüßen wir die weitere Vollerhebung des Indikators DEK in der  
bisherigen Form zumindest bis eine mögliche Entwicklung und Erprobung  
eines Stichprobenkonzeptes aller QS-Verfahren vorliegt.

S. 277: Zur Beurteilung einer eingeschränkten Mobilität wird kein  
einheitliches Vorgehen bei der Einschätzung vom Expertengremium  
konstatiert. Diesbezüglich ist die pflegerische Assessment-Erstellung  
mit Hilfe der Braden-Skala als einheitlicher Standard in der Risikoabschätzung  
gemäß Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege üblich. Darauf s  
ollte hingewiesen werden.

S. 281: Die eingehendere Betrachtung der Kategorie „Dekubitus , Grad nicht  
näher bezeichnet“ wird sehr begrüßt, da es sich nach meiner Auffassung  
auch nach EPUAP um einen Dekubitus handeln kann, der in seiner Tiefe der  
Schädigung noch nicht abschließend beurteilt werden kann.

Anhang zum Vorbericht: hier keine Kommentierungen

Zeitpläne: der Zeitplan ist nachvollziehbar.

**QS-Verfahren ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)**

Vorbericht: Seite 141 ID50778 Qualitätsindikator Sterblichkeit im Krankenhaus;  
die Bedeutung für die Patientinnen und Patienten ist in der Tat sehr hoch, es wäre  
hier wichtig zu hinterfragen, ob die Sterblichkeit/der Tod differenzierter  
betrachtend werden wird. Es ist ausschlaggebend ob der Tod trotz maximaler  
Behandlung eingetreten ist oder eine Therapiezieländerung, z. B. bei Vorliegen  
einer Vorausverfügung, stattgefunden hat. Im Abschnitt zu den Empfehlungen  
im QS Filter wird darauf hingewiesen, dass bisher Ausschlusscodes wie z.B. der  
der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung, genannt wurden. Dies  
wird in der neuen Fassung nicht mehr der Fall sein, sondern zukünftig die  
Patienten und Patientinnen die eine geriatrische Frührehabilitation erhalten  
haben ebenfalls in das Qualitätssicherungssystem eingeführt werden. Hierbei  
ist darauf zu achten, dass die entsprechende Erfassung dieser vulnerablen  
Patientengruppe differenziert hinsichtlich Ko- und Multimorbidität, wie auch  
einem Funktionalitätsstatus erfolgt.

Anhang zum Vorbericht: hier keine Kommentierungen

Zeitpläne: der Zeitplan erscheint schlüssig und machbar um die Qualitätssicherung zu erreichen

## QS Verfahren HGV (QS HGV)

Vorbericht: es ist zwar bedauerlich, dass Maßnahmen zur Sturzprophylaxe herausgenommen werden, aber letztendlich auf Grund der beschriebenen schlechten Datenqualität als Folge schwieriger Erfassung nachvollziehbar. Da die Therapieraten für die Osteoporose nach Frakturen weiterhin sehr gering sind, sollte man ein Modul Osteoporose einführen. Diese könnte auch über KK-Daten (Verschreibungen) evaluiert werden.

Anhang zum Vorbericht: hier keine Kommentierungen

Zeitpläne: der Zeitplan erscheint schlüssig und machbar um die Qualitätssicherung zu erreichen

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. med. univ. Markus Gosch

### Präsident

Prof. Dr. med. univ. Markus Gosch  
Paracelsus Medizinische Privatuniversität  
Klinikum Nürnberg  
Universitätsklinik für Geriatrie  
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1  
90419 Nürnberg  
Tel.: 0911/398 – 2435  
Fax.: 0911/ 398 – 2117  
markus.gosch@klinikum-nuernberg.de

### President-elect

Prof. Dr. med. Michael Denking  
Agaplesion Bethesda Klinik Ulm gGmbH  
Zollertring 26  
89073 Ulm  
Tel.: 0731/187-0  
Fax.: 0731/187-300  
michael.denking@agaplesion.de

### Past President

Prof. Dr. med. Rainer Wirth  
Ruhr-Universität Bochum  
Marien Hospital Herne  
Klinik für Altersmedizin und  
Frührehabilitation  
Hölkeskampring 40  
44625 Herne  
Tel.: 02323/499 – 2401  
Fax.: 02323/499 – 3387  
rainer.wirth@rub.de

### Schatzmeisterin

PD Dr. med. Sandra Schütze  
AGAPLESION Markus Krankenhaus  
Medizinisch-Geriatriische Klinik  
Wilhelm-Epstein-Str. 4  
60431 Frankfurt a. M.  
Tel.: 069/9533 – 5311  
Fax.: 069/9533 - 5312  
sandra.schuetze@agaplesion.de

### Sekretär

OÄ Dr. med. Svenja Tietgen  
Klinikum Bremerhaven  
Klinik für Akutgeriatrie und geriatrische  
Frührehabilitation  
Postbrookstrasse 103  
27574 Bremerhaven  
Tel.: 0471/299 3690  
Fax.: 0471/299 3743  
Svenja.tietgen@klinikum-bremerhaven.de

### Weiterbildungsbeauftragte

Prof. Dr. med. Katrin Singler  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-  
Nürnberg  
Institut für Biomedizin des Alterns  
Paracelsus Medizinische Privatuniversität  
Klinikum Nürnberg  
Universitätsklinik für Geriatrie  
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1  
90419 Nürnberg  
Tel.: 0911/398 – 118195  
katrin.singler@klinikum-nuernberg.de

### Amtsgericht Köln VR 9016

**Kontoführende Bank:**  
Deutsche Bank Hannover  
BLZ: 250 700 70  
Kto.-Nr.: 0250 175 00  
IBAN:  
DE87 2507 0070 0025 0175 00  
BIC/SWIFT-Code:  
DEUTDE2HXXX



IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

per E-Mail: [REDACTED]

22. März 2024

## Vorbericht Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung // QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC)

Eine Kommentierung der

**Deutschen Gesellschaft für Senologie e.V.**

in Zusammenarbeit mit der

**Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit zur Stellungnahme und  
kommentieren wie folgt:

Wir haben die Empfehlung zur Weiterentwicklung des QS-  
Verfahren Mammachirurgie aufmerksam gelesen. In Bezug auf die  
Einschätzung der Qualitätsindikatoren, wie die Bedeutung für die  
Patientinnen und Patienten, den Zusammenhang mit unmittelbar  
patientenrelevanten Merkmalen, das Verbesserungspotenzial, die  
Beeinflussbarkeit, die Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss,  
die Objektivität, die Reliabilität, die Datenqualität, die Validität, als  
auch die Risikoadjustierung und dem Aufwand der Messung  
stimmen wir in Bezug auf die genannten Qualitätsindikatoren

### Vorstand

#### Vorsitzende

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

#### Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Rüdiger Schulz-Wendtland, Erlangen

#### Schriftführer

Prof. Dr. Andreas Schneeweiss, Heidelberg

#### Kassenführer

Prof. Dr. Bernd Gerber, Rostock

#### Kongresspräsident 2024

Prof. Dr. Adrien Daigeler, Tübingen

#### Co-Kongresspräsidentin 2024

Prof. Dr. Stefanie Weigel, Münster

#### Co-Kongresspräsident 2024

Prof. Dr. Michael Patrick Lux, Paderborn

#### Kongresspräsident 2023

Prof. Dr. Jürgen Debus, Heidelberg

#### Co-Kongresspräsidentin 2023

Prof. Dr. Annette Lebeau, Lübeck

#### Chirurgie

Dr. Mario Marx, Radebeul

#### Gynäkologie

Prof. Dr. Achim Wöckel, Würzburg

#### Innere Medizin

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

#### Pathologie

Prof. Dr. Annette Lebeau, Lübeck

#### Plastische Chirurgie

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

#### Radiologie (Diagnostik)

Prof. Dr. Ulrich Bick, Berlin

#### Radioonkologie

Prof. Dr. Frederik Wenz, Freiburg

#### Editorin Senologie Zeitschrift

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

#### Leiter der DAS - kooptiert

Prof. Dr. Michael P. Lux, Paderborn

#### Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Ute-Susann Albert, Würzburg

Prof. Dr. Wilfried Budach, Düsseldorf

Prof. Dr. Roland Croner, Magdeburg

Prof. Dr. Walter Heindel, Münster

Prof. Dr. Wolfgang Janni, Ulm

Prof. Dr. Walter Jonat, Kiel

Frau Hedy Kerek-Bodden, Bonn

Prof. Dr. Hans H. Kreipe, Hannover

Prof. Dr. Thomas Kremer, Leipzig

Prof. Dr. Diana Lüftner, Buckow

Prof. Dr. Olaf Ortman, Regensburg

Prof. Dr. Alexandra Resch, Wien, Österreich

Prof. Dr. Anton Scharl, Oberaudorf

Prof. Dr. Rita Schmutzler, Köln

Prof. Dr. Christine Solbach, Frankfurt am Main

Dr. Toni Vomweg, Koblenz

Prof. Dr. Walter Paul Weber, Basel, Schweiz



grundsätzlich zu. Zudem freuen wir uns, dass der Einschätzung der Bundesfachgruppe Mammachirurgie gefolgt worden ist.

Allerdings haben wir zu den einzelnen Qualitätsindikatoren generelle Anmerkungen, die wir im Folgenden darstellen möchten.

## *ID 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung*

Hier wird auf Seite 185 darauf verwiesen, dass eine alternative Operationalisierung mittels der Sozialdaten der Krankenkassen nicht möglich sei, weil die Angaben nicht in den Sozialdaten der Krankenkassen enthalten sind. Dieses unterstreicht weiterhin die Notwendigkeit, die Qualitätssicherung sektorübergreifend durchzuführen. Da die Versorgung einer Patientin bzw. eines Patienten mit einer Mammakarzinomerkrankung grundsätzlich nicht nur interdisziplinär, sondern auch sektorübergreifend durchgeführt wird, wäre es im Sinne der Qualitätssicherung, den ambulanten Bereich deutlicher mit einzubeziehen. In dem Fall wäre folgend auch eine Operationalisierung der Sozialdaten der Krankenkassen möglich, welches die Ressourcen bzw. den Dokumentationsaufwand der stationären Einrichtungen bzw. der zertifizierten Zentren reduzieren würde. Zudem wäre eine lückenlose Betrachtung der diagnostischen und therapeutischen Versorgung der Patientinnen und Patienten mit einer Mammakarzinomerkrankung über die Sektoren möglich.

*ID 212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk/ ID 212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk*

## **Vorstand**

### **Vorsitzende**

**Prof. Dr. Sara Y. Brucker**, Tübingen

### **Stellv. Vorsitzender**

**Prof. Dr. Rüdiger Schulz-Wendtland**, Erlangen

### **Schriftführer**

**Prof. Dr. Andreas Schneeweiss**, Heidelberg

### **Kassenführer**

**Prof. Dr. Bernd Gerber**, Rostock

### **Kongresspräsident 2022**

**Prof. Dr. Hans Tesch**, Frankfurt am Main

### **Co-Kongresspräsidenten 2022**

**Prof. Dr. Katja Siegmann-Lutz**, Berlin

**Prof. Dr. Christoph Heitmann**, München

### **Kongresspräsidenten 2020/21**

**Prof. Dr. Peter A. Fasching**, Erlangen

### **Co-Kongresspräsidenten 2020/21**

**Dr. Karin Bock**, Marburg

**Prof. Dr. Christoph Heitmann**, München

### **Chirurgie**

**Dr. Mario Marx**, Radebeul

### **Gynäkologie**

**Prof. Dr. Achim Wöckel**, Würzburg

### **Innere Medizin**

**Prof. Dr. Hans Tesch**, Frankfurt am Main

### **Pathologie**

**Prof. Dr. Annette Lebeau**, Lübeck

### **Plastische Chirurgie**

**Prof. Dr. Christoph Heitmann**, München

### **Radiologie (Diagnostik)**

**Prof. Dr. Ulrich Bick**, Berlin

### **Radioonkologie**

**Prof. Dr. Frederik Wenz**, Freiburg

### **Editor Senologie Zeitschrift**

**Prof. Dr. Sara Y. Brucker**, Tübingen

### **Leiter der DAS - kooptiert**

**Prof. Dr. Michael P. Lux**, Paderborn

### **Wissenschaftlicher Beirat**

**Prof. Dr. Ute-Susann Albert**, Würzburg

**Prof. Dr. Christoph Andree**, Düsseldorf

**Prof. Dr. Wilfried Budach**, Düsseldorf

**Prof. Dr. Roland Croner**, Magdeburg

**Prof. Dr. Walter Heindel**, Münster

**Prof. Dr. Wolfgang Janni**, Ulm

**Prof. Dr. Walter Jonat**, Kiel

**Frau Hedy Kerek-Bodden**, Bonn

**Prof. Dr. Hans H. Kreipe**, Hannover

**Prof. Dr. Diana Lüftner**, Berlin

**Prof. Dr. Olaf Ortman**, Regensburg

**Prof. Dr. Alexandra Resch**, Wien, Österreich

**Prof. Dr. Anton Scharl**, Amberg

**Prof. Dr. Rita Schmutzler**, Köln

**Prof. Dr. Christine Solbach**, Frankfurt am Main

**Dr. Toni Vomweg**, Koblenz

**Prof. Dr. Walter Paul Weber**, Basel, Schweiz



Es wird genannt, dass eine alternative Operationalisierung mittels der Sozialdaten der Krankenkassen nicht möglich sei. Hier heißt es, dass Überlegungen zur möglichen Abbildung über Sozialdaten bei den Krankenkassen ergaben, dass eine Abbildung des Qualitätsmerkmals mittels Sozialdaten nicht möglich ist, da die zur Indikatorberechnung erforderlichen Angaben nicht in den Sozialdaten bei den Krankenkassen enthalten sind. Dementsprechend wäre es aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Senologie e.V. zu empfehlen, einen entsprechenden OPS-Code für die präoperative Drahtmarkierung zu etablieren, sodass in den Abrechnungsdaten durch die entsprechende Kodierung auch die Krankenkassen auf die Durchführung einer entsprechenden Markierung zurückgreifen können. Dieses könnte den Ressourcenaufwand in Bezug auf die Dokumentation der stationären Einrichtungen reduzieren.

3

Zudem müssen die beiden Qualitätsindikatoren weiterhin beobachtet und in naher Zukunft modifiziert werden. Die Indikatoren zur Drahtmarkierung eines nicht tastbaren Befundes wurden entwickelt, als in Deutschland ausschließlich die Drahtmarkierung als bildgebend-gesteuerte Lokalisationstechnik existierte. Es ging dabei darum, bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit einem nicht tastbaren Befund eine bildgebende Lokalisation vor brusterhaltender Therapie durchzuführen (d.h. nicht „blind“ das Gewebe eines bestimmten Quadranten zu entfernen, oder nur auf der Haut mit dem Stift die Lokalisation anzuzeichnen). Mittlerweile stehen eine Reihe von neueren Lokalisationstechniken zur Verfügung (sondengestützte Verfahren), von denen einige der Drahtmarkierung überlegen (wie die intraoperative Sonographie mit drei verfügbaren Metaanalysen von RCTs) oder gleichwertig sind

## Vorstand

### Vorsitzende

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

### Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Rüdiger Schulz-Wendtland, Erlangen

### Schriftführer

Prof. Dr. Andreas Schneeweiss, Heidelberg

### Kassenführer

Prof. Dr. Bernd Gerber, Rostock

### Kongresspräsident 2022

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

### Co-Kongresspräsidenten 2022

Prof. Dr. Katja Siegmann-Lutz, Berlin

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### Kongresspräsidenten 2020/21

Prof. Dr. Peter A. Fasching, Erlangen

### Co-Kongresspräsidenten 2020/21

Dr. Karin Bock, Marburg

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### Chirurgie

Dr. Mario Marx, Radebeul

### Gynäkologie

Prof. Dr. Achim Wöckel, Würzburg

### Innere Medizin

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

### Pathologie

Prof. Dr. Annette Lebeau, Lübeck

### Plastische Chirurgie

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### Radiologie (Diagnostik)

Prof. Dr. Ulrich Bick, Berlin

### Radioonkologie

Prof. Dr. Frederik Wenz, Freiburg

### Editor Senologie Zeitschrift

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

### Leiter der DAS - kooptiert

Prof. Dr. Michael P. Lux, Paderborn

### Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Ute-Susann Albert, Würzburg

Prof. Dr. Christoph Andree, Düsseldorf

Prof. Dr. Wilfried Budach, Düsseldorf

Prof. Dr. Roland Croner, Magdeburg

Prof. Dr. Walter Heindel, Münster

Prof. Dr. Wolfgang Janni, Ulm

Prof. Dr. Walter Jonat, Kiel

Frau Hedy Kerek-Bodden, Bonn

Prof. Dr. Hans H. Kreipe, Hannover

Prof. Dr. Diana Lüftner, Berlin

Prof. Dr. Olaf Ortmann, Regensburg

Prof. Dr. Alexandra Resch, Wien, Österreich

Prof. Dr. Anton Scharl, Amberg

Prof. Dr. Rita Schmutzler, Köln

Prof. Dr. Christine Solbach, Frankfurt am Main

Dr. Toni Vomweg, Koblenz

Prof. Dr. Walter Paul Weber, Basel, Schweiz



(wie Magseed - die RCT-Daten wurden dieses Jahr in den Empfehlungen der Kommission Mamma der AGO e.V. aufgenommen). Die beiden Qualitätsindikatoren sind somit nicht mehr vollständig aktuell, da weitere Verfahren zur Verfügung stehen. Eine Anpassung sollte nach der Aktualisierung der S3-Leitlinie Mammakarzinom durchgeführt werden. In dieser wird die die neue Evidenz berücksichtigt.

*ID 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung/  
ID 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung*

Auch hier wäre es, wie oben aufgeführt, sinnvoll zumindest für die intraoperative Präparatsonografie einen OPS-Code zu etablieren. Für die intraoperative Präparatradiografie steht dieser bereits zur Verfügung. Dieses würde die Transparenz (Nachweis der Durchführung) erhöhen, Abfragen über die Krankenkassendaten ermöglichen und zusätzlich gegebenenfalls den Dokumentationsaufwand der stationären Einrichtungen reduzieren.

*iD 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS*

Wir begrüßen aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Senologie e.V. die Abschaffung des Qualitätsindikators. Da Dank der S3-Leitlinie Mammakarzinom bzw. den Empfehlungen der AGO e.V. die primäre Axilladisektion bei DCIS in Deutschland in ganz seltenen (meist durch spezielle Konstellationen begründet) Fällen erfolgt und kein regelmäßiges Ereignis darstellt, bedeutet der Qualitätsindikator aktuell nur einen Dokumentationsaufwand ohne

## Vorstand

### Vorsitzende

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

### Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Rüdiger Schulz-Wendland, Erlangen

### Schriftführer

Prof. Dr. Andreas Schneeweiss, Heidelberg

### Kassenführer

Prof. Dr. Bernd Gerber, Rostock

### Kongresspräsident 2022

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

### Co-Kongresspräsidenten 2022

Prof. Dr. Katja Siegmann-Lutz, Berlin

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### Kongresspräsidenten 2020/21

Prof. Dr. Peter A. Fasching, Erlangen

### Co-Kongresspräsidenten 2020/21

Dr. Karin Bock, Marburg

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### Chirurgie

Dr. Mario Marx, Radebeul

### Gynäkologie

Prof. Dr. Achim Wöckel, Würzburg

### Innere Medizin

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

### Pathologie

Prof. Dr. Annette Lebeau, Lübeck

### Plastische Chirurgie

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### Radiologie (Diagnostik)

Prof. Dr. Ulrich Bick, Berlin

### Radioonkologie

Prof. Dr. Frederik Wenz, Freiburg

### Editor Senologie Zeitschrift

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

### Leiter der DAS - kooptiert

Prof. Dr. Michael P. Lux, Paderborn

### Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Ute-Susann Albert, Würzburg

Prof. Dr. Christoph Andree, Düsseldorf

Prof. Dr. Wilfried Budach, Düsseldorf

Prof. Dr. Roland Croner, Magdeburg

Prof. Dr. Walter Heindel, Münster

Prof. Dr. Wolfgang Janni, Ulm

Prof. Dr. Walter Jonat, Kiel

Frau Hedy Kerek-Bodden, Bonn

Prof. Dr. Hans H. Kreipe, Hannover

Prof. Dr. Diana Lüftner, Berlin

Prof. Dr. Olaf Ortman, Regensburg

Prof. Dr. Alexandra Resch, Wien, Österreich

Prof. Dr. Anton Scharl, Amberg

Prof. Dr. Rita Schmutzler, Köln

Prof. Dr. Christine Solbach, Frankfurt am Main

Dr. Toni Vomweg, Koblenz

Prof. Dr. Walter Paul Weber, Basel, Schweiz



nachweisebaren Effekt. Im Sinne der datensparenden Qualitätssicherung und der Schonung von Ressourcen begrüßen wir somit die Abschaffung.

*ID 52267: HER2-positive Befunde: Niedrige HER2-Positivitätsrate/*

*ID 52278: HER2-positive Befunde: Hohe HER2-Positivitätsrate*

Es wird genannt, dass diese Qualitätsindikatoren abgeschafft werden sollen, da dieser im ambulanten Bereich getestet wird und der Leistungserbringer selbst wenig Einfluss auf das Ergebnis hat. Dieses ist entsprechend richtig, unterstreicht aber, wie oben bereits genannt, die Notwendigkeit, den ambulanten Sektor in die Qualitätssicherung mit einzubeziehen

*ID 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie*

5

Es wird genannt, dass eine alternative Operationalisierung mittels der Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht möglich sei. Dieses können wir nicht ganz nachvollziehen. Sowohl das DCIS ist als Diagnose (ICD) entsprechend kodiert als auch die Durchführung der Lymphknotenentnahme als OPS-Code. Dementsprechend könnte geprüft werden, ob diese Daten nicht auch über die Sozialdaten der Krankenkassen abzufragen sind. Dieses wäre im Sinne der datensparenden Qualitätssicherung und Schonung von Ressourcen.

## Vorstand

### Vorsitzende

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

### Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Rüdiger Schulz-Wendtland, Erlangen

### Schriftführer

Prof. Dr. Andreas Schneeweiss, Heidelberg

### Kassenführer

Prof. Dr. Bernd Gerber, Rostock

### Kongresspräsident 2022

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

### Co-Kongresspräsidenten 2022

Prof. Dr. Katja Siegmann-Lutz, Berlin

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### Kongresspräsidenten 2020/21

Prof. Dr. Peter A. Fasching, Erlangen

### Co-Kongresspräsidenten 2020/21

Dr. Karin Bock, Marburg

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### Chirurgie

Dr. Mario Marx, Radebeul

### Gynäkologie

Prof. Dr. Achim Wöckel, Würzburg

### Innere Medizin

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

### Pathologie

Prof. Dr. Annette Lebeau, Lübeck

### Plastische Chirurgie

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### Radiologie (Diagnostik)

Prof. Dr. Ulrich Bick, Berlin

### Radioonkologie

Prof. Dr. Frederik Wenz, Freiburg

### Editor Senologie Zeitschrift

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

### Leiter der DAS - kooptiert

Prof. Dr. Michael P. Lux, Paderborn

### Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Ute-Susann Albert, Würzburg

Prof. Dr. Christoph Andree, Düsseldorf

Prof. Dr. Wilfried Budach, Düsseldorf

Prof. Dr. Roland Croner, Magdeburg

Prof. Dr. Walter Heindel, Münster

Prof. Dr. Wolfgang Janni, Ulm

Prof. Dr. Walter Jonat, Kiel

Frau Hedy Kerek-Bodden, Bonn

Prof. Dr. Hans H. Kreipe, Hannover

Prof. Dr. Diana Lüftner, Berlin

Prof. Dr. Olaf Ortman, Regensburg

Prof. Dr. Alexandra Resch, Wien, Österreich

Prof. Dr. Anton Scharl, Amberg

Prof. Dr. Rita Schmutzler, Köln

Prof. Dr. Christine Solbach, Frankfurt am Main

Dr. Toni Vomweg, Koblenz

Prof. Dr. Walter Paul Weber, Basel, Schweiz



## *ID 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation*

Es wird auf Seite 209 genannt, dass auch die verlängerte Zeitspanne zwischen Diagnose und Operation in Zukunft betrachten werden soll, da ein hoher zeitlicher Abstand zwischen den beiden Endpunkten eine negative Auswirkung auf die Heilungschancen haben kann und die Sterblichkeit erhöht. Dem stimmen die o.s. Fachgesellschaften zu. Dieses hat gerade in der aktuellen Zeit einen hohen Stellenwert - Krankenhäuser sind massiv belastet, einerseits durch die finanzielle Situation, andererseits durch Personalmangel, welcher oftmals auch die operativen Ressourcen betrifft. Durch reduzierte OP-Kapazitäten aufgrund von Personalmangel entstehen längere Wartezeiten auf Operationen. Um diese systematisch in Deutschland zu beobachten und Möglichkeiten zu haben, bei sehr langen Wartezeiten gegenzusteuern, sollte dieser Parameter zukünftig systematisch ausgewertet werden - entsprechend der bereits dokumentierten Daten wären diese Auswertungen ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand möglich (sowohl Zeitpunkt der Diagnose als auch OP-Datum sind in der QS dokumentiert).

6

## *Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS*

Es wird auf Seite 214 festgehalten, dass derzeit circa 5.000 Patientinnen und Patientin mit einem lokoregionären Rezidiv nach brusterhaltender Therapie oder Mastektomie nicht in dem Indikator berücksichtigt werden. Zudem wird genannt, dass gerade bei dieser onkologisch vorbelastet Patientengruppe die postoperative

### **Vorstand**

#### **Vorsitzende**

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

#### **Stellv. Vorsitzender**

Prof. Dr. Rüdiger Schulz-Wendtland, Erlangen

#### **Schriftführer**

Prof. Dr. Andreas Schneeweiss, Heidelberg

#### **Kassenführer**

Prof. Dr. Bernd Gerber, Rostock

#### **Kongresspräsident 2022**

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

#### **Co-Kongresspräsidenten 2022**

Prof. Dr. Katja Siegmann-Lutz, Berlin

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

#### **Kongresspräsidenten 2020/21**

Prof. Dr. Peter A. Fasching, Erlangen

#### **Co-Kongresspräsidenten 2020/21**

Dr. Karin Bock, Marburg

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

#### **Chirurgie**

Dr. Mario Marx, Radebeul

#### **Gynäkologie**

Prof. Dr. Achim Wöckel, Würzburg

#### **Innere Medizin**

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

#### **Pathologie**

Prof. Dr. Annette Lebeau, Lübeck

#### **Plastische Chirurgie**

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

#### **Radiologie (Diagnostik)**

Prof. Dr. Ulrich Bick, Berlin

#### **Radioonkologie**

Prof. Dr. Frederik Wenz, Freiburg

#### **Editor Senologie Zeitschrift**

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

#### **Leiter der DAS - kooptiert**

Prof. Dr. Michael P. Lux, Paderborn

#### **Wissenschaftlicher Beirat**

Prof. Dr. Ute-Susann Albert, Würzburg

Prof. Dr. Christoph Andree, Düsseldorf

Prof. Dr. Wilfried Budach, Düsseldorf

Prof. Dr. Roland Croner, Magdeburg

Prof. Dr. Walter Heindel, Münster

Prof. Dr. Wolfgang Janni, Ulm

Prof. Dr. Walter Jonat, Kiel

Frau Hedy Kerek-Bodden, Bonn

Prof. Dr. Hans H. Kreipe, Hannover

Prof. Dr. Diana Lüftner, Berlin

Prof. Dr. Olaf Ortmann, Regensburg

Prof. Dr. Alexandra Resch, Wien, Österreich

Prof. Dr. Anton Scharl, Amberg

Prof. Dr. Rita Schmutzler, Köln

Prof. Dr. Christine Solbach, Frankfurt am Main

Dr. Toni Vomweg, Koblenz

Prof. Dr. Walter Paul Weber, Basel, Schweiz



interdisziplinärer Tumorkonferenz auch von hoher Bedeutung ist, um die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

Dem stimmen die o.s. Fachgesellschaften zu. Die Rezidivsituation ist in der weiteren Therapieplanung zum Teil deutlich komplexer als bei Ersterkrankung. Eine interdisziplinäre Diskussion der erforderlichen Diagnostik und Therapie ist für die Patientin bzw. für den Patienten essenziell. Dementsprechend sollte diese Patientengruppe in Zukunft weiterverfolgt und in der Grundgesamtheit Berücksichtigung finden.

### *Ausblick (Seite 218)*

Es wird genannt, dass zukünftig eine sektorübergreifende Betrachtung des Versorgungsbereichs sinnvoll erscheint. Diesem stimmen die o.s. Fachgesellschaften zu. Wie oben bereits geschildert ist die Versorgung der Patientin bzw. des Patienten mit einem Mammakarzinom immer sektorübergreifend. Wichtige Themen für die Ergebnisqualität und das Outcome der Patientin bzw. des Patienten sind zum Beispiel die Umsetzung der empfohlenen endokrinen Therapie, die Durchführung einer empfohlenen Strahlentherapie, die leitliniengerechte Nachsorge, oder die regelmäßige Überprüfung der Compliance in Bezug auf langfristige Therapien, wie die endokrine bzw. die endokrin-basierte Therapie. Diese und weitere wesentliche Aspekte der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einem Mammakarzinom sind derzeit nicht in der Qualitätssicherung abgebildet, können aber einen bedeutsamen Effekt auf die Heilungsrate bzw. Sterblichkeit der Patientin bzw. des Patienten haben. Dementsprechend sollte im

## **Vorstand**

### **Vorsitzende**

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

### **Stellv. Vorsitzender**

Prof. Dr. Rüdiger Schulz-Wendland, Erlangen

### **Schriftführer**

Prof. Dr. Andreas Schneeweiss, Heidelberg

### **Kassenführer**

Prof. Dr. Bernd Gerber, Rostock

### **Kongresspräsident 2022**

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

### **Co-Kongresspräsidenten 2022**

Prof. Dr. Katja Siegmann-Lutz, Berlin

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### **Kongresspräsidenten 2020/21**

Prof. Dr. Peter A. Fasching, Erlangen

### **Co-Kongresspräsidenten 2020/21**

Dr. Karin Bock, Marburg

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### **Chirurgie**

Dr. Mario Marx, Radebeul

### **Gynäkologie**

Prof. Dr. Achim Wöckel, Würzburg

### **Innere Medizin**

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

### **Pathologie**

Prof. Dr. Annette Lebeau, Lübeck

### **Plastische Chirurgie**

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### **Radiologie (Diagnostik)**

Prof. Dr. Ulrich Bick, Berlin

### **Radioonkologie**

Prof. Dr. Frederik Wenz, Freiburg

### **Editor Senologie Zeitschrift**

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

### **Leiter der DAS - kooptiert**

Prof. Dr. Michael P. Lux, Paderborn

### **Wissenschaftlicher Beirat**

Prof. Dr. Ute-Susann Albert, Würzburg

Prof. Dr. Christoph Andree, Düsseldorf

Prof. Dr. Wilfried Budach, Düsseldorf

Prof. Dr. Roland Croner, Magdeburg

Prof. Dr. Walter Heindel, Münster

Prof. Dr. Wolfgang Janni, Ulm

Prof. Dr. Walter Jonat, Kiel

Frau Hedy Kerek-Bodden, Bonn

Prof. Dr. Hans H. Kreipe, Hannover

Prof. Dr. Diana Lüftner, Berlin

Prof. Dr. Olaf Ortman, Regensburg

Prof. Dr. Alexandra Resch, Wien, Österreich

Prof. Dr. Anton Scharl, Amberg

Prof. Dr. Rita Schmutzler, Köln

Prof. Dr. Christine Solbach, Frankfurt am Main

Dr. Toni Vomweg, Koblenz

Prof. Dr. Walter Paul Weber, Basel, Schweiz



Sinne der Qualitätssicherung der ambulante Sektor forciert weiter betrachtet werden.

Für die Berücksichtigung unserer fachlichen Empfehlungen danken wir und stehen für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen!

Prof. Sara Y. Brucker  
Für den DGS-Vorstand

## Vorstand

### Vorsitzende

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

### Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Rüdiger Schulz-Wendtland, Erlangen

### Schriftführer

Prof. Dr. Andreas Schneeweiss, Heidelberg

### Kassenführer

Prof. Dr. Bernd Gerber, Rostock

### Kongresspräsident 2022

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

### Co-Kongresspräsidenten 2022

Prof. Dr. Katja Siegmann-Lutz, Berlin

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### Kongresspräsidenten 2020/21

Prof. Dr. Peter A. Fasching, Erlangen

### Co-Kongresspräsidenten 2020/21

Dr. Karin Bock, Marburg

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### Chirurgie

Dr. Mario Marx, Radebeul

### Gynäkologie

Prof. Dr. Achim Wöckel, Würzburg

### Innere Medizin

Prof. Dr. Hans Tesch, Frankfurt am Main

### Pathologie

Prof. Dr. Annette Lebeau, Lübeck

### Plastische Chirurgie

Prof. Dr. Christoph Heitmann, München

### Radiologie (Diagnostik)

Prof. Dr. Ulrich Bick, Berlin

### Radioonkologie

Prof. Dr. Frederik Wenz, Freiburg

### Editor Senologie Zeitschrift

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Tübingen

### Leiter der DAS - kooptiert

Prof. Dr. Michael P. Lux, Paderborn

### Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Ute-Susann Albert, Würzburg

Prof. Dr. Christoph Andree, Düsseldorf

Prof. Dr. Wilfried Budach, Düsseldorf

Prof. Dr. Roland Croner, Magdeburg

Prof. Dr. Walter Heindel, Münster

Prof. Dr. Wolfgang Janni, Ulm

Prof. Dr. Walter Jonat, Kiel

Frau Hedy Kerek-Bodden, Bonn

Prof. Dr. Hans H. Kreipe, Hannover

Prof. Dr. Diana Lüftner, Berlin

Prof. Dr. Olaf Ortmann, Regensburg

Prof. Dr. Alexandra Resch, Wien, Österreich

Prof. Dr. Anton Scharl, Amberg

Prof. Dr. Rita Schmutzler, Köln

Prof. Dr. Christine Solbach, Frankfurt am Main

Dr. Toni Vomweg, Koblenz

Prof. Dr. Walter Paul Weber, Basel, Schweiz

**Stellungnahme von Prof. Dr.med. Volker Schächinger und PD Dr. med. Claudia Walther im Namen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zum**

Vorbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren **QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV**“.

Prof. Dr. med. Volker Schächinger (V.S.) und PD Dr. med. Claudia Walther (C.W.) haben im Namen der DGK nach ausführlicher Studie des Vorberichts und gemeinsamer Beratung und Diskussion eine gemeinsame Stellungnahme verfasst. Die hier aufgeführte Stellungnahme bezieht sich auf die Indikatorensets der Verfahren **QS KCHK**.

Ziel des Berichts des IQTIG soll eine konkrete Empfehlung zur Überarbeitung, Aussetzung oder Aufhebung von Qualitätsindikatoren und/ oder Kennzahlen bzgl des jeweiligen QS Verfahrens (im aktuellen Kommentar QS KCHK) abzugeben. Das IQTIG hat die methodische Vorgehensweise ausführlich und eindeutig dargestellt, so dass nachvollziehbar war, auf welcher Grundlage die einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen evaluiert wurden.

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts (aus der Überprüfung des Verfahrens QS KCHK) beziehen sich auf 57 Qualitätsindikatoren und neun Kennzahlen, die aktuell über Datendokumentationen von den Leistungserbringern und über Sozialdaten der Krankenkassen erfasst werden. Nach Überprüfung der QIs und Kennzahlen entsprechend der im Bericht ausführlich beschriebenen Methodik wurde empfohlen neun Qualitätsindikatoren und neun Kennzahlen abzuschaffen, 6 Qualitätsindikatoren in Kennzahlen umzuwandeln und 3 Qualitätsindikatoren zu überarbeiten, d.h. insgesamt sollten 48 Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen weitergeführt oder überarbeitet werden.

Die verbliebenen QIs und Kennzahlen sind weiterhin geeignet die Dimensionen Patientensicherheit und Wirksamkeit der Prozedur abzubilden. Gleichzeitig kommt es zu einer deutlichen Reduktion des Datenerhebungsaufwands durch den Leistungserbringer (durch das IQTIG errechnet 4,2%). Auch die geplante Zusammenlegung von bestimmten QIs wird perspektivisch zu einer weiteren Reduktion des Aufwands bei den Leistungserbringern führen und scheint daher sinnvoll zu sein.

Insgesamt stimmen die beiden Autoren V.S. und C.W. im Namen der DGK der Empfehlung des IQTIG bzgl der Überarbeitung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ohne Änderungsvorschläge einstimmig zu.

Wir begrüßen die Vereinfachung der Qualitätssicherung unter Erhalt der Aussagekraft durch die Verwendung von Routinedaten.

Frankfurt und Fulda, den 4.4.2024

<p>PD. Dr. Claudia Walther Cardioangiologische Centrum Bethanien (CCB)  Im Prüfling 23 60389 Frankfurt am Main [REDACTED]</p>	<p>Prof. Dr. Volker Schächinger Medizinische Klinik I, Herz-Thorax-Zentrum Klinikum Fulda Pacelliallee 4 36043 Fulda [REDACTED]</p>
---	---

DGOU-Geschäftsstelle · Straße des 17. Juni 106-108 · 10623 Berlin

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

[REDACTED]  
Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Per E-Mail: [REDACTED]

cc: [REDACTED]

GESCHÄFTSSTELLE

DGOU

Straße des 17. Juni 106-108  
(Eingang Bachstraße)  
10623 Berlin  
Tel.: +49 (0)30 340 60 36 00

office@dgou.de  
www.dgou.de

Berlin, 05.04.2024

## IQTIG - Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung

[REDACTED]

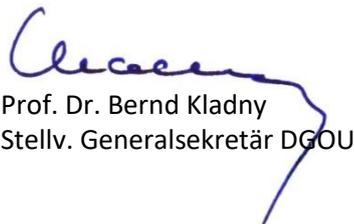
in der Anlage übersenden wir Ihnen den Kommentar der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE) zum Thema „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung – Vorbericht“. Das Formblatt zur Teilnahme am Teilnahmeverfahren ist ebenfalls beigefügt.

Die AE ist eine Sektion der DGOU. Wir möchten Ihnen daher mitteilen, dass die DGOU den AE-Kommentar inhaltlich voll unterstützt und sich ihm anschließt.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dietmar Pennig  
Generalsekretär DGOU



Prof. Dr. Bernd Kladny  
Stellv. Generalsekretär DGOU

Anlagen

**Vorstand (gemäß §26 BGB Abs. 1)**

Präsident: Prof. Dr. Andreas Seekamp, Stellvertretender Präsident: Prof. Dr. Markus Scheibel  
Generalsekretär: Prof. Dr. Dietmar Pennig, Stellvertretender Generalsekretär: Prof. Dr. Bernd Kladny

DGOU-Bankverbindung: APO-Bank München, IBAN: DE34 3006 0601 0007 4267 39, SWIFT-BIC: DAAEDED

DGOU-Steuer-Nr. 27/640/53836, Amtsgericht Bochum, VR 3953

26. März 2024

Seite 1 | 5

## **Beteiligungsverfahren des IQTIG zum Vorbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung / Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“**

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zum Indikatorset QS CAP

Autoren für die DGP:

Prof. Dr. med. Martin Kolditz<sup>1</sup>

Prof. Dr. med. Martin Witzzenrath<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Dresden, Medizinische Klinik 1, Bereich Pneumologie, Dresden

<sup>2</sup> Charité Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Pneumologie, Beatmungsmedizin und Intensivmedizin, Berlin

### **Vorbemerkung:**

Die Stellungnahme erfolgt ausschließlich zu den im Bericht auf Seite 138-175 genannten Ergebnissen und Empfehlungen zum QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP).

### **Kommentare**

#### 4.2 Empfehlungen zum QS-Filter S. 142-45

Inhaltlich unterstützen wir die Empfehlungen zur Anpassung des QS-Filters auf Seite 145, schlagen jedoch eine andere Vorgehensweise vor, um den erheblichen Dokumentations-Mehraufwand zu reduzieren:

Durch die unglückliche Überarbeitung der U69.xx-Codes in der ICD-10-Version 2023 nach ursprünglich korrekter Beantragung einer Änderung zur Anpassung an die überarbeitete Definition der nosokomialen Pneumonie durch das IQTIG hat sich leider ein nicht zielführender Dokumentationsmehraufwand für alle Fälle mit Pneumonie ergeben ohne inhaltlichen Mehrwert.

- Der neue Code U69.04! (Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die entweder bei Krankenhausaufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt) hat inhaltlich keinen Nutzen – die U69-Codes sind nicht abrechnungsrelevant, sondern dienten bei ihrer Einführung ausschließlich zur Dokumentation notwendiger Ausschlüsse aus dem QS-Verfahren. Da dieser Code jetzt alle ambulant-erworbenen Pneumonien beinhaltet und folgerichtig nicht mehr zum Ausschluss aus dem QS-Verfahren führt ist er überflüssig, bedeutet aber einen relevanten Kodier-Mehraufwand für alle Fälle mit CAP. Tatsächlich ist den Stellungnehmenden bekannt, dass von Krankenkassen die

#### ANSCHRIFT

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie  
und Beatmungsmedizin e.V.  
Robert-Koch-Platz 9  
10115 Berlin

#### VORSTAND

Prof. Dr. med. W. Windisch, Präsident  
Prof. Dr. med. C. Taube, Stellv. Präsident  
Prof. Dr. med. A. M. Preisser, Schatzmeisterin  
Prof. Dr. med. T. T. Bauer, Pastpräsident  
Prof. Dr. med. A. Prasse, Vertreterin Ausschuss

#### VEREINSREGISTER

Vereinsregister-Nr.  
Vereinsregister des Amtsgerichts  
Marburg: VR 622

#### UMSATZSTEUER-IDENTIFIKATIONSNR.

USt-IdNr.: DE190100878

generelle Kodierung der U69.04! bei allen Fällen mit CAP gefordert wird obwohl diese keine Konsequenz hat (weder für Abrechnung noch für QS-Verfahren). Seite 2 | 5

- Der neue Code U69.01! (Andernorts klassifizierte Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme Aufnahme auftritt) soll eigentlich dem Ausschluss nosokomialer Pneumonien vom QS-Verfahren CAP dienen, dies tut er nach Modifikation der Beschreibung leider nicht mehr vollumfänglich (wie im Bericht korrekt ausgeführt wird), weshalb im Bericht die Einführung eines neuen Datenfeldes vorgeschlagen wird für Fälle mit nosokomialer Pneumonie und Zuverlegung aus anderer Einrichtung, sodass auch hier erneut Mehraufwand entstünde.

**Wir empfehlen daher zur Verminderung des Dokumentationsaufwandes (erklärtes Ziel der Überarbeitung) die Beantragung einer Änderung der ICD-10-Codes U69.x durch das IQTIG, damit diese ihrem ursprünglichen Zweck – der Kodierung einer nosokomialen Pneumonie zum Ausschluss aus dem QS-Verfahren – wieder gerecht werden. Konkreter Vorschlag:**

- o **Änderung U69.01!** in „Andernorts klassifizierte *im Krankenhaus erworbene* Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach *initialer* Krankenhausaufnahme auftritt“.
- o **Ausschluss dieser Fälle aus dem QS-Verfahren ohne Notwendigkeit eines neuen Datenfeldes für die nosokomiale Pneumonie.**
- o **Komplette Streichung des unnötigen Codes U69.04! zur Reduktion des Kodieraufwandes.**

Notwendig wäre dann nur noch, wie im Bericht korrekt empfohlen, ein neues Datenfeld zum Ausschluss für Fälle mit einer Frührehabilitation, die nicht innerhalb eines Standortes verlegt werden

#### 4.3. Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Keine Kommentare

#### 4.4 Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme S. 148-153

Wir begrüßen ausdrücklich die Einführung eines neuen Datenfeldes zur antibiotischen Vorbehandlung und folgerichtig den Ausschluss vorbehandelter Fälle vom QI. Wir begrüßen auch die vorgeschlagenen Änderungen in Bezug auf Fälle mit palliativer Zielsetzung.

Zusätzlich bestehen zu diesem QI aber aus unserer Sicht auch für die Untergruppe der Fälle mit einer durch Viren verursachten CAP relevante Bedenken, welche im Bericht bisher nicht berücksichtigt sind:

- Die im Bericht zitierten Leitlinien konnten der geänderten Epidemiologie der CAP durch den neuen Erreger SARS-CoV-2 sowie die in der Folge der Pandemie verbesserte virologische Schnelldiagnostik

z.B. im Hinblick auf das RS-Virus aufgrund des Evidenzzeitraumes noch nicht Rechnung tragen. Diese geänderte Epidemiologie mit Schnellverfügbarkeit viraler Erregernachweise in mittlerweile vielen Krankenhäusern innerhalb der ersten Stunden nach Krankenhausaufnahme führt aus unserer Sicht dazu, dass die Validität des QI zur frühen antimikrobiellen Therapie bei viralen Pneumonien als nicht mehr gegeben einzuschätzen ist, da die entsprechende generelle, unkritische Leitlinienempfehlung zur raschen Einleitung einer Antibiotikatherapie auf diese Fälle nicht mehr übertragbar erscheint. So empfiehlt die aktuelle S3-Leitlinie 2024 zu COVID-19 keine generelle antimikrobielle Therapie ([https://register.awmf.org/assets/guidelines/113-001|\\_S3\\_Empfehlungen-zur-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19\\_2024-01.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/113-001|_S3_Empfehlungen-zur-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2024-01.pdf)), Daten zu Zeitfenstern zum Beginn einer solchen Therapie bei V.a. bakterielle Superinfektion existieren nicht. Auch für das RS-Virus, welches für einen signifikanten Anteil hospitalisierter Pneumonien in Deutschland während der RSV-Saison verantwortlich gemacht werden muss (z.B. doi: 10.1186/s40001-023-01482-z), gibt es keine Evidenz dass Antibiotikatherapien regelhaft notwendig sind, schon gar nicht innerhalb eines bestimmten Zeitraums (DOI: 10.3390/pathogens12020154). Für die Influenzapneumonie empfiehlt die S3-Leitlinie CAP zwar „bei hospitalisierten Patienten mit Pneumonie und Influenzanachweis sollte zusätzlich zur antiviralen Therapie kalkuliert eine antibakterielle Therapie erfolgen“, dies ist jedoch eine auf schwacher Evidenz beruhende Empfehlung („Moderate Empfehlung, Evidenz C“) und der Nutzen bestimmter Zeitfenster zur Einleitung der Antibiotikatherapie bei diesen Fällen ist wissenschaftlich ebenfalls nicht belegt. Auch weitere virale Erreger der CAP (z.B. Parainfluenzavirus, Adenovirus) werden im Rahmen moderner rascher diagnostischer Verfahren zunehmend als Erreger der CAP bereits in den ersten Stunden identifiziert.

Somit kann bei Fällen mit viraler CAP im Gegenteil durch den QI sogar ein Fehlanreiz zur unnötigen frühen Antibiotikatherapie entstehen, welche direkt den Empfehlungen von der S3-Leitlinie ABS (antibiotic stewardship; S3-Leitlinie unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/092-001>) zum rationalen Antibiotikaverbrauch entgegensteht.

**Wir empfehlen daher zusätzlich den Ausschluss von Fällen mit viraler CAP für diesen Indikator (ICD10 J10.x-J12.x sowie U07.1!) und begrüßen auch aus diesem Grund die vorübergehende Aussetzung des Stimmungsnahmeverfahrens für diesen Indikator.**

#### 4.5 Frühmobilisation nach Aufnahme

#### 4.6 Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

#### 4.7 Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Jeweils keine Kommentare

## 4.8 Sterblichkeit im Krankenhaus S. 166 ff

Seite 4 | 5

Im Bericht wird empfohlen zukünftig nur noch Fälle, bei denen innerhalb der ersten 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme eine palliative Therapiezielsetzung dokumentiert wurde, von dem Indikator auszuschließen. Während dieser Änderungsvorschlag für frühe Management-assoziierte Indikatoren wie die frühe Mobilisierung oder die Einleitung einer initialen antibiotischen Therapie nachvollziehbar ist, ist er für den Indikator Krankenhaussterblichkeit aus unserer Sicht problematisch:

- Die CAP ist ein dynamischer Prozess, ebenso wie Entscheidungsfindungen im Verlauf des Therapiemanagements. Unter der Maßgabe der Definition einer palliativen Therapiezielsetzung als dokumentierte, dem Patientenwillen entsprechende Unterlassung einer notwendigen Therapieeskalation wie zum Beispiel einer Beatmung oder sonstigen Organersatztherapie findet diese Entscheidung regelhaft auch erst später als 48h nach Krankenhausaufnahme statt. So ist es ein übliches Vorgehen bei einem multimorbiden Patienten im Konsens mit dem Patientenwillen eine initiale leitliniengerechte Behandlung einzuleiten, bei Nicht-Ansprechen dieser aber auf eine leitliniengerechte Eskalation mit Verlegung auf die Intensivstation und maschineller Beatmung im Sinne des Patientenwillens zu verzichten mit dann maßgeblicher Auswirkung auf die Sterblichkeit und in der Regel infauster Prognose.
- **Da dies direkte Auswirkung auf den Indikator hat, vom Leistungserbringer aber nicht beeinflussbar ist (der Patient lehnt die gebotene Maßnahme im Behandlungsverlauf dokumentiert ab), empfehlen wir weiterhin den Ausschluss aller Fälle mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung - unabhängig vom Dokumentationszeitpunkt - vom Indikator Sterblichkeit im Krankenhaus, oder aber mindestens eine Berücksichtigung der palliativen Therapiezielsetzung auch im Verlauf für die Risikoadjustierung zur Sterblichkeit.**

## 4.9. Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Kein Kommentar

## 4.10. Fazit und Ausblick S. 172 ff.

Seite 5 | 5

Wie auf S. 174 im Bericht angemerkt wäre es von Vorteil „durch den Einbezug von Sozialdaten bei den Krankenkassen qualitätsrelevante Follow-up-Informationen in ein QS-Verfahren“ einzubeziehen. Diese Anmerkungen möchten wir nachdrücklich unterstützen, da z.B. aus Abrechnungsdaten aus Deutschland eine alarmierend hohe frühe poststationäre Sterblichkeit von 4.7% (DOI: 10.1055/s-0036-1596071) sowie in einer aktuellen britischen Studie eine ebenfalls hohe notfallmäßige Wiederaufnahmerate von 15.7% (doi:10.1136/thorax-2022-219925) jeweils innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausentlassung wegen CAP festgestellt wurde.

**Daher regen wir die Evaluation solcher hochgradig patientenrelevanter potentieller Indikatoren aus poststationären Sozialdaten an.**



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Vorbericht des IQTIG: „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV)“

## Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Vorbericht des IQTIG:

**„Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV)“**

(Stand: 23.02.2024)

**10.04.2024**

**Ansprechpartnerin:**

Cordula Mühr, DBR / SoVD e. V., [REDACTED]

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Vorbericht des IQTiG: „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV)“

Mit dem Vorbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung – Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“ legt das IQTiG den zweiten Weiterentwicklungsbericht vor.

Die maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV (nachfolgend die maßgeblichen Patientenorganisationen) haben bereits zu dem ersten Weiterentwicklungsbericht des IQTiG (*Zwischenbericht des IQTiG im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (Stand 17.05.2023): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung – Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP*) am 16.06.2023 eine umfangreiche Stellungnahme abgegeben.

- I. Die maßgeblichen Patientenorganisationen lehnen die Methodik des IQTiG als nicht patientenorientiert ab. Siehe dazu auch die Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen zum methodischen Vorgehen und dessen Ergebnis bzgl. der ersten drei Verfahren.  
Eine Nichtfokussierung auf die Belange von Patientinnen und Patienten zieht sich wie ein roter Faden durch den gesamten Bericht. So bleibt es bezüglich der beauftragten Weiter- bzw. Neuentwicklung von Verfahren bei vagen Empfehlungen, wohingegen gleichzeitig klare Empfehlungen für die zunächst ersatzlose Abschaltung von Indikatoren gegeben werden. Die Überlegung, dass ein weniger guter Indikator eventuell besser sein kann als überhaupt keine Indikatoren, um so die Aufmerksamkeit für hoch patientenrelevante Qualitätsaspekte in der Versorgung zu erhalten, wird vom IQTiG maßgeblich missachtet.
- II. Weil die Stellungnahmen der maßgeblichen Patientenorganisationen zu der vom IQTiG angewendeten Methodik bisher kein hinreichendes Umdenken des Instituts bewirkt hat, sehen die maßgeblichen Patientenorganisationen davon ab, erneut mit hauptsächlich ehrenamtlichem Aufwand eine umfängliche Stellungnahme abzugeben.
- III. Lediglich beispielhaft wird daher nachfolgend auf einzelne Vorschläge des IQTiG eingegangen:
  1. **Allgemein zur Methodik, insbesondere im Vergleich zum ersten Weiterentwicklungsbericht:**
    - Es wird begrüßt, dass bezüglich der Indikationsqualität bei unmittelbar patientenrelevanten Merkmalen nun auch Leitlinien-Empfehlungen mit schwächerer Evidenz berücksichtigt werden. Es stellt sich die Frage, in wieweit es sinnvoll ist, die Berücksichtigung solcher LL-Empfehlungen nur auf Indikationsqualität zu beschränken, wenn auch für andere Indikatoren mit einem sehr hohen Patientennutzen vielleicht nur moderate LL-Empfehlungen vorliegen.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Vorbericht des IQTIG: „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV)“

- Qualitätsziele der Verfahren gemäß DeQS-RL wurden nun miteinbezogen, allerdings fehlt weiterhin eine systematische Orientierung bzw. Analyse an bestehenden Qualitätsdefiziten. Es ist eine in der Gesamtheit etwas uninspirierte Abarbeitung am eigenen Bewertungsschema mit der Zielrichtung, Aufwände zu reduzieren. Größtenteils steht weiterhin eine aufwandreduzierende Verfahrenspflege im Vordergrund. Dies zeigt sich auch bei der Verortung der Qualitätsindikatoren anhand des Qualitätsmodells. Hier wird simplifizierend dargestellt, welche Dimensionen nach Überarbeitung noch abgedeckt sind. Die Frage, wo die größten Qualitätsdefizite bzw. Risiken eigentlich liegen und ob die noch vorhandenen Indikatoren in den jeweiligen Dimensionen die relevantesten Aspekte abbilden bleibt unterbeleuchtet.
- Generell wäre es wünschenswert, man könnte bei allen Indikatoren oder zumindest bei jenen, welche abgeschafft werden sollen, die Einschätzung der Expertengremien direkt einsehen. Manchmal wird zu den Äußerungen der Expertinnen und Experten ausgeführt, an anderen Stellen überhaupt nicht. Eine Systematik beim Vorgehen und dessen Darstellung wird für notwendig gehalten. Das IQTIG wird gebeten, dies im Abschlussbericht nachzuholen.

## 2. QS Mammachirurgie (QS MC): Streichung der Indikatoren zur Herzeptin-Positivitätsrate

- Zu Abschaffung empfohlen werden die zwei Indikatoren zu HER2-Positivitätsrate sowie zur Primären Axilladisektion bei DCIS. Letzteres würde gemäß Bericht vom Expertengremium getragen und kann auch von den maßgeblichen Patientenorganisationen im Sinne einer – über die letzten Jahre mithilfe der externen QS erfolgreich implementierten – diesbezüglichen Leitlinienempfehlung nachvollzogen werden. Bezüglich der Indikatoren zur HER2 + gibt das IQTIG an, die Indikatoren seien durch den Leistungserbringer nicht beeinflussbar, da die HER2-Bestimmung auch ambulant an präoperativer Stanze erfolge und daher ggf. nichts mit dem Leistungserbringer zu tun habe. Weiterhin sei die Qualität der pathologischen Untersuchung für die operierenden Leistungserbringer nur begrenzt beeinflussbar.

Aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen ist dazu Folgendes festzustellen:

- Die HER2-Bestimmung und -dokumentation ist hochrelevant für das weitere therapeutische Vorgehen sowie für das Outcome der Patientinnen und Patienten.
- Eine durchschnittliche Rate von 30 % hat sich durch die bisherigen Erhebungen als maßgeblich ergeben und kann als Referenzbereich dienen. In der Vergangenheit konnte die Erhebung relevanter Abweichungen von diesem Durchschnitt dazu beitragen, Prozesse und Strukturen (z. B. Laborverträge) in den Einrichtungen zu verbessern und somit zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Vorbericht des IQTIG: „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV)“

- Die Expertinnen und Experten in dem entsprechenden Fachgremium beim IQTIG haben sich – wegen der überragend großen therapeutischen Bedeutung der HER2+-Bestimmung – einstimmig für die Beibehaltung des Indikators ausgesprochen („besser ein suboptimaler Indikator als kein Indikator“).
- Um die Entscheidung zur neoadjuvanten Therapie überhaupt treffen zu können ist es wichtig, die Tumoreigenschaften VOR der OP zu kennen. Zu dem Argument, dass die Stanze überwiegend ambulant durchgeführt wird und deshalb der operierende Leistungserbringer keinen Einfluss auf die Bestimmung des HER2\*-Wertes habe ist anzumerken, dass – bei unbekannter Rate – es die Pflicht der operierenden Einrichtung sein muss, den Status nachzuverfolgen oder selbst neu bestimmen zu lassen. Fallen über die Zeit überzufällig deutlich abweichende HER2\*-Raten bei einer ambulant stanzenden Einrichtung auf, sollte dem nachgegangen werden.
- Auch das IQTIG schlägt vor, künftig das QS-Verfahren auf den ambulanten Sektor auszuweiten, um eine sektorenübergreifende QS zu ermöglichen. Diese Empfehlung wird von den maßgeblichen Patientenorganisationen ausdrücklich und schon seit langem unterstützt. Eine solche Weiterentwicklung sollte dann aber über den Aspekt der Erhebung HER2-positiver Befunde hinausgehen und insbesondere die Koordination der Versorgung in den Blick nehmen.
- Pathologische Leistungserbringung erfolgt im Auftrag, die beauftragende Einrichtung sollte für deren hochwertige Qualität Verantwortung übernehmen müssen. Alternativ müsste über eine systematische externe QS der pathologischen Leistungserbringung nachgedacht werden.
- Das IQTIG führt ferner aus, dass künftig Outcome-Parameter wie rezidivfreies Überleben oder Gesamtüberleben durch Einbindung von Krebsregister-Daten ermöglicht werden könnte. Das IQTIG wird gebeten, im Sinne des Auftrags zur Verfahrensweiterentwicklung konkreter darzulegen, welche Daten ggf. zusätzlich sinnvoll nutzbar wären und in welchem Zeitrahmen damit zu rechnen ist.
- Darüber hinaus wird sowohl von den Expertengremien als auch von den maßgeblichen Patientenorganisationen bereits seit 2005 gefordert, ergänzend die Datenquelle Patientinnenbefragung zu nutzen, z. B. zur Erhebung der präoperativen Information und Entscheidungsbeteiligung (dazu hatte ja 2006 bereits das BQS-Institut im Auftrag des UA QS ein validiertes Befragungsinstrument entwickelt, welches unmittelbar eingesetzt werden könnte), als auch z. B. zur Erhebung der prä- und postoperativen Versorgungs-koordination über die Sektorengrenzen hinweg. Insgesamt besteht seit langem und zunehmend großer Erkenntnisbedarf bezüglich der Qualität der ambulanten onkologischen Versorgung.
- Das IQTIG schlägt vor, komplementär zur bereits umgesetzten Erhebung des unteren zeitlichen Mindestabstandes zwischen Brustkrebs-Diagnose und Operation (gemäß Leitlinienempfehlung 7 Tage), künftig zusätzlich einen Qualitätsindikator zu entwickeln,

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Vorbericht des IQTIG: „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV)“

welcher Fälle aufgreift, bei denen der Abstand zwischen OP und Diagnosestellung besonders lang ist. Dies entspricht einer Forderung des Expertengremiums und ist auch aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen – angesichts der über die Jahre empirisch beobachteten Verlängerung des oberen Zeitabstandes sowie der zwischenzeitlich zugänglichen wissenschaftlichen Erkenntnis, dass bei Überschreiten von acht Wochen (56 Tagen) sich das Gesamtüberleben der Patientinnen möglicherweise verschlechtert – unbedingt zu unterstützen. „Es ist von entscheidender Bedeutung, dass wir Patientinnen ausfindig machen, die erst nach der Neun-Wochen-Marke operiert werden, und beeinflussbare Faktoren ermitteln, die als Hindernisse für eine rechtzeitige Operation wirken und sich negativ auf die Ergebnisse auswirken. Dies kann dazu beitragen, die Ungleichheiten bei den Ergebnissen von Krebspatientinnen zu verringern“, schreiben Wiener und ihr Team in ihrer diesbezüglichen Veröffentlichung (JAMA 2023: Reexamining Time From Breast Cancer Diagnosis to Primary Breast Surgery, <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2802104> / <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Brustkrebs-Welche-Zeitspanne-bis-zur-Op-ist-kritisch-441572.html>)

### 3. QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

- Das IQTIG schlägt die Abschaltung der Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung bei asymptomatischer und symptomatischer Karotisstenose (Kapitel 6.3) vor, beides jeweils Indikatoren mit hoher Patientenrelevanz.

Hierzu, aber auch bzgl. aller anderen Indikatoren zur Indikationsstellung, sprechen sich die maßgeblichen Patientenorganisationen dringend für eine Weiterführung der QI aus bis ein neues Instrument bzw. eine alternative Datenquelle zur Abbildung zur Verfügung steht. Auch wenn die Indikatoren in dieser Form gemäß IQTIG möglicherweise kein hohes Verbesserungspotenzial beinhalten, tragen sie dennoch dazu bei, die Indikationsstellung in der Versorgung nicht aus dem Beobachtungsfokus zu verlieren und sie schon dadurch abzusichern.

- Im Kapitel 6.9 wird die Kennzahl *Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt* zur Abschaffung empfohlen. Hauptgrund hierfür ist gemäß IQTIG ein geringes erwartetes Potenzial zur Verbesserung.

Aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen ist unklar, warum diese Kennzahl abgeschafft werden soll, aber andere Erhebungen zu Sterblichkeit / Schlaganfall (z. B. 11724) nach Überarbeitung fortgeführt werden sollen. Bei Letzteren wird die Relevanz für das Qualitätsmanagement gesehen, bei Ersterem nicht. Weiterhin schreibt das IQTIG, das Potenzial zur Verbesserung sei gering, während es gleichzeitig sagt, dass derzeit keine abschließende Einschätzung zum Verbesserungspotenzial erfolgen könne. Das IQTIG wird um Erklärung gebeten.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zum Vorbericht des IQTIG: „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV)“

- Im Kapitel 6.11 wird die Kennzahl „Periprozedurales Neuromonitoring“ zur Abschaltung empfohlen. Leider wird nicht dazu ausgeführt, wie das Expertengremium sich gegenüber einer solchen Abschaltung positioniert. Das IQTIG wird gebeten, dies darzustellen.

#### 4. QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

- Aus Patientensicht ist es ausdrücklich zu begrüßen, dass der Vorbericht in Kapitel 8.2 empfiehlt, zukünftig Patientinnen und Patienten mit Juvenilen Arthritiden und angeborenen Deformitäten aufgrund der weiter entwickelten Therapiemöglichkeiten nicht mehr übergeordnet aus dem Verfahren auszuschließen (s. S. 287).
- Bzgl. der Empfehlung in Kapitel 8.4 zur Abschaffung der Indikatoren *54050: Sturzprophylaxe (Modul OSFRAK)* und in Kapitel 8.14 zur Abschaffung des *Indikators 54004: Sturzprophylaxe (Modul HGV-HEP)*:

Obwohl bezüglich der Objektivität der Messungen, der Reliabilität der Messung (auf Fall-ebene) und der Datenqualität Hinweise auf deren Einschränkung vorliegen und die Validität der Messung für diese Qualitätsindikatoren vom IQTIG als gering beurteilt wird, sprechen sich die maßgeblichen Patientenorganisationen auch hier dringend dafür aus, diese beiden QI nicht abzuschaffen, sondern allein aufgrund der immensen Patientenrelevanz zumindest bis zu einer möglichen Erfassung über eine Patientenbefragung (siehe Empfehlung S. 344 des Vorberichts) weiterzuführen.

Der Verweis auf das Zweitmeinungsverfahren ist vor dem Hintergrund der mangelnden tatsächlichen Umsetzung dieses Verfahrens in der Versorgungsrealität aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen keinesfalls ausreichend (vgl. hierzu den Abschlussbericht „Evaluation der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren gemäß § 10 Zm-RL, Medizinischen Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH und der revFLect GmbH, 09. Januar 2024, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6487/2024-02-15\\_Zm-RL\\_MHB\\_Evaluationsbericht-2024.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6487/2024-02-15_Zm-RL_MHB_Evaluationsbericht-2024.pdf), zuletzt abgerufen am 08.04.2024).



Der Präsident

Robert Koch-Institut | Nordufer 20 | 13353 Berlin

Prof. Dr. Lars Schaade

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

per E-Mail

**IQTIG - Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten QS /  
Ankündigung des Beteiligungsverfahrens für die ersten sechs Verfahren**

05.04.2024



Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen des Beteiligungsverfahrens des IQTIG nach § 137a Abs. 7 SGB V für den Vorbericht "Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung" / Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV" bedanken.

Robert Koch-Institut



[www.rki.de](http://www.rki.de)

Unsere Stellungnahme bezieht sich auf das Qualitätssicherungsverfahren QS CAP und hierbei auf den Qualitätsindikator „frühzeitige Gabe einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten acht Stunden nach der Aufnahme im Krankenhaus“, siehe Kapitel 4.4 des Vorberichts auf Seite 148 „2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“.

Besucherschrift:  
Nordufer 20  
13353 Berlin

Im Fachgebiet 37: Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch ist die Geschäftsstelle der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) angesiedelt, die Fachexpertise der Mitglieder der Kommission ART sind in diese Stellungnahme eingegangen. Die Kommission ART wurde auf der Grundlage des am 4. August 2011 in Kraft getretenen "Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze" gemäß § 23 Absatz 2 Infektionsschutzgesetz eingerichtet. Der zunehmenden Bedeutung von resistenten Krankheitserregern wird bereits in der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) Rechnung getragen. Dem fachgerechten Gebrauch von Antiinfektiva kommt eine wichtige Rolle zu, um der Entstehung und Weiterverbreitung von resistenten Erregern vorzubeugen. Aufgabe der Kommission ART ist es, Empfehlungen für Standards zu Diagnostik und Therapie von

Das Robert Koch-Institut  
ist ein Bundesinstitut  
im Geschäftsbereich des  
Bundesministeriums für  
Gesundheit.



Infektionskrankheiten nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft zu erstellen. Sie nimmt auf dieser Grundlage eine medizinisch-epidemiologische Nutzen-Risiko-Abwägung zwischen dem individuellen Interesse an einer wirksamen Behandlung und dem öffentlichen Interesse an einer Erhaltung der Wirksamkeit von Antiinfektiva vor und berücksichtigt Belange der praktischen Durchführung.

Die Kommission ART hat sich in den letzten Jahren eingehend mit den QS- Verfahren vor allem dem QS CAP befasst und wir möchten diese Expertise in diese Stellungnahme aufnehmen:

Der Qualitätsindikator „2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ erfasst lediglich, ob und wann ein Antibiotikum bei einer CAP eingesetzt wird. **Aus unserer Sicht soll die Erfassung des „frühen“ Zeitpunkts der Antibiotikagabe durch eine Blutentnahme zur Durchführung von Blutkulturen zur Erregerdiagnostik (mindestens 2 Sets) vor Beginn der antibiotischen Therapie ergänzt werden.** Dieses sehen wir als notwendig und zielführend an, um die initiale kalkulierte Antibiotikatherapie nach Erhalt der Ergebnisse der Blutkulturen ggf. anzupassen und zielgerichtet antibiotisch zu behandeln.

Wir verweisen auf die S3- Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“, darin wird die Abnahme von Blutkulturen (mindestens 2 Sets) vor Therapiebeginn als ein ABS-Prozessindikator angegeben.

Mit freundlichen Grüßen

L. Schaade

Literatur:

[https://register.awmf.org/assets/guidelines/092-001L\\_S3\\_Strategien-zur-Sicherung-rationaler-Antibiotika-Anwendung-im-Krankenhaus\\_2020-02.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/092-001L_S3_Strategien-zur-Sicherung-rationaler-Antibiotika-Anwendung-im-Krankenhaus_2020-02.pdf).



# **Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 05.04.2024**

**zum IQTIG Vorbericht  
Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der  
datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung.  
Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC,  
QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV**

**GKV–Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
Fax 030 206288-88  
[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Hintergrund .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Zusammenfassende Bewertung .....</b>	<b>4</b>
<b>III. Detaillierte Stellungnahme .....</b>	<b>8</b>
Methodik .....	8
Grundsätzliche Anmerkungen zu Indikatoren zur Indikationsstellung .....	12
Empfehlungen zum Stellungsverfahren .....	15
QS KCHK .....	16
QS Karotis .....	17
QS CAP .....	18
QS MC .....	21
QS DEK .....	22
QS HGV .....	23

## I. Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 21.04.2022 beschlossen, die Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung nach DeQS-Richtlinie weiterzuentwickeln und dabei insbesondere die Effizienz der Verfahren zu steigern („Eckpunktebeschluss“).

Um diese Weiterentwicklung zu erreichen wurde das IQTIG am 19.05.2022 vom G-BA beauftragt, für die Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI), Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) und Versorgung mit Herzschrittmachern und Defibrillatoren (QS HSMDEF) nach der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) eine Optimierung von Aufwand und Nutzen im Sinne des Eckpunktepapiers des G-BA vom 21.04.2022 vorzunehmen.

Dabei sollten für diese drei Modellverfahren „... konkrete Empfehlungen zu deren Überarbeitung, Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder des jeweiligen QS-Verfahrens“ gemacht werden. Mit Beschluss vom 19.01.2023 hat der G-BA das IQTIG beauftragt, entsprechende Optimierungen für alle Verfahren nach DeQS-RL vorzunehmen. Die Überarbeitung erfolgt in zwei Schritten. Im ersten Schritt sollen folgende sechs QS-Verfahren bearbeitet werden:

- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)
- Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)
- Mammachirurgie (QS MC)
- Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)
- Dekubitusprophylaxe (QS DEK)
- Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

Der Abschlussbericht zu diesen sechs Verfahren ist dem G-BA am 14.06.2024 vorzulegen.

Am 23.02.2024 hat das IQTIG einen Zwischenbericht zu diesem Auftrag vorgelegt, zu dem der GKV-Spitzenverband im Rahmen des in § 137a Abs. 7 SGB V vorgesehenen Beteiligungsverfahrens gegenüber dem IQTIG Stellung nimmt.

## II. Zusammenfassende Bewertung

Das IQTIG hat für die sechs Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS KAROTIS, QS MC, QS DEK und QS HGV methodische Eigenschaften aller Indikatoren systematisch bewertet und daraus Aktualisierungs- und Weiterentwicklungsbedarf abgeleitet.

Im Ergebnis schlägt das IQTIG vor, 20 der bislang 104 geprüften Indikatoren dieser Verfahren „abzuschaffen“ (Seite 390). Von 20 geprüften Kennzahlen sollen 11 abgeschafft werden. Im Verfahren QS KCHK sollen darüber hinaus sechs Indikatoren in Kennzahlen umgewandelt werden. Die resultierenden Empfehlungen des IQTIG stellen, wie bereits bei den ersten drei Modellverfahren, keine grundlegende Neuausrichtung der Indikatorensets bzw. der Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung dar, sondern holen eine Aktualisierung im Sinne der Systempflege nach. Die Empfehlungen des IQTIG führen folglich auch nur zu einer moderaten Aufwandsreduktion (Seite 391).

Die Zielsetzung des Eckpunktebeschlusses des G-BA vom 21.04.2022 zur Aufwandsreduktion und Fokussierung in den geprüften sechs Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung wird damit nur zum Teil erreicht.

Uneingeschränkt nachvollziehbar erscheinen die Empfehlungen des IQTIG zum Verfahren QS DEK, im Wesentlichen nachvollziehbar im Verfahren QS KAROTIS. Im Verfahren QS KCHK bleibt nach Überarbeitung immer noch ein sehr umfangreiches Indikatorenset mit 39 Indikatoren bestehen. Da hier allerdings eine weitere Zusammenfassung von Indikatoren und eine weitergehende Umstellung zur Nutzung von Krankenkassendaten erfolgen soll, erscheinen die Empfehlungen des IQTIG für den Moment nachvollziehbar. Im Verfahren QS HGV umfasst das verbleibende Indikatorenset 17 Indikatoren. Für ein angemessen vertieftes Stellungnahmeverfahren könnte aus fachlicher Sicht auch mit weniger Indikatoren gearbeitet werden, das verbleibende Indikatorenset erscheint immer noch sehr umfangreich.

Diskutabel erscheinen die Empfehlungen des IQTIG zu den Verfahren QS CAP und QS MC, zu denen keine oder nur geringe Anpassungen bzw. Reduktionen empfohlen werden. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund, dass in diesen Verfahren der überwiegende Teil der Indikatoren sehr deutliche Deckeneffekte aufweist, nicht nachvollziehbar.

Es ist insgesamt festzustellen, dass die Bewertungen des IQTIG sehr konservativ im Sinne der Erhaltung der bisherigen Indikatoren vorgenommen wurden. Wie bereits zum Vorbericht, ist zur

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.04.2024

zum Vorbericht Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV

Seite 5 von 27

Methodik kritisch anzumerken, dass die Bewertungen durch das IQTIG in einer qualitativen Gesamtschau eine hohe Subjektivität aufzuweisen scheinen.

Die aus Sicht des GKV-Spitzenverbands besonders relevanten Punkte werden im Folgenden kurz zusammenfassend aufgeführt. Eine ausführliche Darstellung zu diesen und weiteren Punkten findet sich in Kapitel III.

### **Transparenz und Komplexität von Auswahl- und Entscheidungsprozessen sowie der Methodik**

Wie bereits in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands zum Zwischenbericht zu den Modellverfahren angemerkt wurde, erscheinen einige Entscheidungs- und Auswahlprozesse teilweise relativ informell und nicht vollständig nachvollziehbar. Diese, sowie die weitere methodische Kritik, bleibt – trotz vorgenommener einzelner Modifizierungen – im Wesentlichen unverändert. Es ist bspw. nach wie vor nur eingeschränkt transparent und damit nachvollziehbar, wie die Positionierungen der Expertengremien bzw. einzelner Experten oder Expertinnen, aber auch einzelner Mitarbeitende des IQTIG Einfluss auf Entscheidungen haben. Dies gilt v.a. für die finale Ableitung der Prüfergebnisse und Empfehlungen. Auch schränkt die an vielen Stellen unnötig komplexe Methodik weiterhin die Nachvollziehbarkeit der Empfehlungen ein. Wie schon mehrfach gefordert, ist hier ein vollständig strukturiertes, konsistentes und transparentes Vorgehen notwendig.

***Empfehlung GKV-Spitzenverband:*** Das IQTIG sollte für seine Entscheidungs- und Auswahlprozesse sowie insbesondere an den Stellen, an denen eine Behebbarkeit (als neues Kriterium bei der Abwägung von Aufwand und Nutzen) festgestellt wurde, eine transparente und nachvollziehbare Darstellung im Abschlussbericht ergänzen. Es sollte weiterhin geprüft werden, inwieweit eine Vereinfachung der Methodik nicht nur die Nachvollziehbarkeit verbessern und den Aufwand und die Fehlerträchtigkeit reduzieren, sondern möglicherweise sogar zu einer Schärfung, Optimierung und Transparenzerhöhung der Entscheidungsfindung führen kann.

### **Aufwandsreduktion/Weitergehende Priorisierung**

Ein Ziel des Eckpunktebeschlusses besteht in der Aufwandsreduktion. In den nun geprüften sechs Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung wird dieser Zielsetzung nur bedingt erreicht. Einige Empfehlungen des IQTIG zur Weiterführung der Indikatoren erscheinen diskutabel. Dies ist insbesondere der Methodik der Bewertung des theoretischen Verbesserungspotentials (mit Hilfe der Kennzahlen 1 und 2) geschuldet. Nur extreme Deckeneffekte können zu einer schwachen Bewertung führen. Auch die Bewertungen zur Objektivität, Reliabilität und Validität führen nur bei ganz erheblichen Defiziten der Indikatoren zu einem Ausschluss.

***Empfehlung GKV–Spitzenverband:*** Das IQTIG sollte in seinem Abschlussbericht auf die genannten Limitationen differenziert eingehen und seine Bewertungsmethodik kritisch überprüfen. Ebenfalls sollte darauf eingegangen werden, wie für resultierende (weiterhin umfangreiche) Indikatorensets (z. B. QS HGV, QS KCHK, QS MC) mit realistisch verfügbaren Ressourcen ein angemessen differenziertes Stellungnahmeverfahren möglich sein wird.

### **Messung der Indikationsqualität**

In verschiedenen Verfahren wird die Abschaffung der Indikatoren zur Indikationsstellung empfohlen (Modul HEP, QS Karotis). Gleichzeitig regt das IQTIG an, für die zukünftige Messung der Indikationsqualität weitergehende grundsätzliche Überlegungen vorzunehmen. Als Ziel wird eine übergreifende Prüfung der Indikationsqualität anhand der dahinterliegenden relevanten Prozessen und Strukturen genannt (S. 392).

***Empfehlung GKV–Spitzenverband:*** Angesichts der sehr hohen Relevanz der Indikationsstellung unterstützt der GKV–Spitzenverband diesen Vorschlag. Das IQTIG wird gebeten, im Abschlussbericht konkrete nächste Schritte vorzuschlagen.

### **Empfehlungen zum Stellungnahmeverfahren**

Auf theoretischer Ebene stellt das IQTIG dar, wie die Entwicklung von Bewertungskriterien und Bewertungskategorien für das Stellungnahmeverfahren nach §17 erfolgen soll. Die Darstellungen weisen aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes auf zwei kritische Punkte hin:

- Für die Entwicklung und Beurteilung der Eignung der Bewertungskriterien soll eine hoch komplexe Methodik verwendet werden.
- Das Stellungnahmeverfahren wird in seinen Grundzügen einem Zertifizierungsverfahren gleichgesetzt.

In der weiteren Entwicklung sollte nicht nur vermieden werden, die Methodik zur Bewertung der Eignung von Indikatoren unnötig komplex zu gestalten, sodass das Zustandekommen der Eignungsbeurteilungen wenig nachvollziehbar ist. Auch erscheint die Interpretation des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS–RL als Zertifizierungsverfahren inhaltlich sowie nomenklatorisch nicht sachgerecht.

***Empfehlung GKV–Spitzenverband:*** Das IQTIG sollte in seinem Abschlussbericht sich auf bereits in der externen Qualitätssicherung des G–BA etablierten Regelungen und Begriffe konzentrieren und eine fachliche und ggf. normative Vermischung mit den Konzepten der Zertifizierung vermeiden. Auch sollte die Methodik unbedingt kritisch geprüft werden. Ziel sollte eine praktikable Methodik sein, die den formulierten Anforderungen der Beauftragung zur Weiterentwicklung zur qualitativen Beauftragung entspricht.

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 05.04.2024  
zum Vorbericht Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten  
gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS  
KAROTIS, QS DEK und QS HGV  
Seite 7 von 27

### **Planung des weiteren Vorgehens**

Das IQTIG empfiehlt für verschiedene Verfahren sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren (z. B. Indikatoren zu schwerwiegenden Komplikationen bei QS KCHK) sowie Patientenbefragungen (z. B. QS MC) einzuführen. Auch wird bei einzelnen Indikatoren eine Umstellung durch Nutzung von Krebsregisterdaten angesprochen (siehe QS MC).

***Empfehlung GKV–Spitzenverband:*** Für den GKV– Spitzenverband erscheinen diese Vorschläge prinzipiell nachvollziehbar. Entsprechende Beauftragungen werden ausdrücklich unterstützt. Das IQTIG wird gebeten, konkrete Vorschläge zur Umsetzung vorzubereiten und in die Beratungen im G–BA einzubringen.

### **III. Detaillierte Stellungnahme**

Im Folgenden werden zu der Methodik, den einzelnen QS-Verfahren sowie weiteren Inhalten Einschätzungen formuliert. Bei den verfahrensbezogenen Ausführungen finden sich sowohl allgemeine Anmerkungen als auch spezifische Erläuterungsbedarfe.

#### **Methodik**

##### **Allgemein**

Die vom IQTIG verwendete Methodik erscheint weiterhin an mehreren Stellen Hinterfragens wert. Hierauf wurde bereits in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Zwischenbericht für die ersten drei Verfahren („Modellverfahren“ QS PCI, QS HSMDEF, QS KEP) eingegangen. Der G-BA hat in seiner Stellungnahme zum Abschlussbericht des IQTIG ebenfalls kritische Anmerkungen zur Methodik formuliert. Trotz einer Modifizierung der Methodik an einzelnen Stellen, gilt die bereits geäußerte Kritik am methodischen Vorgehen im Wesentlichen unverändert weiter.

In den folgenden Ausführungen wird nun auf weiterhin besonders kritische Punkte sowie Anpassungen in der Methodik (verglichen mit dem Bericht zu den Modellverfahren) eingegangen.

##### **Änderungen gegenüber dem Bericht zu den Modellprojekten**

Für den vorliegenden Bericht hat das IQTIG die Methodik, die für die ersten drei Modellverfahren angewendet wurde, an einzelnen Stellen modifiziert. So wurde bspw. bei der Abwägung von Aufwand und Nutzen als neues Kriterium die „Behebbarkeit“ eingeführt.

Bei einem ungünstigen Aufwand-Nutzen-Verhältnis prüft das IQTIG abweichend von der bisher angewandten Methodik, ob sich ein günstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis durch Überarbeitung der Operationalisierung erreichen lässt (Seite 33, Abbildung 2 und Seite 34). Das Kriterium wird in den Übersichtstabellen zu Prüfergebnissen und Empfehlungen (Tabelle 23 und 25, Seiten 285 und 321) und in Anhang D („Details zu den Indikatoren, 6 QS HGV) allerdings nicht adressiert.

Das IQTIG sollte im Abschlussbericht an den Stellen, an denen eine Behebbarkeit festgestellt wurde, dies in den Übersichtstabellen und im Anhang D ergänzen, um die Einschätzung zur „Behebbarkeit“ transparent und nachvollziehbar darzulegen.

### **Kriterium Verbesserungspotenzial**

Diskutabel erscheint auch das Konzept zur Feststellung von Verbesserungspotenzial, das nur sehr begrenzt tatsächlich festgestellte Qualitätsdefizite berücksichtigt und sich stattdessen weitgehend auf theoretische Annahmen stützt.

Die Konzeption der drei Kennzahlen und das Vorgehen bei der Gesamtbewertung dieses Kriteriums führt dazu, dass nur bei extremen Deckeneffekten ein geringes Verbesserungspotenzial festgestellt werden kann. Dies ist sehr gut beim Indikator „Frühzeitige Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“ im Verfahren QS CAP zu erkennen, wo trotz eines offensichtlich stark ausgeprägten Deckeneffekts das IQTIG demgegenüber „eher hohes“ Verbesserungspotenzial beschreibt.

### **Kriterium Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer**

Das Konzept zur Beurteilung der „Beeinflussbarkeit durch Leistungserbringer“ bewertet lediglich eine angenommene theoretische Beeinflussbarkeit, lässt aber außer Acht, dass die Beeinflussbarkeit ganz konkret eingeschränkt ist, wenn eine Risikoadjustierung erforderlich, aber nicht angemessen ist. Praktisch müsste daher in jedem Fall, in dem die Risikoadjustierung nicht angemessen ist, auch das Kriterium „Beeinflussbarkeit durch Leistungserbringer“ als nicht gegeben bewertet werden.

Das IQTIG sollte daher erwägen, in der Bezeichnung des Kriteriums „Beeinflussbarkeit durch Leistungserbringer“ deutlich zu machen, dass es sich um eine allgemeine Bewertung unabhängig von der tatsächlichen Operationalisierung insbesondere in Bezug auf die Risikoadjustierung handelt (z. B. „grundsätzliche Beeinflussbarkeit/theoretische Beeinflussbarkeit“).

### **Kriterium Objektivität**

Herauszustellen ist, dass die Bezeichnung des Kriteriums „Objektivität des Messverfahrens“ eine umfassendere Bewertung suggeriert als tatsächlich vorgenommen wird. Es erfolgt eben keine umfassende Bewertung der Objektivität des gesamten Messverfahrens (von seiner Entwicklung über Datenerfassung bis zur Auswertung) wie die Bezeichnung dies nahelegt.

Praktisch bewertet wird „lediglich“ die Klarheit der Definitionen der einzelnen Datenfelder. Eine zutreffendere Bezeichnung dessen, was wirklich bewertet wird, wäre „Klarheit der Formulierungen der Datenfelder“.

Eine Bewertung der Objektivität wird auch nur dann vorgenommen, wenn „Hinweise“ vorliegen, andernfalls wird die „Objektivität der Messung“ als hoch angenommen (Seite 46). Es ist nicht definiert, was unter einem „Hinweis“ zu verstehen ist und nach welchem Verfahren das IQTIG solche Hinweise identifiziert. Dies erscheint gerade für ein Kriterium, das beansprucht, sich mit „Objektivität“ auseinanderzusetzen, nicht angemessen.

### **Kriterium Validität**

Das IQTIG stellt auf Seite 50 zu diesem Kriterium dar:

*„Kennzahl 5: Übereinstimmung mit der Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL. Berechnung: Anzahl „qualitativer Auffälligkeiten“ im Stellungnahmeverfahren für diesen Qualitätsindikator. Werden nur sehr selten Indikatorergebnisse, die den Referenzbereich nicht erreichen, im Stellungnahmeverfahren als „qualitativ auffällig“ bewertet, wurde dies als Hinweis auf Einschränkungen der Validität des Indikators gewertet. Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens unterliegen jedoch deutlichen Einschränkungen der Objektivität/Reliabilität, was eine Limitation der Aussagekraft dieser Kennzahl darstellt. Außerdem werden zur Bewertung der Versorgungsqualität durch die Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren weitere als die im Indikator operationalisierten Kriterien herangezogen und andere Informationen als bei der Indikatorberechnung berücksichtigt. Das bedeutet, dass Stellungnahmeverfahren und Indikator mindestens teilweise verschiedene Merkmale der Leistungserbringung anhand verschiedener Kriterien bewerten (IQTIG 2020c: 26 ff., 56 f.). Daher sind auch nur schwache Übereinstimmungen zwischen Indikatorergebnissen und den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens zu erwarten (Blotenberg et al. 2022).“*

Die Schlussfolgerung, dass nur schwache Übereinstimmungen zwischen Indikatorergebnissen und den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens zu erwarten sind, erscheint höchst fragwürdig. Nach den Darstellungen im Methodenpapier des IQTIG zu Qualitätsindikatoren und Referenzbereichen postuliert das IQTIG, dass ein Indikatorergebnis, das den Referenzbereich nicht erreicht, ein Qualitätsdefizit anzeigt („Soll-Ist-Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung“).

Diese Hypothese wird durch das Stellungnahmeverfahren validiert. Es ist völlig unverzichtbar, dass hierfür andere Informationen herangezogen werden – ansonsten müssten ja zwangsläufig die Ergebnisse des Indikators in jedem Fall im Sinne einer „self-fulfilling-prophecy“ bestätigt werden. Es erscheint auch unverzichtbar, das Konstrukt „rechnerisch identifiziertes Qualitätsdefizit“ mit Hilfe einer qualitativen Bewertung zu validieren.

Es ist deshalb aber keinesfalls so, dass nur schwache Übereinstimmungen zu erwarten sind. Im Gegenteil: je valider der Indikator, desto höher sollte die Übereinstimmung sein. Das zeigt sich auch in der praktischen Anwendung: hervorragend modellierte Indikatoren wie die risikoadjustierte Sterblichkeit in der Koronarchirurgie zeigen sehr viel häufiger Qualitätsdefizite an als hochkomplexe Konstrukte mit erheblichen, unvermeidbaren Unschärfen wie beispielsweise die Sectorate oder bestimmte Indikatoren zur Indikationsstellung.

Die o. g. Schlussfolgerung des IQTIG postuliert faktisch, dass die Hypothese des IQTIG nicht falsifiziert werden kann („self-fulfilling-prophesy“), was nicht angemessen erscheint.

### **Abgrenzung Objektivität – Reliabilität – Validität**

Wie bereits in der Stellungnahme zu den Modellverfahren angemerkt, ist unklar, wo die Abgrenzung zwischen den Kriterien „Objektivität des Messverfahrens“, „Reliabilität“ und „Validität“ zu sehen ist. Für das Kriterium „Objektivität des Messverfahrens“ wurde oben dargestellt, dass dieses lediglich die Klarheit der Definitionen von Datenfeldern bewertet. Auch beim Kriterium „Reliabilität“ wird letztlich aber ebenfalls nur die Klarheit der Definition der Datenfelder bewertet (Seite 49):

*„Reliabilität kann auf Fallebene und auf Leistungserbringerebene betrachtet werden. Auf Fallebene entspricht sie der Reliabilität der Befunderhebung für ein Datenfeld ...*

*Eine weitergehende Prüfung der Reliabilität wurde daher nur auf Fallebene und nur bei Datenfeldern vorgenommen, bei denen konkrete Hinweise vorlagen, dass die Reliabilität des zugrundeliegenden Messverfahrens niedriger sein könnte als bisher angenommen.“*

Die Klarheit der Definitionen von Begriffen in Datenfeldern wird vom IQTIG teilweise auch bei der Bewertung der Validität in die Bewertung einbezogen. Es ist allerdings nicht ersichtlich, in welchen Fällen der gleiche Sachverhalt in welchem Kriterium bewertet wird.

So wird beispielsweise die Klarheit des Begriffs „Notfalleingriffe“ teilweise in unterschiedlichen Kriterien bewertet und Unklarheiten des Begriffs führen zu unterschiedlichen Bewertungsergebnissen:

- Im Verfahren QS KCHK wird unter dem Kriterium „Validität“ zu den Indikatoren zur Ein-Jahres-Sterblichkeit die unscharfe Definition von Notfalleingriffen als Hinweis auf eingeschränkte Validität gewertet.

- Im Verfahren QS KAROTIS wird die unscharfe Definition von Notfalleingriffen unter dem Kriterium „Objektivität“ bewertet, führt dort allerdings nicht zu einer „niedrigen“ Bewertung, sondern nur dazu, dass die Objektivität nur „weitgehend“ als gegeben angenommen wird.

Bei diesen Kriterien besteht Erläuterungsbedarf, wie das IQTIG diese voneinander abgrenzt.

### **Grundsätzliche Anmerkungen zu Indikatoren zur Indikationsstellung**

Die beiden Indikatoren zur Indikationsstellung im Modul HEP werden vom IQTIG zur Abschaffung empfohlen, da „geringe“ Validität und „niedrige“ Datenqualität einer Weiterführung entgegenstünden. Auch im Modul QS KAROTIS empfiehlt das IQTIG die Abschaffung der Indikatoren zur Indikationsstellung.

Das IQTIG weist sachgerecht darauf hin, dass mit Hilfe einer Patientenbefragung relevante Aspekte zur Qualität der Indikationsstellung erfasst werden können (Seite 387). Die Empfehlungen des IQTIG sind grundsätzlich nachvollziehbar.

Es erscheint generell herausfordernd, den komplexen Prozess einer patientenindividuellen Indikationsstellung im Einzelfall mit Hilfe von ratenbasierten Indikatoren valide abzubilden bzw. „messbar zu machen“, da nicht immer alle relevanten Faktoren, die für die Indikationsstellung beim individuellen Patienten zu berücksichtigen sind, mit angemessenem Aufwand operationalisiert werden können. Das aktuelle Qualitätsziel „Möglichst oft eine angemessene Indikation“ kann daher nicht immer valide „gemessen“ werden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes können ratenbasierte Indikatoren zur Indikationsstellung aber Hinweise auf besonders abweichende Einrichtungsergebnisse („Extremwerte“) liefern, die auf möglicherweise kritische Indikationsstrategien hinweisen und in der Konsequenz in jedem Fall einer weiteren qualitativen Analyse bedürfen.

Angesichts der offensichtlich sehr hohen Relevanz der Indikationsstellung hält es der GKV-Spitzenverband somit für notwendig, die zukünftige Erfassung der Indikationsqualität – wie vom IQTIG vorgeschlagen (Seite 392) – weitergehend zu diskutieren. Bestandteil dieser Diskussion sollte es bspw. sein, wie das Verständnis eines Indikators „nur“ als Hinweisgeber vom IQTIG umgesetzt werden könnte.

### Zustandekommen der zusammenfassenden Bewertungen

Vom IQTIG sollte klargestellt werden, wie Entscheidungen zustande kommen, die „das IQTIG“ z. B. in einer „qualitativen Zusammenschau“ trifft.

Diese zusammenfassenden Bewertungsergebnisse sind in den Tabellen im Anhang zwar übersichtlich dargestellt, es bleibt an zu vielen Punkten allerdings unklar, wie die Gesamtbewertungen konkret zustande gekommen sind. Zu den einzelnen Kriterien ist dies wohl überwiegend mit Hilfe einer letztlich intransparenten „qualitativen Gesamtschau“ durch „das IQTIG“ erfolgt.

So werden in den Beschreibungen im Fließtext meist mehrere entscheidungsrelevante Aspekte sehr knapp benannt, es ist aber oft nicht verständlich, wie dann die Gesamtbewertung zustande kommt. Beispiele hierfür sind:

- Risikoadjustierung im Verfahren QS KCHK:  
Es werden 15 zum Teil hoch relevante nicht berücksichtigte Einflussfaktoren aufgezählt, in der Gesamtbewertung erfolgt dann aber eine Einstufung als eingeschränkt angemessen, was nicht zu einem Ausschluss des Indikators führt (Seite 107):

*„Bei der Prüfung der Angemessenheit der Risikoadjustierung wurden folgende mögliche relevante Einflussfaktoren auf das Indikatorergebnis, die nicht von den Leistungserbringern zu verantworten sind, zur Berücksichtigung bei der Risikoadjustierung identifiziert: Alter, Geschlecht, Myokardinfarkt  $\leq 21$  Tage, arterielle Hypertonie, Vorhofflimmern, LVEF, Befund der koronaren Bildgebung, floride Endokarditis, Diabetes mellitus, arterielle Gefäßerkrankung, periphere AVK, präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert  $> 2,3\text{mg/dl}$ , Arteria carotis (Stenose  $\geq 50\%$  und Verschluss), Neurologische Dysfunktion und Notfall. Für diese potenziellen Risikofaktoren wäre die Operationalisierung zu prüfen. Die Angemessenheit der Risikoadjustierung ist für diesen Indikator dementsprechend eingeschränkt angemessen, da die oben genannten, noch nicht berücksichtigten Einflussfaktoren potenziell relevant für die Risikoadjustierung sind“*

- Datenqualität bei QS MC (Seite 184):  
Bei der Beurteilung der Datenqualität eines Indikators (ID 51846) wird zunächst formuliert, dass „keine Hinweise auf deren Einschränkung“ vorliegen. Dann werden drei Datenfelder des Indikators genannt, bei denen die Datenvalidierung eine mittlere Datenqualität ergeben hat. In der Zusammenschau für das Eignungskriterium wird die Datenqualität „trotz der geringen Einschränkungen“ als hoch beurteilt.

Zunächst sollte die erste Formulierung angepasst werden, da durchaus Hinweise auf Einschränkungen bestehen. Weiterhin erscheint die Ableitung, dass trotz zumindest

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.04.2024

zum Vorbericht Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV

Seite 14 von 27

„mittlerer“ Einschränkungen die Datenqualität als „hoch“ eingeschätzt wird, recht subjektiv und nicht passend.

- Widerspruch Datenqualität und Validität im Verfahren QS MC:

Vom IQTIG werden relevante Einschränkungen der Dokumentationsqualität bei zwei Indikatoren festgestellt (Seite 196):

*„Bezüglich der Datenqualität liegen für beide Qualitätsindikatoren Hinweise auf deren Einschränkung vor. Gemäß den Ergebnissen der umfangreichen Datenvalidierung aus dem EJ 2015 wie auch des Zweiterfassungstools (EJ 2022) der plan. QI-RL weist das Datenfeld „präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren“ (EJ 2015: 87,80 %; EJ 2022: 83,0 %) eine niedrige Übereinstimmungsrate auf.“*

Es erscheint nicht verständlich, dass das IQTIG die Validität der Indikatoren dennoch als „hoch“ bewertet (Seite 196):

*„Die Validität der Messung wird für beide Indikatoren als hoch beurteilt.“*

Da das primäre Ziel der Indikatoren zweifellos nicht die „Messung“ der Dokumentationsqualität, sondern von Versorgungsqualität ist, spricht die vom IQTIG dargestellte deutlich häufigere Identifikation von Dokumentationsdefiziten im Vergleich zu Qualitätsdefiziten (nur sehr wenige qualitative Auffälligkeiten bei diesen Indikatoren) gegen eine hohe Validität der „Messung“.

### **Betrachtung „weiterer Aufwände“**

Bei der Aufwandsbetrachtung hat das IQTIG anders als beauftragt „weitere Aufwände“ nicht systematisch bewertet (Seite 23):

*„In die Entscheidung über Empfehlungen zum Einsatz einzelner Indikatoren wurden diese Aufwände in der Verfahrensprüfung aus mehreren Gründen nicht direkt einbezogen“*

Die Bewertung der verbleibenden Indikatorensets in einer „Gesamtschau“ wurde vom IQTIG nur sehr eingeschränkt, im Wesentlichen im Sinne einer Betrachtung der erfassten Qualitätsdimensionen, vorgenommen.

### **Empfehlungen zum Stellungnahmeverfahren**

Bei den Ausführungen des IQTIG in Kapitel 2.8 handelt es sich um eine theoretische Abhandlung, wie die Entwicklung von Bewertungskriterien und Bewertungskategorien für das Stellungnahmeverfahren nach § 17 erfolgen soll.

Das Auftragsverständnis wird auf Seite 60 nachvollziehbar zusammengefasst: es sollen Kriterien zur Bewertung rechnerischer Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren sowie Kategorien zur Einteilung der Bewertungsergebnisse entwickelt werden. Grundsätzlich erscheinen die theoretischen Eckpunkte nachvollziehbar. Jedoch weist die Darstellung des IQTIG darauf hin, dass es für die Entwicklung und Beurteilung der Eignung der Bewertungskriterien eine hoch komplexe Methodik verwenden möchte. Es sollte allerdings vermieden werden, dass diese Methodik ähnlich wie die jetzt verwendete Methodik zur Bewertung der Eignung von Indikatoren unnötig komplex und das Zustandekommen der Eignungsbeurteilungen wenig nachvollziehbar ist. Das IQTIG legt in seinen Ausführungen großen Wert auf die Objektivität und Validität der qualitativen Bewertungen. Dies sollte gleichermaßen für die Bewertung der Eignung der Bewertungskriterien im Rahmen der Entwicklung gelten.

Besonders diskutabel erscheint die Einschätzung auf Seite 61:

*„Ein Verfahren, in dem die Qualität einer Leistung standardisiert anhand einheitlicher Bewertungskriterien z. B. durch Fachkolleginnen und -kollegen beurteilt wird, entspricht dem Wesen nach einem Zertifizierungsverfahren für die jeweilige Leistung“*

Das IQTIG lässt unerwähnt, dass die qualitative Bewertung durch das quantitative Ergebnis ausgelöst wird und daher nicht völlig unabhängig von diesem ist. Praktisch handelt es sich um die Validierung der Hypothese des IQTIG, dass das rechnerische Verfehlen des Referenzbereichs eines Indikators als Nichterfüllung einer Sollvorgabe, also als Qualitätsdefizit anzusehen ist<sup>1</sup>. Dies als „Zertifizierung“ zu bezeichnen erscheint nicht sachgerecht. Dies gilt ebenfalls für die Gleichsetzung der Bewertungskriterien mit einem „Kriterienkatalog einer Zertifizierung“.

Außerdem ungeeignet in diesem gesetzlichen (§§ 135a SGB V und 136 ff. SGB V) und normativen Kontext erscheint die Nomenklatur an sich. Weder kennt die DeQS RL den Begriff zur Zertifizierung noch wird er bspw. in der Beauftragung zu Weiterentwicklung der qualitativen

---

<sup>1</sup> IQTIG 2022: Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27. April 2022; [https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen\\_Version-2.0\\_2022-04-27\\_barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf) (Zugriff 15.3.2024).

Beurteilung vom G-BA eingeführt<sup>2</sup>. Es erscheint an dieser Stelle notwendig, nomenklatorisch eine deutliche Abgrenzung zu Begriffen außerhalb der gesetzlichen Qualitätssicherung des G-BA zu schaffen. Bspw. sollte es zu keinen Vermischungen mit dem Zertifikatsbegriff gem. § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 7 SGB V kommen. Der GKV-Spitzenverband bittet daher das IQTIG, im Abschlussbericht auf die bereits gebräuchlichen Begrifflichkeiten der DeQS RL zurückzugreifen und sich damit zu bereits bestehenden Zertifikaten und Zertifizierungen klar abzugrenzen.

### **QS KCHK**

Das IQTIG empfiehlt 39 Indikatoren und sechs Kennzahlen zur Weiterführung (Seite 134). Diese erfassen ausschließlich die Ergebnisqualität. Es ist nachvollziehbar, dass diese zur Weiterführung empfohlenen Indikatoren eine hohe Relevanz aufweisen.

Das Indikatorenset ist mit 39 Indikatoren außerordentlich umfangreich und erscheint in dieser Form für das Stellungnahmeverfahren nach DeQS-Richtlinie kaum praktikabel. Perspektivisch sollen allerdings die Indikatoren zu den Re-Interventionen bzw. Re-Operationen innerhalb von 30 Tagen in einem sozialdatenbasierten Indikator „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ gebündelt werden (Seite 137). Zusätzlich sollen die Indikatoren zu schwerwiegenden Komplikationen in einem neuen Sozialdaten-QI: „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff“ gebündelt werden (Seite 137). Hierdurch würde das Indikatorenset voraussichtlich deutlich praktikabler werden.

Der überwiegende Teil der zur Weiterführung empfohlenen Indikatoren befindet sich noch nicht lange im Routinebetrieb, so dass eine umfassende Bewertung der methodischen Eigenschaften auch nur bedingt möglich erscheint. Es ist daher vom Grundsatz her nachvollziehbar, dass das IQTIG diese Indikatoren nicht vorschnell „abschaffen“ möchte.

Bis auf Weiteres scheint daher das vom IQTIG empfohlene sehr umfangreiche Indikatorenset akzeptabel, sollte aber in jedem Fall kontinuierlich geprüft und weiterentwickelt werden.

### **Erläuterungsbedarf 1-Jahres-Sterblichkeit**

Die Indikatoren der 1-Jahres-Mortalität sollen zukünftig in Form von Kennzahlen weitergeführt werden (betrifft alle sechs Auswertungsmodule), primär aufgrund niedriger Validität und eingeschränkter Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer.

---

<sup>2</sup> G-BA 2023: Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung; [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6502/2024-03-06\\_IQTIG-Beauftragung\\_Weiterentwicklung-Verfahren-qual-Beurteilung\\_DeQS-RL.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6502/2024-03-06_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung-Verfahren-qual-Beurteilung_DeQS-RL.pdf) (Zugriff: 21.03.2024).

Es ist nachvollziehbar, dass diese Indikatoren nicht mehr für den unmittelbaren  
Einrichtungsvergleich verwendet werden. Sehr positiv zu werten ist, dass das IQTIG diese  
Informationen in Form von Kennzahlen den Einrichtungen für das interne Qualitätsmanagement  
zur Verfügung stellen möchte.

### **QS Karotis**

Das IQTIG empfiehlt vier Indikatoren und vier Kennzahlen zur Weiterführung, teilweise mit  
paralleler Überarbeitung.

Angesichts der hohen Relevanz des Versorgungsbereichs und der Verfügbarkeit von relevanten  
Indikatoren mit nachvollziehbar angemessenem Aufwand-Nutzen-Verhältnis erscheinen die  
Empfehlungen des IQTIG zur Fortführung des Verfahrens nachvollziehbar. Dies gilt insbesondere  
angesichts der vom IQTIG in Aussicht gestellten Aufwandsreduktion im Rahmen der bereits  
beauftragten und aktuell stattfindenden Weiterentwicklung des Verfahrens.

#### **Erläuterungsbedarf zur Überarbeitung von Indikatoren**

Bei den vier zur Überarbeitung empfohlenen Indikatoren wird keine Aussetzung/kein Pausieren  
empfohlen.

Erläuterungsbedürftig erscheint, dass auch zu den vier zur Weiterführung empfohlenen  
Indikatoren (ID 52240, 162300, 162303, 161800) aus dem Zeitplan im Anhang (Seite 17 und  
Seite 19) hervorgeht, dass eine „Anpassung“ erfolgen soll, was aus Tabelle 19 im Bericht (Seite  
222ff.) nicht hervorgeht. Dort sind diese Indikatoren nicht als „Überarbeiten“, sondern als  
„Weiterführen“ gekennzeichnet.

#### **Erläuterungsbedarf zum QS-Filter**

Die OPS-Kodes zu „Extrakorporalem Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-  
ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne  
Herzunterstützung“ und „Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die  
Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit  
Gasaustausch“, sollen von der Ausschlussliste gestrichen werden.

Diese Empfehlung sollte ausführlicher erläutert werden. Durch dieses Vorgehen werden Eingriffe  
mit besonderen Charakteristika in die Dokumentationspflicht aufgenommen, zu denen sich die  
Frage stellt, ob sie ohne weitere Informationen für einen Einrichtungsvergleich angemessen

ausgewertet werden können. Um eine vergleichbare Auswertung zu erreichen, erscheinen weitere Informationen (z. B. ECMO-bezogene und beatmungsbezogene Parameter, Informationen zu medikamentöser Kreislaufunterstützung, den Erkrankungen, die die ECMO-Therapie begründen) für eine angemessene Risikoadjustierung relevant.

Das IQTIG sollte daher im Abschlussbericht differenziert darstellen, welche Konsequenzen sich aus der Dokumentationspflicht für diese Eingriffe ergeben und welche Änderungen an den Dokumentationsanforderungen sich dadurch ergeben werden.

### QS CAP

Das IQTIG empfiehlt alle sechs Indikatoren und eine Kennzahl des Verfahrens zur Weiterführung (vier davon mit Überarbeitung, ohne dass die Datenerhebung pausiert wird).

Für vier Indikatoren und die Kennzahl wird die Datenqualität als niedrig eingestuft und es wird eine erneute umfassende Datenvalidierung empfohlen. Die Ergebnisse der Datenvalidierung sollen Grundlage für die weitere Entscheidung des Beibehaltens oder der Abschaffung dieser Indikatoren sein.

Bei anhaltend niedriger Datenqualität wäre eine Abschaffung der Indikatoren zu empfehlen. Sollte somit weiterhin eine niedrige Datenqualität vorhanden sein, würden nur zwei Indikatoren aus dem Verfahren QS CAP bestehen bleiben:

- Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
- Sterblichkeit im Krankenhaus

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes könnte in diesem Fall das gesamte Verfahren QS CAP auf den Prüfstand gestellt werden.

Auch ist zusammenfassend festzustellen, dass die Empfehlung zur vollständigen Weiterführung aller Indikatoren dieses Verfahrens angesichts folgender Aspekte fachlich nicht nachvollziehbar erscheint:

- die überwiegende Zahl der Indikatoren **zeigt nur sehr geringfügiges Verbesserungspotential** (dies betrifft insbesondere den Indikator zur frühen ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie)
- das IQTIG stellt selbst in relevantem Ausmaß **limitierte Datenqualität** fest, obwohl es in seinen Bewertungen nicht auf alle Hinweise zu eingeschränkter Datenqualität eingeht
- der Ergebnisindikator zur Sterblichkeit wird vom IQTIG als „*derzeit nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet*“ angesehen.

Konkret ergeben sich hieraus folgende Erläuterungsbedarfe:

#### **Erläuterungsbedarf zu Verbesserungspotential und Datenqualität**

Zum Indikator „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“ (ID 2005) wird vom IQTIG trotz nur einer einzigen qualitativen Auffälligkeit „eher hohes“ Verbesserungspotential festgestellt, 8 im Stellungnahmeverfahren festgestellte Dokumentationsfehler werden hingegen nicht als Hinweis auf eingeschränkte Datenqualität bewertet (Seite 147):

*„Bezüglich der Datenqualität liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Datenqualität der Messung für diesen Qualitätsindikator verwendeten Datenfelder als hoch beurteilt.“*

Das IQTIG sollte erläutern, warum die konkret erkannten Dokumentationsfehler nicht als „Hinweis“ auf eingeschränkte Datenqualität gewertet werden. Ebenfalls sollte erläutert werden, warum die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren in Bezug auf Verbesserungspotential und Datenqualität anscheinend so unproportional Eingang in die Bewertungen des IQTIG finden (trotz nur einer einzigen qualitativen Auffälligkeit wird „eher hohes“ Verbesserungspotential gesehen, 8 auffällige Einrichtungen in Bezug auf die Dokumentationsqualität werden hingegen nicht als Hinweis auf Limitationen der Datenqualität gewertet).

#### **Erläuterungsbedarf zum Indikator zur Sterblichkeit**

Das IQTIG formuliert auf Seite 169:

*„Aufgrund der geringen Eignung der Operationalisierung ist der Qualitätsindikator derzeit nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet.“*

Der Indikator wird aber dennoch zur Weiterführung empfohlen (Seite 141) und Seite 169:

*„Trotz der Einschränkungen in der Validität wird empfohlen, vor dem Hintergrund einer vergleichsweise hohen Letalitätsrate von fast 17 %, welche auch mit dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht wieder auf das Ausgangsniveau von rund 13 % im Erfassungsjahr 2019 gefallen ist, die Datenerhebung und das Stellungnahmeverfahren fortzuführen.“*

Das IQTIG sollte diesen Widerspruch weitergehend erläutern. Es ist nicht nachvollziehbar, dass das IQTIG nicht auf eine potentielle Behebbarkeit eingeht und ebenfalls keine Empfehlung zur Überarbeitung ausgesprochen wird. Praktisch bedeutet das, dass das IQTIG einen nach eigener Einschätzung ungeeigneten Indikator einsetzen möchte, da er ein (unbestritten) relevantes

Qualitätsmerkmal erfasst. Angesichts dieser Empfehlung sollte das IQTIG erläutern, welchen Stellenwert die Bewertung der Eignungskriterien hat, wenn eine unmissverständlich festgestellte fehlende Eignung nicht zur Empfehlung einer Abschaffung oder zumindest eines Pausierens bzw. einer Überarbeitung führt.

### **Erläuterungsbedarf zum Aufwand**

Das IQTIG beschreibt auf Seite 174, dass es nicht zu einer Aufwandsreduktion komme. Das IQTIG geht hier allerdings nicht darauf ein, dass es voraussichtlich zu einer Aufwandszunahme kommt.

Zur Kompensation von Limitationen des QS-Filters bezüglich ICD- und OPS-Kodes sollen zwei zusätzliche Datenfelder eingefügt werden:

- Zum Ausschluss von Patienten mit einer nosokomialen Pneumonie zuverlegt aus einer anderen Einrichtung (Seite 144).
- Zum Ausschluss von Patienten mit Frührehabilitation, die nicht innerhalb eines Standortes verlegt wurden (Seite 145).

Darüber hinaus wird für die Verbesserung des Indikators „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009) ein neues Datenfeld empfohlen (Seite 151). Aus den Ausführungen des IQTIG ist nicht ersichtlich, dass Datenfelder gestrichen werden sollen. Auch wird aus den Ausführungen zum QS-Filter nicht klar, ob aufgrund der beschriebenen Veränderungen eine Zunahme der Fallzahlen zu erwarten ist. Sind die Änderungen des QS-Filters in Bezug auf die nosokomiale Pneumonie so zu verstehen, dass ca. 48.000 Fälle zusätzlich in der QS-Dokumentation erfasst werden? Dies sollte klargestellt werden.

Insgesamt sollte das IQTIG konkret darstellen, ob und ggf. in welchem Umfang mit einer Zunahme des Aufwands zu rechnen ist.

### **Erläuterungsbedarf zum QS-Filter**

Das IQTIG stellt auf Seite 144 dar, dass eine Dokumentationspflicht für aus anderen Krankenhäusern zuverlegte Patientinnen und Patienten besteht, die *„zukünftig über ein zusätzliches Datenfeld im QS-Dokumentationsbogen ausgeschlossen werden“* sollen.

Das IQTIG sollte klarstellen, wie viele Fälle dies betrifft. Darüber hinaus sollte das IQTIG erläutern, warum der Ausschluss dieser Fälle nicht über das Instrument des Minimaldatensatzes erfolgen soll.

### **Redaktionelle Anmerkungen**

- Für den Indikator ID 2028 wird in der Tabelle 13 auf Seite 140 die Datenqualität als „mittel“ angegeben, im Text auf Seite 161 jedoch als niedrig.
- Für den Indikator ID 2036 wird in der Tabelle 13 die Datenqualität als „mittel“ angegeben, im Text auf Seite 164 jedoch als niedrig.

### **QS MC**

Das IQTIG empfiehlt elf Indikatoren zur Weiterführung. Darüber hinaus empfiehlt das IQTIG die Neuentwicklung eines Indikators „Hoher zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation“.

Insgesamt handelt es sich durchgehend um relevante leitlinienbasierte Prozessindikatoren, deren potentieller Nutzen nicht in Frage zu stellen ist. Allerdings haben die praktischen Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt, dass beim überwiegenden Teil dieser Indikatoren erhebliche Deckeneffekte zu beobachten sind, so dass praktisch nur selten echte Qualitätsdefizite erkannt werden und der tatsächlich beobachtbare Nutzen daher insgesamt gering erscheint.

Auch handelt es sich immer noch um ein relativ umfangreiches Indikatorenset, bei dem sich die Frage stellt, ob aufgrund der Anzahl der Indikatoren und der daraus resultierenden hohen Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten das Stellungnahmeverfahren durchgehend in der wünschenswerten Tiefe erfolgen kann. Gerade unter dem Gesichtspunkt der Effizienz erscheint daher eine weitergehende Priorisierung der empfohlenen Indikatoren erwägenswert.

### **Erläuterungsbedarf zur Überarbeitung**

Für vier Indikatoren ist aus der textlichen Beschreibung im Bericht ersichtlich, dass Änderungen an Datenfeldern oder eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierung oder eine Erweiterung der Grundgesamtheit erfolgen sollen (z. B. Seite 192, 211, 214).

Dies betrifft folgende Indikatoren:

- Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk (ID 212000)
- Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk (ID 212001)
- Nachresektionsrate (ID 60659)
- Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS (ID 211800)

In Tabelle 17 auf Seite 179ff. sind diese Indikatoren allerdings nicht als „Überarbeiten“, sondern als „Weiterführen“ klassifiziert.

### **Erläuterungsbedarf zum Indikator zur Nachresektionsrate**

Zum Indikator zur Nachresektionsrate (ID 60659) erscheint der Überarbeitungsbedarf an der Risikoadjustierung sehr relevant (Seite 210f.).

Das IQTIG sollte im Abschlussbericht klarstellen, bis wann diese Risikoadjustierung realisiert werden kann. Das IQTIG sollte darlegen, warum für diesen Indikator bis zum Vorliegen der Risikoadjustierung auf ein Aussetzen verzichtet werden soll.

### **Redaktionelle Anmerkung**

Auf Seite 212 sollte die ID „21180“ wohl durch „211800“ ersetzt werden.

### **QS DEK**

Das IQTIG empfiehlt die beiden derzeit eingesetzten Indikatoren zur Weiterführung. Das Verfahren hat auch derzeit bereits einen hoch spezifischen Fokus auf die Ergebnisqualität der Dekubitusprophylaxe. Es ist nachvollziehbar, dass diese Ausrichtung unverändert beibehalten werden soll.

Die vom IQTIG als theoretisch denkbar erwähnte zusätzliche Erfassung der Prozessqualität sollte kritisch geprüft werden, da in der Vergangenheit bereits festgestellt wurde, dass eine Ausrichtung auf die Prozessqualität unverhältnismäßig hohen Dokumentationsaufwand generiert.

Die Streichung eines händisch auszufüllenden Datenfeldes führt zu einer Aufwandsreduktion für die Leistungserbringer, die nicht weiter quantifiziert wird.

Eine alternative Operationalisierung mit Hilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen ist nicht vorteilhaft, da bereits derzeit nur solche Informationen händisch erfasst werden, die nicht angemessen mittels Abrechnungsdaten erfasst werden können und das Konzept der Risikostatistik auf Abrechnungsdaten zugreift.

### **Erläuterungsbedarf zu Indikatorenentwicklung**

Es wird die Entwicklung eines Qualitätsindikators „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ empfohlen. Dieser Sachverhalt wird derzeit in einer Kennzahl (ID 521800) abgebildet. Das IQTIG sollte im Abschlussbericht hierzu darstellen, ob dieser Sachverhalt möglicherweise als Auffälligkeitskriterium zur Dokumentationsqualität angemessener erfasst werden könnte.

### **Erläuterungsbedarf zur Erweiterung des Patientenkollektivs**

Das IQTIG empfiehlt „perspektivisch“ die Weiterentwicklung des Verfahrens in Bezug auf die Patientengruppe der unter 20-jährigen einschließlich Früh- und Neugeborenen. Diese Patientengruppen haben Eingang in die Leitlinien gefunden und das Expertengremium empfiehlt eine entsprechende Weiterentwicklung.

Das IQTIG sollte diese Empfehlung differenzierter ausführen, da hierdurch ganz andere Patientenkollektive einbezogen werden, für die voraussichtlich eine erhebliche Anpassung der Risikoadjustierung bzw. eine eigene Risikoadjustierung erforderlich würde.

### **Erläuterungsbedarf zur Risikoadjustierung**

Widersprüchlich erscheint, dass das IQTIG auf Seite 278 ausdrücklich ausführt, dass nicht alle relevanten Risikofaktoren berücksichtigt werden und daher ein Stellungnahmeverfahren unverzichtbar ist:

*„Es wurden jedoch nicht alle Einflussfaktoren berücksichtigt, da ein inzidenter Dekubitus grundsätzlich vermieden werden soll. Die einzelnen Fälle werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens begutachtet.“*

Dennoch bezeichnet das IQTIG die Risikoadjustierung auf Seite 274 und Seite 279 als „vollständig angemessen“. Dieser anscheinende Widerspruch sollte erläutert werden.

### **QS HGV**

Das IQTIG empfiehlt für die beiden Module zur osteosynthetischen Versorgung von Frakturen (OSFRAK) und zur endoprothetischen Versorgung (HEP) insgesamt 17 Indikatoren, die folgende Aspekte erfassen:

- Präoperative Verweildauer
- Allgemeine Komplikationen
- Spezifische Komplikationen
- Gehunfähigkeit bei Entlassung
- Sterblichkeit

Darüber hinaus werden Kennzahlen zum Treppensteigen bei Entlassung empfohlen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.04.2024

zum Vorbericht Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV

Seite 24 von 27

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands kann den Empfehlungen des IQTIG überwiegend gefolgt werden.

Die zur Fortführung empfohlenen Indikatoren und Kennzahlen weisen in beiden Verfahrensteilen (OSFRAC und HEP) aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ausreichend hohe Relevanz auf, um grundsätzlich die Fortführung der händischen QS-Dokumentation mit dem reduzierten Indikatorenset zu begründen. Allein für die unverzichtbaren Indikatoren zur präoperativen Verweildauer, die nach Einschätzung des IQTIG auch nicht über Sozialdaten operationalisierbar sind, wird eine Fortführung der händischen QS-Dokumentation erforderlich bleiben.

Fraglich erscheint allerdings, dass weiterhin 17 Indikatoren eingesetzt werden sollen. Die bisherigen Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren zeigen, dass aufgrund der Vielzahl der Indikatoren und der daraus resultierenden hohen Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten aus Ressourcengründen nicht durchgehend in der erforderlichen bzw. wünschenswerten Tiefe erfolgen kann. Gerade unter dem Gesichtspunkt der Effizienz erscheint daher eine weitergehende Priorisierung der empfohlenen Indikatoren erwägenswert, insbesondere da bei einigen Indikatoren die Anzahl der tatsächlich erkannten Qualitätsdefizite gering ist.

Das IQTIG sollte in seinem Abschlussbericht darauf eingehen, in welcher Form das Stellungnahme zu den verbleibenden 17 Qualitätsindikatoren geführt werden soll.

#### **Erläuterungsbedarf zum QS-Filter**

Das IQTIG empfiehlt eine Angleichung der Ausschlussbedingungen in den Modulen OSFRAC und HEP. Das IQTIG stellt hierzu dar, dass die empfohlene Übernahme der Ausschlussbedingungen von OSFRAC (17/1) in das Modul HEP zu „mehr Ausschlüssen“ bei den HEP-Fällen führe (Seite 288).

Das IQTIG sollte im Abschlussbericht differenziert darstellen, welche Ausschlusskriterien für HEP konkret geplant sind und wie viele Fälle dadurch voraussichtlich künftig ausgeschlossen würden.

#### **Erläuterungsbedarf zu Indikatoren zur präoperativen Verweildauer**

Erläuterungsbedürftig erscheint der Vorschlag des IQTIG zu einer Zusammenlegung der Indikatoren zur präoperativen Verweildauer der beiden Module (Seite 288).

Unklar ist, ob bei Zusammenlegung der Indikatoren zur präoperativen Verweildauer der Module HEP und OSFRAC eine Harmonisierung der zugestandenen präoperativen Zeitintervalle erfolgen müsste (im Modul OSFRAC wird in der Regel eine osteosynthetische Versorgung innerhalb der

ersten 24 Std. gefordert, im Modul HGV eine endoprothetische Versorgung innerhalb der ersten 48 Std.).

Das IQTIG postuliert eine Aufwandsreduktion der Stellungnahmeverfahren durch die Zusammenlegung. Es wird nicht ausgeführt, ob geringerer Aufwand bei den Leistungserbringern oder bei den am Verfahren beteiligten Institutionen (LAG, IQTIG) erwartet wird. Durch die Zusammenlegung der Indikatoren könnten sich im Stellungnahmeverfahren auf Landesebene durchaus komplexere Konstellationen bei der Bewertung einzelner Leistungserbringer durch die Fachkommissionen ergeben. Insbesondere für die Ableitung qualitätsfördernder Maßnahmen erscheint die primäre Unterscheidung nach osteosynthetischer und endoprothetischer Versorgung vorteilhafter als eine nachträgliche Differenzierung auf Fallebene im Stellungnahmeverfahren.

Das IQTIG sollte daher den Vorschlag zur Zusammenlegung noch differenzierter erläutern und benennen, an welcher Stelle des Verfahrens konkret eine Aufwandreduktion erwartet wird und wo evtl. höhere Aufwände entstehen können.

### **Erläuterungsbedarf zur Gehunfähigkeit bei Entlassung**

Die Indikatoren zur Gehunfähigkeit bei Entlassung, die in den Modulen HEP und OSFRAK weitergeführt werden sollen, weisen relevante Einschränkungen der Operationalisierung insbesondere hinsichtlich Validität und Reliabilität auf:

- Teilweise existieren erhebliche Unterschiede der Entlasszeitpunkten zw. den Krankenhäusern.
- Die bei Entlassung bestehende Mobilität ist kein Endzustand (ggf. ist eine möglichst frühzeitige Überführung aus der akutstationären Behandlung in ein geeignetes Rehabilitations- und Nachbehandlungssetting mit besseren und vielseitigeren Behandlungsoptionen bei noch nicht erreichtem Qualitätsziel sogar erwünscht)
- Die Anforderung für jeden nicht nicht-bettlägerigen Einzelfall zur Abschreitung und Dokumentation einer begleiteten Strecke von 50 m unter Aufsicht und ggf. mit Gehhilfen erscheint praxisfern – insbesondere eine „hoch“ verlässliche und vergleichbare Durchführung bei 65.000 Fälle in HGV-OSFRAK und erst recht für ca. 260.000 Fälle in HGV-HEP.

Hinzu kommt, dass auch der praktische Nutzen des Indikators fraglich erscheint. Aus dem Stellungnahmeverfahren ist ersichtlich, dass lediglich drei von 57 rechnerischen Auffälligkeiten bei diesem Qualitätsindikator im Modul OSFRAK als echtes Qualitätsdefizit bewertet wurden – bezogen auf alle Leistungserbringer im Verfahren damit nur 0,29 % (3/1051)<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> IQTIG 2023: Bundesqualitätsbericht 2023; [iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG\\_Bundesqualitaetsbericht-2023\\_2023-11-08.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Bundesqualitaetsbericht-2023_2023-11-08.pdf) (Zugriff: 21.03.2024).

Die Empfehlung des IQTIG zur Weiterführung der Indikatoren zur Gehunfähigkeit erscheinen daher in beiden Modulen diskutabel. Das IQTIG sollte auf die genannten Limitationen in seinem Abschlussbericht differenziert eingehen und die Bewertung nochmals kritisch überprüfen. Auch sollte darauf eingegangen werden, ob Informationen zur Gehfähigkeit möglicherweise valider und reliabler über eine Patientenbefragung erhoben werden können (mit der gleichzeitig auch Aspekte zur Sturzprophylaxe und zum Treppensteigen erfasst werden könnten) und in der aktuell laufenden Beauftragung zur Entwicklung einer Patientenbefragung auch berücksichtigt werden.

### **Erläuterungsbedarf zur Kennzahl zum Treppensteigen**

Diskutabel erscheint die Fortführung der Kennzahl zum Treppensteigen bei Entlassung im Modul HEP. Formal erscheint die Empfehlung – soweit anhand der dargestellten Informationen zur „qualitativen Gesamtschau“ bzw. „fehlenden Hinweisen“ auf Einschränkungen nachvollziehbar – mit der Methodik des IQTIG konsistent.

Fachlich nur eingeschränkt verständlich erscheint allerdings, dass das IQTIG „hohe“ Objektivität, Validität und Reliabilität feststellt (Tabelle 25, Seite 324) obwohl die Operationalisierung des Indikators mehrere unklare Definitionen verwendet.

Die Formulierungen „... steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter“ und „steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter“ sind nicht eindeutig und lassen daher keine objektive und reliable Erfassung zu. Es ist unklar, wie die Definition für „ein Stockwerk“ konkret gefasst ist (wie viele Treppen hat „ein Stockwerk“?). Auch der Begriff „Laienhilfe“ ist nicht klar definiert.

Hinsichtlich der „niedrig“ bewerteten Datenqualität (Seite 369) erscheint es unwahrscheinlich, dass die vom IQTIG genannten und bereits zur Spezifikation 2023 umgesetzten Anpassungen (Präzisierung der Antwortkategorien nach dem Hamburger Manual zur Einstufung nach dem Barthel-Index, Informationen aus dem Ausfüllhinweis in die Antwortkategorien vorgezogen, Datenfeld bei Aufnahme ergänzt um die Antwortmöglichkeit „Information liegt nicht vor“, Seite 369) zu der erwarteten Verbesserung der Datenqualität, Objektivität und Reliabilität führen. Die unklaren Definitionen werden durch die vom IQTIG beschriebenen Anpassungen nicht beseitigt. Auch in den aktuellen Ausfüllhinweisen ist keine Präzisierung der unklaren Definitionen ersichtlich.

Als relevante Einschränkung der Validität ist ebenso wie in den Indikatoren zur Gehunfähigkeit bei Entlassung anzusehen, dass eine zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akutstationären

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.04.2024  
zum Vorbericht Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten  
gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS  
KAROTIS, QS DEK und QS HGV  
Seite 27 von 27

Behandlung vorliegende Mobilität nicht als Endzustand zu werten ist. Darüber hinaus gelten die  
Limitationen zur Reliabilität und Validität gleichermaßen wie bei den Indikatoren zur  
Gehunfähigkeit bei Entlassung.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Bewertung von Validität, Reliabilität und Objektivität für die  
Kennzahl als „hoch“ insgesamt nicht passend. Das IQTIG stellt darüber hinaus selbst relevante  
Einschränkungen der Risikoadjustierung fest und beurteilt diese als „nicht angemessen“ (Tabelle  
25, Seite 324). Sachgerechter Weise wird die Ergänzung der Risikoadjustierung empfohlen, die  
bereits in Erarbeitung sei (Seite 370).

Die Empfehlung des IQTIG zur Weiterführung der Kennzahl kann bei relevanten Defiziten in der  
Operationalisierung daher fachlich nicht nachvollzogen werden und sollte daher im  
Abschlussbericht weitergehend erläutert werden.

# Weitere stellungnahmeberechtigte Organisationen und Institutionen



Kommentar der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE) zu den  
**„Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen  
Qualitätssicherung – Vorbericht“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wunschgemäß nehmen wir Stellung zu oben genanntem Vorbericht. Wir fokussieren uns, bezogen auf diesen umfassenden Bericht, auf die Hüftgelenkversorgung (QS HGV). Ziel des IQTIG war es, so verstehen wir den Vorbericht, anhand der Eignungskriterien für das Qualitätsziel und für die Qualitätsmessung Nutzen und Aufwand für die Indikatoren und Kennzahlen der sechs QS-Verfahren, für uns des Hüftgelenkverfahrens, zu bewerten. Es ist bekannt, dass bei dieser Bewertung namhafte Endoprothetiker und Traumatologen beteiligt waren. Eine Reduktion des Aufwandes bei der Verschlüsselung und Dokumentation des QS-Verfahrens wird sehr begrüßt. Wesentlich ist jedoch, dass die gewonnene Information hierunter nicht leidet. Ungeachtet dessen mutet es grotesk an, die Indikationsqualität nicht mehr abzubilden. Dies würden wir durchaus kritisch sehen, es ist sicherlich von großer Bedeutung, insbesondere bei elektiven Eingriffen, die Qualität der Indikation adäquat zu dokumentieren. Es ist uns bekannt, dass diese in den letzten Jahren immer deutlich über 90 % lag, ungeachtet dessen müsste hier möglicherweise einmal eine Verschärfung, wie auch immer geartet, greifen. Eine Abschaffung der Indikationsqualität sehen wir kritisch.

Sie führen klar aus, dass das Verhältnis Aufwand zu Nutzen optimiert werden müsse, dies wird ganz klar begrüßt. Ebenso die Anpassung an den medizinischen und technischen Fortschritt um neueste wissenschaftliche Erkenntnisse. Die Anwendung eines Qualitätsmodells für den jeweiligen Versorgungsbereich, in dem die patientenrelevanten Verbesserungspotenziale eines Versorgungsbereiches systematisch und unter Einbeziehung der Patientenperspektive zusammengestellt wird, begrüßen wir. Ungeachtet dessen ist die Expertenmeinung hier von hoher Bedeutung. Die Beurteilung des Nutzens eines Qualitätsindikators mit der Frage der Bedeutung für Patientin und Patient, mit der Frage des Potentials zur Verbesserung der Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer und der Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss werden begrüßt. Die Entscheidungslogik für die Überprüfung der Qualitätsindikatoren ist absolut nachvollziehbar und notwendig. Ebenso nachvollziehbar und wichtig sehen wir die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch den Leistungserbringer. Ist der Leistungserbringer nicht in der Lage, dieses Qualitätsmerkmal voranzubringen, so ist dies sicherlich nicht geeignet, adäquate Qualität und insbesondere eine Verbesserung der Qualität abzubilden, so wie es auch bei der aktuellen Indikationsstellung vorliegt.

Die Abbildung auf der Basis von Sozialdaten ist begrüßenswert, zumal dies den Aufwand deutlich reduziert, auch hier ist jedoch zu bedenken, dass Sozialdaten zur Abrechnung eines Falles generiert

werden und nicht zur optimalen Dokumentation. Ebenso ist hier die Risikoadjustierung zwingend zu beachten.

Tabelle 7 des Vorberichts verdeutlicht klar, warum gewisse Indikatoren keiner Fortführung mehr bedürfen.

Nun zum Thema 8: **QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV), hier hüftgelenknahe Femurfraktur** mit osteosynthetischer Versorgung. Die Prüfergebnisse der Tabelle 23 sind nachvollziehbar und sinnvoll, insbesondere das Überdenken der Dokumentation der Sturzprophylaxe. Der Beurteilung der weiteren fünf Qualitätsindikatoren können wir uns nur anschließen.

Nun zur **Hüftendoprothesenversorgung (HGV - HEP)**, bzgl. der Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation und zum Hüftendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel haben wir uns oben bereits geäußert, wir haben die Theorie klar verstanden, sehen aber dennoch die fehlende Indikationsqualität als kritisch an. Die Sturzprophylaxe hier abzuschaffen, erscheint möglicherweise sinnvoll, alle anderen Qualitätsindikatoren werden weitergeführt, was durchaus zielführend und wichtig ist.

Den weiteren diesbezüglichen umfassenden Aussagen können wir uns nur vollumfänglich anschließen. Sollten diese Maßnahmen definitiv zu einer Reduktion des Aufwandes von 34,3 % gegenüber dem bisherigen Dokumentationsaufwand führen, so wäre dies definitiv zu begrüßen, auch die Integration von Sozialdaten unter der oben genannten Einschränkung mit dem gleichen Ziel.

Zum Anhang zum Vorbericht sind aus unserer Sicht keine Kommentare notwendig.

Zeitpläne zur Umsetzung der Empfehlungen.

Diese sind, wie für beide Bereiche hier aufgeführt, logisch und nachvollziehbar, insbesondere auch der Versuch, dies mit Sozialdaten fortzuführen.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme und verbleiben mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Karl-Dieter Heller  
AE-Pastpräsident

# Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung

---

Kommentierung der LAG BW

## 4.3 2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

### Eignung des Qualitätsmerkmals - Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:

Seite 146: Der Umstand, dass durch die Änderung im QS-Filter unter Umständen auch nosokomial erworbene Pneumonien, die bei Aufnahme in ein weiteres Krankenhaus bestehen, in das Verfahren einfließen, hat mehrere Leistungserbringer in Baden-Württemberg irritiert. Ggf. muss dieser Umstand momentan im Stellungsnehmerverfahren geklärt werden. Das angekündigte zusätzliche Datenfeld ist wünschenswert.

## 4.9 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

### Eignung der Operationalisierung – Aufwand der Messung

Seite 172: Bisher fehlt eine Definition des Zeitpunktes "bei Aufnahme": Wie lang nach der administrativen Aufnahme darf eine gültige Messung der AF bei Aufnahme erfolgen? Eine diesbezügliche Definition mit Erläuterung in den Ausfüllhinweisen ist wünschenswert.

## 7.2 52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium /Kategorie 1) und 52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4

### Eignung des Qualitätsmerkmals - Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss

Seite 276: Quartalsberichte enthalten wegen der fehlenden Risikostatistik keine Ergebnisse zu Indikatoren. In den Quartalsberichten sollten daher mehr relevante Basisinformationen abgebildet werden und deutlicher gemacht werden, dass für den risikoadjustierten Indikator die Angaben in der Risikostatistik eine wesentliche Rolle spielen und nicht die Angaben der Risikofaktoren in den IST-Daten, so dass anhand der Inzidenzen ein erhöhtes Dekubitus-Risiko abgeleitet werden kann und damit die Dekubitusprophylaxe gestärkt wird. Die Bedeutung der Risikoadjustierung sollte im Rahmen der Digitalisierung auch für die Software-Hersteller mehr in den Vordergrund gerückt werden.

### Eignung der Operationalisierung - Objektivität der Messung

Seite 277: Entscheidend ist, wer einschätzt und wer vor Ort in den KH dokumentiert. z.T. wird auch mit Pflegediagnosen gearbeitet.

### Aufwand der Messung - Datenfeld „War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden?“

Seite 279: Die Streichung des Feldes POD (Present on Discharge) sollte nicht erfolgen. Das Feld nutzen die Leistungserbringer in ihren KIS-Systemen oder haben es als aktives Feld zum Anklicken bei Entlassung implementiert. Das Feld ist wichtig bei Wiederaufnahmen und kann dem internen QM zur Verlaufsbeobachtung aufenthaltsübergreifend dienen.

Ebenso sollten Plausi-Regeln zwischen Feld POA und Feld POD in Abhängigkeit des Dekubitus-Stadiums eingeführt werden, z.B. wenn Dekubitusstadium = 2 oder 3 oder 4, dann kann bei Entlassung das Feld POD nicht Null sein.

**Aufwand der Messung - Alternative Operationalisierung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen**  
Seite 280: Entscheidend ist, ob die zunehmende Digitalisierung gelingt (z.B. Abbildung des Pflegeprozesses, Dokumentation bei Aufnahme und im Verlauf mit Assessment).

## 8 QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

### 8.2 Empfehlungen zum QS-Filter

*...Weitere Frakturen, Wunden, Blutungen oder Nervenverletzungen der Patientin oder des Patienten sollten künftig nur noch dann zum Ausschluss im Verfahren führen, **wenn sie die Operationsplanung...***  
Seite 287: Hierfür muss dann der Datensatz angepasst werden, um dies zu erfassen! Ist der erhöhte Dokuaufwand hierfür verhältnismäßig? Ist eine Mengenabschätzung erfolgt?

*...Die Kodierung von Luxationen sowie Frakturen an den oberen und unteren Extremitäten und außerdem relevante Bänderrisse oder Nerven- und Gefäßverletzungen an der unteren Extremität außerhalb des hüftgelenknahen Versorgungsbereichs sollen künftig nicht mehr zum Ausschluss aus dem Verfahren führen...*

Seite 287: Hier sollte die Auswirkung auf die präop.VWD gemonitort werden ... evtl. ist der Referenzbereich anzupassen

### 8.5 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

#### Eignung des Qualitätsmerkmals - Eignung der Operationalisierung – Datenqualität

*...Die LAG wiesen zudem darauf hin, dass die rechnerischen Auffälligkeiten am häufigsten auf Dokumentationsfehlern beruhen...*

Seite 299: Wieso wird dann das Verbesserungspotential als hoch eingeschätzt? s. Methodik, S. 40 zu Verbesserungspotential/Kennzahl 1+2: "Ist beispielsweise die Datenqualität nicht ausreichend, ist das auf diese Weise geschätzte Verbesserungspotenzial weniger aussagekräftig als bei guter Datenqualität."

#### Eignung der Operationalisierung - Angemessenheit der Risikoadjustierung

*...Es wird die Ergänzung der Faktoren im Risikomodell empfohlen...*

Seite 301: Bedeutet dies dann eine Datensatzergänzung zur Erhebung der Einflussfaktoren?

#### Angemessenheit der Risikoadjustierung – Anpassungen

*...ohne Filterfrage einzeln mit jeweiliger Ja-Nein-Abgabe erfasst...*

Seite 305: Steigert dann jedoch den Doku-Aufwand deutlich!

*...Dies wird anhand eines Vergleichs dieser Datenbestände mit Sozialdaten bei den Krankenkassen überprüft...*

Seite 306: Hier sollten auch die Ergebnisse der Datenvalidierungs-AKs zu diesem Sachverhalt dargestellt werden.

### Eignung des Qualitätsmerkmals - Eignung der Operationalisierung - Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung

...Es wird daher empfohlen, den bestehenden Qualitätsindikator **weiterzuführen** und parallel die Umstellung auf Sozialdaten zu implementieren...

Seite 308: und eine angemessene Risikoadjustierung einzuführen (wird auch empfohlen, s. oben) ...

## 8.7 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

### Eignung des Qualitätsmerkmals - Eignung der Operationalisierung - Objektivität der Messung

...LAG im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eine Abfrage...

Seite 310: Diese Info liegt den LAGen noch nicht vor und muss vor Start des SNV im Juni 2024 mitgeteilt werden, um noch in diesem Jahr Berücksichtigung finden zu können.

...Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens sollte berücksichtigt werden, dass Krankenhäuser mit systematischen Screenings nach z. B. Delir und akuter Niereninsuffizienz deutlich höhere Raten erreichen können, obwohl kein Qualitätsdefizit vorliegen muss. Es sollte also durch die Landesarbeitsgemeinschaften im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens festgestellt werden, ob ein generelles explizites Screening-Instrument für das Delir verwendet wurde...

Seite 312: Falsch zu niedrige Raten (wie vermutet) können so jedoch nicht detektiert werden, da nur mit LE mit erhöhten Raten ein STNV geführt wird. Erkenntnisse bei erhöhten Delir- oder NI-Raten sind jedoch möglich. Um frühzeitige Anfrage an die LAGen wird gebeten.

### Eignung des Qualitätsmerkmals - Eignung der Operationalisierung - Angemessenheit der Risikoadjustierung

...Auch die Rückmeldungen der LAG zeigten, dass Auffälligkeiten in diesen QIs häufig aufgrund **fehlender** Risikoadjustierung entstehen und dann schlussendlich als qualitativ unauffällig bewertet werden...

Seite 313: statt „fehlender“ besser => nicht ausreichender/angemessener ...

## 8.15 54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Seite 344. s. Anmerkungen zu Allg. Kompl. bei OSFRAK

## 8.16 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel

Seite 348: s. Anmerkungen zu Allg. Kompl. bei OSFRAK

## 8.22 10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf

...Wechseln der knochenverankerten Prothesenteile...

Seite 371: Wird bei dem Wechsel mobiler Teile ein OPS-Code aus dem Nummernkreis: 5-821.2a oder .2b oder .18 kodiert (= isolierter Inlay- oder Aufsteckkopf-Wechsel), so wird der Wechsel nicht als Komponentenwechsel im Modul HEP dokumentationspflichtig (Teildatensatz "Wechsel") und auch damit in der Follow-up-Auswertung nicht auffällig. Zielsetzung ist, dass nur echte Prothesen- oder Komponentenwechsel (Schaft, Pfanne) in diesen Follow-up-Indikator betrachtet werden sollen.

Seite 3 von 4

Häufig werden jedoch isolierte Inlay- oder Kopfwechsel mit OPS-Codes kodiert, die zur Auslösung der Dokumentationspflicht führen (z. B. bei einer einliegenden Duokopfprothese 5-821.fx; aber auch "5-821.3x" Oder "5-821.4x" Oder "5-821.5x"). Da insgesamt wenige Zählerfälle zur Abweichung führen, ist die Validität des Indikators (auch wegen der teilweisen Unterdokumentation im Zählerleistungsbereich "Wechsel") und damit Eignung für Qualitätsvergleiche fraglich.

## 8.23 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponenten-wechsel

### Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung

*... sondern alle Betroffenen, die eine Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder einen - Wechsel- bzw. Komponentenwechsel einer Hüftendoprothese erhalten haben...*

Seite 382: Dies wäre ein Zurück ins letzte Jahrzehnt (falls erneut ein Referenzbereich in Form eines Sentinel Events vorgesehen sein sollte). Da der Aufwand in keinem Verhältnis zum Nutzen stand, wurde damals eine Umstellung der Berechnung vorgenommen, um nicht jeden einzelnen Sterbefall im Stellungnahmeverfahren diskutieren zu müssen (bei sehr geringer Trefferrate, was die Bewertung als qualitativ auffällig betrifft). Was hat sich seither bei der Bewertung von Aufwand zu Nutzen geändert?

## 9 Fazit und Ausblick

Tabellenzeile - Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Abschaffen

Seite 390: Bei empfohlener Abschaffung und daraus resultierender Empfehlung, das Stellungnahmeverfahren AJ 2025 bereits nicht mehr durchzuführen, sollte der Versuch unternommen werden, die Dokumentationsentlastung, die ab dem EJ 2026 frühestens in die Spezifikation eingebracht werden soll, so früh wie möglich zu realisieren. Zu diskutieren wäre (a) über ein Servicerelease zum EJ 2025 die Felder bereits 2025 nicht mehr erfassen zu lassen oder (b) über eine Empfehlung an die LE die Dokumentation durch Eingabeempfehlungen zu verschlanken. Zu (b) könnten z. B. für Felder die entfallen sollen Standard-Schlüsselwerte wie "0" empfohlen werden. Sicherzustellen wäre dann, dass die Felder bereits in der Auswertung 2026 nicht mehr berücksichtigt werden.

*...Neben dieser Entlastung der Leistungserbringer durch die Streichung von nicht mehr für die Qualitätssicherung geeigneten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden für die sechs QS-Verfahren zudem detaillierte Empfehlungen zur Überarbeitung von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen gegeben, um deren Eignung für die **Qualitätsmessung** zu verbessern...*

Seite 391: Der Begriff "Qualitätsmessung" sollte grundsätzlich nicht verwendet werden. Hier an dieser Stelle wäre die Formulierung "... Eignung zur Qualitätssicherung und -förderung..." passender. Würde mit den Indikatoren eine Qualitätsmessung erfolgen, so wären Stellungnahmeverfahren mit der Zielsetzung der Bewertung nicht erforderlich, sondern müssten allein zur Diskussion und Vereinbarung von Verbesserungsmaßnahmen geführt werden, da die Qualität ja bereits als verbesserungsbedürftig "gemessen" wurde.



- Aus unserer Sicht sind Datenerhebungen und Stellungnahmeverfahren bis zur formalen Umsetzung der Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren wenig zielführend und reduzieren ggf. die Akzeptanz der Verfahren bei den Leistungserbringern. Daher sollten bei Beschluss der Empfehlungen des IQTIG durch den G-BA kurzfristig auch Spezifikationen (spätestens im darauffolgenden Erfassungsjahr) und Rechenregeln (spätestens im darauffolgenden Auswertungsjahr) entsprechend angepasst werden.

Im Folgenden sind (mit Ausnahme von QS KCHK aufgrund von Nicht-Betroffenheit) die Stellungnahmen zu den einzelnen Verfahren aufgeführt, jeweils in Form einer tabellarischen Übersicht (Anlage 1) und einer inhaltlichen Ausführung (Anlage 2).

Wir hoffen, mit unseren Ausführungen einen konstruktiven Beitrag zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung leisten zu können und stehen für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

der LAG Geschäftsstellen

Bayern  
Hessen  
Mecklenburg-Vorpommern  
Rheinland-Pfalz  
Saarland  
Schleswig-Holstein

**Anlagen:**

- [Anlage 1](#): Anlage 1\_Tabellen\_Beteiligungsverfahren Weiterentwicklung von Verfahren DeQS\_2024-04-03
- [Anlage 2](#): Anlage 2\_Text\_Beteiligungsverfahren Weiterentwicklung von Verfahren DeQS\_2024-04-03

## QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

ID	Titel	Empfehlung bzgl. Datenerhebung		Empfehlung bzgl. Stellungnahmeverfahren	
		IQTIG	LAG-Gruppe	IQTIG	LAG-Gruppe
	QS-Filteranpassung	fortführen	fortführen	-	-
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	fortführen	beenden	fortführen	beenden
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026)	vorübergehendes Aussetzen bis AJ 2027	vorübergehendes Aussetzen bis AJ 2027
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026)	vorübergehendes Aussetzen bis AJ 2027	vorübergehendes Aussetzen bis AJ 2027
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026)	vorübergehendes Aussetzen bis AJ 2027	vorübergehendes Aussetzen bis AJ 2027
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026)	entfällt	als QI fortführen
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	fortführen	beenden	fortführen	beenden
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	fortführen	fortführen	fortführen	fortführen

## QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC)

ID	Titel	Empfehlung bzgl. Datenerhebung		Empfehlung bzgl. Stellungnahmeverfahren	
		IQTIG	LAG-Gruppe	IQTIG	LAG-Gruppe
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	fortführen	fortführen	fortführen	fortführen
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	beenden ab EJ 2026	beenden ab EJ 2026	abschaffen ab AJ 2025	abschaffen ab AJ 2025
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	Streichung	Streichung		
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026)	fortführen	fortführen
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026)	fortführen	fortführen
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	fortführen	fortführen	fortführen	fortführen
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	fortführen	fortführen	fortführen	fortführen
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	beenden ab EJ 2026	beenden ab EJ 2026	abschaffen ab AJ 2025	abschaffen ab AJ 2025

Beteiligungsverfahren „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung / Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“

ID	Titel	Empfehlung bzgl. Datenerhebung		Empfehlung bzgl. Stellungnahmeverfahren	
		IQTIG	LAG-Gruppe	IQTIG	LAG-Gruppe
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	fortführen	fortführen	fortführen	fortführen
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	fortführen	fortführen	fortführen	fortführen ab AJ 2025
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	fortführen	fortführen	fortführen	fortführen
60659	Nachresektionsrate	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026)	fortführen	fortführen
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026)	fortführen	fortführen
2124002	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS (Kennzahl)	fortführen	fortführen	fortführen	fortführen

## QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

ID	Titel	Empfehlung bzgl. Datenerhebung		Empfehlung bzgl. Stellungnahmeverfahren	
		IQTIG	LAG-Gruppe	IQTIG	LAG-Gruppe
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	beenden ab EJ 2026	Mit angepasster Rechenregel weiterführen und Neubeurteilung zum EJ 2027	abschaffen ab AJ 2025	für AJ 2025 aussetzen, danach auf Grundlage der neuen RR fortführen
51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	beenden ab EJ 2026	Mit angepasster Rechenregel weiterführen und Neubeurteilung zum EJ 2027	abschaffen ab AJ 2025	für AJ 2025 aussetzen, danach auf Grundlage der neuen RR fortführen
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	beenden ab EJ 2026	beenden ab EJ 2026	abschaffen ab AJ 2025	abschaffen ab AJ 2025
5143	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	beenden ab EJ 2026	beenden ab EJ 2026	abschaffen ab AJ 2025	abschaffen ab AJ 2025
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis vaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026)	Fortführen (mit Erweiterung auf alle Simultaneingriffe ab EJ 2026)	fortführen	fortführen

Beteiligungsverfahren „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung / Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“

ID	Titel	Empfehlung bzgl. Datenerhebung		Empfehlung bzgl. Stellungnahmeverfahren	
		IQTIG	LAG-Gruppe	IQTIG	LAG-Gruppe
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen - chirurgisch	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026) -ggf. über Sozialdaten	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026) -ggf. über Sozialdaten	fortführen	fortführen
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026) -ggf. über Sozialdaten	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026) -ggf. über Sozialdaten	fortführen	fortführen
11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen – chirurgisch (Kennzahl)	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026) -ggf. über Sozialdaten	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026) -ggf. über Sozialdaten	fortführen	fortführen
51873	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt (Kennzahl)	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026) -ggf. über Sozialdaten	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026) -ggf. über Sozialdaten	fortführen	fortführen
162300	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – offen-chirurgisch (Kennzahl)	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026) -ggf. über Sozialdaten	fortführen	fortführen
162303	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – kathetergestützt (Kennzahl)	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026) -ggf. über Sozialdaten	fortführen	fortführen

Beteiligungsverfahren „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung / Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“

ID	Titel	Empfehlung bzgl. Datenerhebung		Empfehlung bzgl. Stellungnahmeverfahren	
		IQTIG	LAG-Gruppe	IQTIG	LAG-Gruppe
162302	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt (Kennzahl)	Beenden ab EJ 2026	Beenden ab EJ 2026	entfällt	entfällt
161800	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	fortführen (mit Anpassung ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassung zum EJ 2023)	fortführen	fortführen
162402	Periprozedurales Neuromonitoring (Kennzahl)	Beenden ab EJ2026	Beenden ab EJ2026	entfällt	entfällt

### QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

ID	Titel	Empfehlung bzgl. Datenerhebung		Empfehlung bzgl. Stellungnahmeverfahren	
		IQTIG	LAG-Gruppe	IQTIG	LAG-Gruppe
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026)	fortführen	fortführen
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026)	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026)	fortführen	fortführen

## QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

### Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)

ID	Titel	Empfehlung bzgl. Datenerhebung		Empfehlung bzgl. Stellungnahmeverfahren	
		IQTIG	LAG-Gruppe	IQTIG	LAG-Gruppe
	QS-Filteranpassung	Anpassungen notwendig	Anpassungen notwendig	-	-
54030	Präoperative Verweildauer	fortführen	fortführen	fortführen	fortführen
54050	Sturzprophylaxe	beenden ab EJ 2026	beenden	abschaffen ab AJ 2025	abschaffen ab AJ 2025
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	fortführen	weiterführen als Kennzahl bis Überführung in Patientenbefragung	fortführen	Wiedereinführung mit Beginn einer Patientenbefragung
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (Kennzahl)	fortführen ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen ggf. mit Sozialdaten fortführen	entfällt	-

## Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

ID	Titel	Empfehlung bzgl. Datenerhebung		Empfehlung bzgl. Stellungnahmeverfahren	
		IQTIG	LAG-Gruppe	IQTIG	LAG-Gruppe
	QS-Filteranpassung	Anpassungen notwendig	Anpassungen notwendig	-	-
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	beenden ab EJ 2026	Überführung in andere Form, z.B. Patientenbefragung	abschaffen ab AJ 2025	Wiederaufnahme nach Beginn einer Datenerhebung in anderer Form
54002	Indikation zum Hüftendo-prothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	beenden ab EJ 2026	Überführung in andere Form, z.B. Patientenbefragung	abschaffen ab AJ 2025	Wiederaufnahme nach Beginn einer Datenerhebung in anderer Form
54003	Präoperative Verweildauer	fortführen	fortführen	fortführen	fortführen
54004	Sturzprophylaxe	beenden ab EJ 2026	beenden ab EJ 2026	abschaffen ab AJ 2025	abschaffen ab AJ 2025
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)

Beteiligungsverfahren „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung / Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“

ID	Titel	Empfehlung bzgl. Datenerhebung		Empfehlung bzgl. Stellungnahmeverfahren	
		IQTIG	LAG-Gruppe	IQTIG	LAG-Gruppe
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)
54020	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (mit Anpassungen ab EJ 2026) ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)	fortführen (andernfalls vorübergehend aussetzen bis RA beschlossen wurde)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	fortführen	Weiterführen als Kennzahl bis Überführung in Patientenbefragung	fortführen	Wiedereinführung mit Beginn einer Patientenbefragung
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	fortführen ggf. mit Sozialdaten fortführe	fortführen ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen	fortführen ggf. mit Sozialdaten fortführen
191914	Sterblichkeit bei einer hüft-gelenknahen Femurfraktur (Kennzahl)	fortführen ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen ggf. mit Sozialdaten fortführen	entfällt	-

Beteiligungsverfahren „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung / Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“

ID	Titel	Empfehlung bzgl. Datenerhebung		Empfehlung bzgl. Stellungnahmeverfahren	
		IQTIG	LAG-Gruppe	IQTIG	LAG-Gruppe
192300	Treppensteigen bei Entlassung (Kennzahl ab 2023)	fortführen	Überführen in Patientenbefragung	entfällt	Aufnahme des Stellungnahmeverfahrens, auf Grundlage einer Patientenbefragung
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	fortführen ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen ggf. mit Sozialdaten fortführen	fortführen	fortführen

## **QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)**

### **QS-Filter**

Die vorgeschlagenen Anpassungen im QS-Filter werden begrüßt, da dadurch die Validität des gesamten QS-Verfahrens erhöht werden kann. Für diesen Zweck ist auch die Einführung neuer Datenfelder zur Differenzierung von ambulant erworbenen und nosokomialen Pneumonien sowie zur korrekten Erfassung bzw. Ausschluss von Fällen mit Frührehabilitation trotz eines dadurch entstehenden dokumentatorischen Mehraufwandes gerechtfertigt.

### **Qualitätsindikatoren**

#### **QI 2005 - Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie**

Der Anteil an über diesen Indikator festgestellten qualitativen Auffälligkeiten ist seit Jahren sehr gering: Zuletzt wurde im Stellungnahmeverfahren ein einziger Leistungserbringer (von insgesamt 1.351) als qualitativ auffällig bewertet (0,07 %), bei dem sich zudem keine Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel zeigten, sondern Dokumentationsprobleme zu einer Bewertung als „sonstige“ qualitative Auffälligkeit führten. Hierfür mussten 51 Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden, bei welchen sich also nur 1,96 % „qualitative“ Auffälligkeiten zeigten ([BQB 2023](#)).

Die vorgeschlagene unveränderte Fortführung sowohl der Datenerhebung als auch des Stellungnahmeverfahrens widerspricht sehr deutlich der im [G-BA-Beschluss vom 21. April 2022](#) geforderten kurzfristigen Aufwandsreduzierung. Somit kann ein Festhalten an diesem Qualitätsindikator allenfalls mit der als „hoch“ bewerteten Bedeutung für die Patientinnen und Patienten gerechtfertigt werden.

#### **QI 2009 - Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme**

#### **QI 2013 - Frühmobilisation nach Aufnahme**

#### **QI 2028 - Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**

Der Vorschlag, die Stellungnahmeverfahren zu diesen Indikatoren so lange auszusetzen, bis die notwendigen Anpassungen an der Spezifikation und an den Rechenregeln erstmalig greifen, ist insbesondere unter dem Aspekt der kurzfristigen Aufwandsreduzierung (s.o.) ausdrücklich zu begrüßen. Das vorgeschlagene Fortführen der Datenerhebung mit noch nicht angepasster, überholter Spezifikation wird den Leistungserbringern allerdings nur schwer zu vermitteln sein, mag aber gerechtfertigt sein, um Verlaufsbetrachtungen in den Indikatorergebnissen zu ermöglichen.

#### **QI 2036 - Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (Kennzahl)**

Der Vorschlag, durch Anpassungen der Spezifikation (Datenfelder) und der Rechenregel Datenqualität und Validität zu erhöhen und mit diesen Anpassungen die Datenerhebung fortzuführen ist ausdrücklich zu begrüßen. Allerdings erscheint eine Umwandlung der Kennzahl in einen Qualitätsindikator mit Durchführung von Stellungnahmeverfahren geboten: Im [BQB 2023](#) werden zwar gute Bundesergebnisse über die letzten Jahre ausgewiesen, jedoch zeigt sich hier auch, dass es eine erhebliche Anzahl von Leistungserbringern mit schlechten bis sehr schlechten Ergebnissen von weit unter 90 % gibt. Diesen Ergebnissen muss im Rahmen von Stellungnahmeverfahren nachgegangen werden.

### **QI 50778 – Sterblichkeit im Krankenhaus**

Der Anteil an über diesen Indikator festgestellten qualitativen Auffälligkeiten bewegt sich auf einem niedrigen Niveau: Zuletzt wurden im Stellungnahmeverfahren nur drei Leistungserbringer (von insgesamt 1.316) als qualitativ auffällig bewertet (0,23 %), bei denen sich zudem keine Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel zeigten, sondern keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt wurden und daher zu einer Bewertung als qualitative Auffälligkeit führten. Hierfür mussten 80 Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden, bei welchen sich also nur 3,75 % „qualitative“ Auffälligkeiten zeigten ([BQB 2023](#)).

Die vorgeschlagene unveränderte Fortführung sowohl der Datenerhebung als auch des Stellungnahmeverfahrens widerspricht sehr deutlich der im [G-BA-Beschluss vom 21. April 2022](#) geforderten kurzfristigen Aufwandsreduzierung. Somit kann ein Festhalten an diesem Qualitätsindikator allenfalls mit der als „hoch“ bewerteten Bedeutung für die Patientinnen und Patienten gerechtfertigt werden.

### **QI 50722 – Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**

Dem Vorschlag bei diesem Indikator unverändert sowohl die Datenerhebung als auch die Stellungnahmeverfahren fortzuführen wird uneingeschränkt zugestimmt.

## **QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC)**

### **Qualitätsindikatoren**

#### **QI 212000 - Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk/ QI QI 212001 - Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk**

Zunehmend wird der intraop. Ultraschall (mit und ohne Draht) verwendet. Dies ist von der AGO-Mamma seit 2023 mit „++“ empfohlen. Es könnte sein, dass Häuser hier zu wenig Markierungen angeben und ungerechter Weise auffällig werden.

Daher ist die Einführung eines neuen Schlüssels beim Datenfeld „präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren“ mit Anpassung der Rechenregeln zu begrüßen.

#### **QI 2163 - Primäre Axilladisektion bei DCIS**

Die Abschaffung dieses Qualitätsindikators wird befürwortet, zumal da es auch noch ein Sentinel-Event ist. Somit muss nicht jede SLNB bei Ablatio mit DCIS angefragt werden, zumal die aktuellen Leitlinien dieses Vorgehen absichern.

Der Indikator 50719 (Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie) ist vollkommen ausreichend, da hier tatsächlich keine SLNB durchgeführt werden soll.

Die Empfehlung zur Abschaffung des Indikator auch in der plan.QI-RL ist folgerichtig.

#### **QI 51847 - Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie**

Die Empfehlung zur Fortführung des Indikators ohne Anpassungen der Rechenregel ab AJ 2025 wird kritisch gesehen. Die SLNB-Indikation wird bei älteren Patn. über 69 Jahre (ASCO-Empfehlung seit 2021) und bei postmenopausalen Frauen (ER+/HER2-neg) und Tumorgröße bis 2cm zunehmend in Frage gestellt (SOUND-Ergebnisse im Jahre 2023). Dies wird häufig im Stellungnahmeverfahren als Begründung angeführt und führt regelhaft zur Qualitätsbewertung als qualitativ unauffällig.

Dieser Indikator wurde eingeführt, um zu überprüfen ob die Einrichtung logistisch fähig ist, eine SLNB durchzuführen. 20 Jahre nach Einführung der SLNB sollten alle Brustzentren dazu in der Lage sein. Jetzt kehrt sich dieser Indikator ins Negative, da die blinde Durchführung der SLNB in über 90% der Fälle (z.B. aus Erlösgründen) fälschlicherweise durch die QS unterstützt wird mit Nachteilen für die Patienten.

## **QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)**

### **Qualitätsindikatoren**

#### **QI 603 Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch**

#### **QI 51437 Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt**

Im Rahmen der datengestützten Qualitätssicherung ist die Überprüfung der Indikationsstellung grundsätzlich schwierig. Die aktuellen Ergebnisse (2022) suggerieren mit einem Bundesergebnis von 99,25 % bzw. 97,95 % eine sehr gute Indikationsstellung. Nur bei wenigen rechnerisch auffälligen Leistungserbringern konnten Hinweise auf eine Qualitätsdefizit festgestellt werden (BQB 2022). Unklar bleibt jedoch, welchen Einfluss die Datenqualität bei diesen Ergebnissen hat (Vorbericht Seite 231). Da bisher ausschließlich der Stenosegrad bei der Zählerberechnung einfließt, hat das Expertengremium auch eine Erweiterung der Kriterien (gem. LL) empfohlen. Weiterhin sollen nach der Empfehlung des Expertengremiums die beiden Indikatoren in Zukunft auch zu einem Qualitätsindikator zusammengefasst werden. Gerade bei den asymptomatischen Karotisstenosen ist ein sorgfältiges Abwägen der Indikation essentiell, da hier der Eingriff auch mit einem entsprechenden Risiko verbunden ist. Das Abschaffen dieser Indikatoren im Vorfeld der geplanten Anpassung erscheint daher ein falsches Zeichen. Vielmehr sollte die Berechnung des neuen Indikators sowie das Stellungnahmeverfahren abgewartet werden und danach eine neue Beurteilung erfolgen.

#### **QI 604 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch**

#### **QI 5143 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt**

Die aktuellen Ergebnisse (2022) deuten mit einem Bundesergebnis von 99,69 % bzw. 99,34 % auf eine bundesweit sehr gute Indikationsstellung hin. Nur bei wenigen rechnerisch auffälligen Leistungserbringern konnten Hinweise auf eine Qualitätsdefizit festgestellt werden (BQB 2022). Unklar bleibt jedoch, welchen Einfluss die Datenqualität bei diesen Ergebnissen hat (Vorbericht Seite 231). Da bisher ausschließlich der Stenosegrad bei der Zählerberechnung einfließt, hat das Expertengremium auch eine Erweiterung der Kriterien (gem. LL) empfohlen. Weiterhin sollen nach der Empfehlung des Expertengremiums die beiden Indikatoren in Zukunft auch in einen Qualitätsindikator zusammengefasst werden. Die Intervention einer symptomatische Karotisstenose hat gemäß LL eine hohe Evidenz. Hier wäre daher eher zu Fragen, wie häufig Patienten mit einer entsprechenden Karotisstenose nicht revaskularisiert werden. Dies ist jedoch nur über ein diagnosebasiertes Verfahren möglich. Ein entsprechender Qualitätsindikator wird bereits im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfallregister (ADSR) eingesetzt. In diesem Verfahren könnte auf die entsprechenden Indikatoren verzichtet werden.

### **QI 52240 Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis- Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation**

Grundsätzlich ist, auch bei Betrachtung der Bundesergebnisse und der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens, die Empfehlung zur Fortführung nachvollziehbar. Da sowohl von Seiten der Experten als auch von Seiten der LAG-Fachkommissionen Simultaneingriffe mit herzchirurgischen Operationen grundsätzlich in Frage gestellt werden, könnte ein Qualitätsindikator zu Simultaneingriffen auch unabhängig vom Outcome (schwere Schlaganfälle und Tod) berechnet werden. Dies wäre ggf. auch über Sozialdaten möglich.

### **QI 11704 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch**

### **QI 51873 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt**

### **QI 11724 Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch (Kennzahl)**

### **QI 51873 Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt (Kennzahl)**

Postoperative Schlaganfälle und Tod sind die entscheidenden Outcome-Parameter nach einer Karotisrevaskularisation. Die Bundesergebnisse und die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zeigen hier auch bundesweite ein Verbesserungspotential. Eine Nutzung der Sozialdaten ist hierfür grundsätzlich zu begrüßen. Es müssen jedoch u. a. folgende Dinge beachtet werden:

- Operationalisierung der Schwere des Schlaganfalls (Rankin-Scale) nicht mit Sozialdaten möglich
- Abgrenzung Schlaganfall/Tod als direkte periprozedurale Komplikation versus Schlaganfall/Tod ohne direkten Zusammenhang mit dem Eingriff (z. B. Versagen der Sekundärprophylaxe) ggf. schwierig

### **QI 162300 Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – offen-chirurgisch (Kennzahl)**

### **QI 162303 Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – kathetergestützt (Kennzahl)**

Da bisher noch keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde, ist bisher auch keine Aussage bezüglich des Verbesserungspotentials möglich. Bis 2004 wurde noch ein vergleichbarer Qualitätsindikator berechnet (OP-pflichtige Nachblutungen nach Karotis-OP). Hier konnten zumindest bei drei von zehn angeschriebene Kliniken Qualitätsdefizite festgestellt werden. Unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit sollten diese Qualitätsindikatoren vorerst auch fortgeführt werden. Die Nutzung von Sozialdaten muss aus den genannten Gründen sorgfältig abgewogen werden.

### **QI 162303 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt (Kennzahl)**

Hierzu liegen keine Informationen zum Stellungnahmeverfahren (STNV) vor. Damit kann auch keine Aussage zu einem möglichen Verbesserungspotential hinsichtlich der Versorgungsqualität getroffen werden. Auch hier sollte ggf. auf andere QS-Verfahren, welche den Schlaganfall im Fokus haben (ADSR) zurückgegriffen werden.

### **QI 161800 Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit**

Aktuell gibt es nur Erfahrungen aus dem STNV zu der postoperativen fachneurologischen Untersuchung bei neu aufgetretenem neurologischem Defizit. Hier zeigt sich bisher nur eine mäßige Quote an qualitativ auffällig bewerteten Einrichtungen. Die Ausdehnung des Qualitätsindikators auf alle Fälle ab dem Erfassungsjahr 2023 sollte daher abgewartet werden, um dann den QI neu zu bewerten.

### **QI 162402 Periprozedurales Neuromonitoring (Kennzahl)**

Hierzu liegen (bisher) keine Informationen zum Stellungnahmeverfahren vor. Eine Aussage zu tatsächlich feststellbaren Qualitätsdefiziten lässt sich somit nicht treffen. Aufgefallen ist hier die widersprüchliche Formulierung im Bericht, dass „...die Bedeutung für den Patienten als hoch eingestuft...“ wird, auf der anderen Seite aber „...ein Zusammenhang des Qualitätsmerkmals mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ... als nicht gegeben eingeschätzt...“ wurde.

## **QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe (QS DEK)**

### **QS-Filteranpassung**

[Keine Ausführungen zu QS-Filteranpassungen im Vorbericht]

### **Qualitätsindikatoren**

#### **QI 52009 - Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)**

#### **QI 52010 - Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4**

Im Vorbericht wird auf S. 276 ausgeführt: *„Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden und insbesondere da seit dem Erfassungsjahr 2021 auch Quartalsberichte ausgeliefert werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar.“* Wir möchten darauf hinweisen, dass dies nicht korrekt ist. Für QS DEK erfolgen wegen des Bezugs zur Risikostatistik keine inhaltlich aussagekräftigen Quartalsauswertungen – weder für den QI ID 52009 noch für den QI ID 52010. Bis zur Jahresauswertung ist für Leistungserbringer im Rahmen der externen Qualitätssicherung nicht ersichtlich, wie viele und welche Fälle an Dekubitalulcera aufgetreten sind. Die einzige Informationsmöglichkeit stellt derzeit ein klinikinternes Monitoring dar.

Es wird begrüßt, dass eine Prüfung für eine mögliche Darstellung der Informationen aus der fallbezogenen QS-Dokumentation, welche in den Zähler des QI 52010 eingeht, derzeit vom IQTIG für die Quartalsberichte geprüft wird. Diese Prüfung und ggf. Darstellung (unabhängig von der Risikostatistik) sollte ebenfalls für den QI 52009 gelten.

Die LAG Geschäftsstellen können der Empfehlung zur Beibehaltung der Indikatoren 52009 und 52010 mit den geplanten Datenfeld-Anpassungen ab dem EJ 2026 folgen.

## **QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (QS OSFRAK) und Hüftendoprothesenversorgung (QS HEP)**

### **QS-Filter**

Die Anpassungen in den QS-Filtern werden begrüßt, da die Validität der Daten in Folge erhöht werden kann. Auch die Zusammenlegung der Module scheint sinnvoll und kann zu einer besseren Nachvollziehbarkeit von Versorgungsverläufen beitragen. Ob sie zudem – wie vom IQTIG beschreiben - zu einer Aufwandsreduktion bei der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens beitragen kann, ist fraglich.

### **Qualitätsindikatoren**

#### **QI 54001 - Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation (QS HEP)**

#### **QI 54002 - Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (QS HEP)**

Die Zahl der als qualitativ auffällig bewerteten Kliniken ist gering, häufig lösen Dokumentationsfehler die rechnerische Auffälligkeit aus. Zudem werden in der QS-Dokumentation nicht alle Sachverhalte, die zur korrekten Indikationsstellung führen können, ausreichend gut abgebildet. Der Abschaffung der Indikatoren wird zugestimmt – grundsätzlich wäre aus Sicht der LAG Geschäftsstellen aber auch eine Fortführung in anderer Form, z.B. einer Patientenbefragung, überlegenswert (PREMS/PROMS).

#### **QI 54003 - Präoperative Verweildauer (QS HEP)**

#### **QI 54030 - Präoperative Verweildauer (QS OSFRAK)**

Aufgrund des vorhandenen Verbesserungspotentials wird der Beibehaltung des Indikators zugestimmt.

#### **QI 54004 - Sturzprophylaxe (QS HEP)**

#### **QI 54050 - Sturzprophylaxe (QS OSFRAK)**

Der vorgeschlagenen Abschaffung wird aufgrund der geringen Zahl qualitativ auffälliger Kliniken und der niedrigen Validität, Objektivität, Reliabilität und Objektivität zugestimmt. Es wird für eine Erfassung im Rahmen einer Patientenbefragung plädiert.

#### **QI 54012 - Gehunfähigkeit bei Entlassung (QS HEP)**

#### **QI 54033 - Gehunfähigkeit bei Entlassung (QS OSFRAK)**

Die Zahl der auffälligen Kliniken in diesen Indikatoren ist sehr gering, der Aufwand der Dokumentation wird als eher hoch eingeordnet. Bei den rechnerisch auffälligen Kliniken werden im Stellungnahmeverfahren immer wieder Dokumentationsprobleme festgestellt, zudem ist die Operationalisierung nur als eingeschränkt angemessen einzustufen. Die beschriebenen Anpassungen im Nenner des QI (Ausschluss der Patient:innen, die in eine frührehabilitative Komplexbehandlung entlassen werden) sowie die geplanten Anpassungen bei der Risikoadjustierung sind zwar zu begrüßen, in Summe ist aus Sicht der LAG Geschäftsstellen jedoch fraglich, ob der hohe Aufwand sowohl bei der QS-Dokumentation als auch in den Stellungnahmeverfahren angemessen ist oder ob die Indikatoren über eine Patientenbefragung adäquater abbildbar wären. Deshalb sprechen sich die LAG Geschäftsstellen dafür aus, den Indikator zur Aufwandsreduktion bis zur Umsetzung einer Patientenbefragung in eine Kennzahl umzuwandeln.

**QI 54013 - Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (QS HEP)**

**QI 54015 - Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (QS HEP)**

**QI 54016 - Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (QS HEP)**

**QI 54017 - Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (QS HEP)**

**QI 54042 - Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (QS OSFRAK)**

**QI 54018 - Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (QS HEP)**

**QI 54019 - Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (QS HEP)**

**QI 54020 - Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (QS HEP)**

**QI 54029 - Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (QS OSFRAK)**

**QI 10271 - Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf (QS HEP)**

Die Vorschläge zur Fortführung der Indikatoren zu Sterblichkeit und Komplikationen mit verschiedenen Anpassungen der Datenfelder werden begrüßt. Gleiches gilt für die Erweiterungen bzw. Neuentwicklungen der Risikoadjustierungen, die zu einer besseren Identifikation der relevanten Fälle beitragen können. Die Weiterentwicklung der Indikatoren unter Einbezug von Sozialdaten bietet mit Blick auf die Aufwandsverringerung bei der Datenerfassung in den Kliniken und die vollständigere Erfassung der Komplikationen in den Sozialdaten sicherlich Vorteile. Nachteilig wirkt sie sich jedoch u.a. auf den Zeitpunkt der Bereitstellung der Ergebnisse und auf die Aufwände im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens aus. Eine Teilung von Follow-Up-Indikatoren sollte insbesondere in Hinblick auf den Zeitpunkt der Bereitstellung der Ergebnisse geprüft werden (QI 1 bis 30 Tage, QI 2 ab Tag 31 bis Ende FU-Zeitraum).

## **Kennzahlen**

**192300 - Treppensteigen bei Entlassung (QS HEP)**

Die Kennzahl zum Treppensteigen verursacht bei den Kliniken einen hohen Dokumentationsaufwand. Mit Blick auf die vom G-BA geforderte Aufwandsreduktion wäre eine Erfassung in Verbindung mit dem QI 54012 und QI 54033 über eine Patientenbefragung - mit daran anschließendem Stellungnahmeverfahren - aus Sicht der LAG Geschäftsstellen geeigneter.

**19194 - Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur (QS HEP)**

**54046 - Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung bei hüftgelenksnaher Femurfraktur (QS OSFRAK)**

Die Weiterentwicklung der Kennzahlen unter Einbezug von Sozialdaten ist mit Blick auf die Aufwandsverringerung der Datenerfassung in den Kliniken zu begrüßen.

LAGN QSmV Große Packhofstraße 27/28 30159 Hannover

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im  
Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

Ansprechpartner: Dr. Jens D. Kaufmann



Datum: 12.04.2024

### **Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten QS / Beteiligungsverfahren / Anmerkungen der LAGN**



aus Sicht der LAGN QSmV e.V. ergeben sich im Rahmen des Beteiligungsverfahrens zu den einzelnen Verfahren folgende Anmerkungen:

#### CAP

Das QS-Verfahren CAP erstellt die Zielpopulation auf Grund der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen. Für die ambulant erworbene Pneumonie existiert kein einzelner trennscharfer Code als ICD-Diagnose, so dass mit Haupt- und Nebendiagnosen lediglich annähernd eine korrekte Population festgestellt werden kann. Es ist daher folgerichtig, dass durch weitere Datenfelder in der QS-Dokumentation diese Lücke der Abrechnungskodes geschlossen wird, um eine homogene Grundgesamtheit zu erhalten. Eine Kontrolle der Sachverhalte wird im Stellungnahmeverfahren durch die Fachkommissionen nicht möglich sein, da in einem begrenzten Zeitfenster subjektiv verfasste Stellungnahmen der Kliniken zu beurteilen sind und keine Abrechnungskodes oder das Verlegungsgeschehen überprüft werden können.

#### Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGVOS-FRAK)

Da Objektivität, Reliabilität, Datenqualität und die Validität gering seien, soll die Qualitätssicherung zur „Sturzprophylaxe“ im Krankenhaus nach orthopädischen Operationen abgeschafft werden. Die Bedeutung für Patientinnen und Patienten wird als hoch, ein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal als belegt eingeschätzt. Die Bundesauswertung des IQTIG 2022 zeigt ca. 2.500 Patienten/Jahr an, die einen Inhouse-Sturz mit schwerwiegenden Folgen allein im Krankenhaus erleiden.

Es ist bedauerlich, dass dieser Qualitätsaspekt in der Patientenversorgung abgeschafft und keine Überarbeitung vorgenommen wird. Evidenzgrundlagen sind vorhanden, nur scheitert die Qualitätssicherung an der Operationalisierung des Indikators. Die Pflegequalität in Krankenhäusern wird in Deutschland bisher - abgesehen von der Dekubitusprophylaxe - nicht überprüft. Multimodale Interventionen und die Einschätzung eines Sturzrisikos sind Teil der Pflegedokumentation und müssen dort durch den gezielten Datenabgleich nachvollziehbar sein. Die Übereinstimmung im gezielten Datenabgleich bei den zwei Datenfeldern der Sturzprophylaxe lag bei 84 % bzw. 86 %. Die Einstufung der ASA-Klassifikation lag ebenfalls bei 86 % und wird dagegen als Datenfeld beibehalten (IQTIG 2020). Ein verwendetes Messinstrument zur Erfassung von Risikofaktoren - wie unter den Ausführungen der

Reliabilität gefordert - wird bereits seit längerem durch die Pflegewissenschaft nicht mehr empfohlen. Daher ist das Argument aus pflegewissenschaftlicher Sicht nicht nachvollziehbar (siehe NICE Guideline).

#### Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Der Indikationsindikator 54001 soll abgeschafft werden. Die Argumentation der Experten „Häufig finde sich nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene noch kein schriftlicher Befund des Röntgenbildes in der Patientenakte, wenn der QS-Bogen dokumentiert werde“ ist nicht nachvollziehbar. Soweit bekannt, gehört der Röntgenbefund zur elektronischen Krankenakte dazu, da es für das Behandlungsgeschehen wichtig ist. Die Dokumentation kann vor externem Versand nachgetragen werden. Zudem existiert eine Korrekturfrist in der externen QS.

Zur Datenqualität wird ausgeführt, dass die Übertragungsqualität der QS-Dokumentation davon abhängt, wer die QS-Dokumentation durchführt. Da es sich bei allen QS-Verfahren der DeQS-RL um eine sekundäre QS-Dokumentation handelt, ist nicht nachvollziehbar, warum dieses Argument nur in der Orthopädie/Unfallchirurgie angebracht wird.

Der Satz „Für Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs sind häufig Dokumentationsfehler ursächlich: von 62 rechnerisch auffälligen Standorten im Erfassungsjahr 2022 waren letztendlich 31 Leistungserbringer (2,85 %) statistisch auffällig.“ ist nicht verständlich, da die statistische Auffälligkeit keinen Bezug zu Dokumentationsfehlern hat.

Der Wechseleingriff gilt allgemein als anspruchsvoll bzw. komplikationsträchtig. Der Wechsel von Hüftendoprothesen wird derzeit in ca. 1.000 Klinikstandorten erbracht. 497 Standorte sind in Deutschland als Endoprothetik-Zentrum zertifiziert. Es werden ca. 18.800 Hüftendoprothesen jährlich gewechselt. Das wären durchschnittlich ca. 18 Wechsel pro Standort. Zum Vergleich: Die Mindestmengenanzahl für Knie-Erstimplantationen liegt bei 50. Die Qualitätssicherung bei Hüftendoprothesenwechseln sollte weiterentwickelt werden.

#### Mammachirurgie (MC)

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in unserem Bundesland sind die Ausführungen im Eckpunktepapier sowohl zur Abschaffung einiger QI in „prolongierter Erprobungsphase“ als auch zur Weiterführung des Großteils der QI nachvollziehbar und sinnvoll.

Zum QI 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation: Die für den Indikator maßgeblichen Belege ergeben nicht in allen Belangen eine schlüssige Begründung für den QI (Aktualität der Quellen, Interpretation der Quellen für die konkrete Ausgestaltung des QI und der betroffenen Patientinnen)

Beim QI 21200: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk heißt es auf der Seite 190 im letzten Absatz:

„...Da die Veröffentlichung der aktualisierten Leitlinie jedoch bereits für Anfang 2024 geplant ist und das IQTIG davon ausgeht, dass die Empfehlung bezüglich der prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung weitgehend mit der bisherigen starken konsensbasierten Empfehlung übereinstimmt, wird das patientenrelevante Merkmal als belegt angesehen...“

Hier bleibt der Zusammenhang zum QI unklar, denn die präoperative Drahtmarkierung ist nicht gleichzusetzen mit der prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung, die beim QI 212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk im Fokus steht.

Bei Fragen zu unseren Anmerkungen oder zur Einordnung unserer Anmerkungen im Hinblick auf die Aufnahme in die Kommentierung zur Veröffentlichung, können Sie uns gerne ansprechen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Jens D. Kaufmann, MPH  
Geschäftsführer

## 2024\_0308\_Anmerkungen zum Vorbericht IQTIG "Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung"

### Anmerkungen zur Kurzfassung

(Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren PCI, HSM und KEP)

Ob und ggf. mit welchen Einschränkungen die Ergebnisse der 3 Modellverfahren auf alle weiteren Verfahren zu portieren sind, sollte kritisch hinterfragt und ergänzend berichtet werden. Die bereits übermittelten Anmerkungen zum Weiterentwicklungsbericht dieser Verfahren wären in diesem Fall ebenso portierbar und würden sich auch diesen Bericht beziehen

Die Ziele der Beauftragung sind zu begrüßen, insbesondere eine Verbesserung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses ist dringend notwendig. Hierbei ist die Verringerung des Dokumentationsaufwandes der LE ein Kernthema. Allerdings ist darauf zu achten, dass man einen geringeren Dokumentationsaufwand nicht durch Steigerungen von Aufwänden an anderer Stelle konterkariert oder Verfahren generiert, die nicht aussagefähig und nutzbar sind, denn hierfür wäre jeder Aufwand zu hoch.

Im Rahmen der Beauftragung werden diese Aspekte durchaus genannt. Neben dem Aspekt der Streichung sei es von Datenfeldern, Indikatoren oder gleich ganzen Verfahren sollte auch die alternative Erfassung und Nutzung einfach zu erhebender und aussagefähiger Parameter nicht aus dem Auge verloren werden. Hiermit ist ausdrücklich nicht ausschließlich die nicht unproblematische Nutzung von Abrechnungsdaten (Sozialdaten) gemeint.

Zur Umstellung auf Stichprobenverfahren gibt es eine gesonderte Beauftragung. Eine integrierte Betrachtung hätte an dieser Stelle zur Vermeidung von Stückwerk durchaus Sinn gemacht.

Die Operationalisierung erfolgt in einem strukturierten Verfahren unter Verwendung von Leitfragen und Antwortkategorien, wofür ebenso wie bei der Zuweisung der Antwortkategorien ein gewisser Black Box Effekt erhalten bleibt.

Die Zusammenfassung stellt heraus, dass im Rahmen der Streichung und Bewertung der Indikatoren und Datenfelder Aussagen zur Indikationsqualität einer dringenden Neuaufstellung bedürfen. Hier muss ein gangbarer Weg zwischen Aufwand-Nutzen, Wunsch nach mehr Information und leitliniengerechtem Vorgehen gefunden werden.

Die Indikationsstellung und deren Qualität ist unbestritten eine wichtige Säule, denn erst bei einer zutreffenden Indikation sollte die Behandlung der Patienten und Patientinnen erfolgen und ein Behandlungsfall ausgelöst werden, der dann entsprechend der allgemein anerkannten Vorgehensweise behandelt und letztendlich anhand der validen Dokumentation qualitativ beurteilt werden kann.

Da dies ein grundlegender und unverzichtbarer Qualitätsparameter ist, kann dem Fazit der Kurzdarstellung: "Für die sechs QS-Verfahren liegen detaillierte Empfehlungen vor, die insgesamt zu einer Verbesserung von deren Aufwand-Nutzen-Verhältnissen führen." nicht gefolgt werden. Auch der Grund für eine Therapie (Indikation) muss im Fokus stehen. Bei diagnosebezogenen Verfahren wie CAP trifft diese Aussage analog auf die korrekte Diagnosedstellung zu.

## 1.2 Auftragsverständnis

Die Beurteilung der Sinnhaftigkeit eines Verfahrens richtet sich im Wesentlichen am Vorhandensein von Defiziten und damit verbundenen Verbesserungspotenzialen aus. Diese Sichtweise lässt außer Acht, dass es durchaus Parameter gibt, die für die Sicherheit von Patientinnen und Patienten so relevant sind, dass auch ein mit moderatem Aufwand umsetzbares Monitoring Sinn macht. Gleiches gilt für Parameter mit einer großen Schwankungsbreite. Im hier vorliegenden Bericht wird zu 6 der 12 Verfahren Stellung genommen, die nach Bearbeitung der 3 Modellverfahren PCI, KEP und HSM zur weiteren Bearbeitung anstehen.

Einen breiten Raum nimmt der Bereich Aufwand-Nutzen ein. Es wird von Deckeneffekten gesprochen, Der Bericht geht aber nicht auf den Aspekt ein, ob es sich um Effekte am oberen oder unteren Ende einer Skala handelt. Sind Verfahren oder Indikatoren die einen solchen Effekt aufweisen grundsätzlich abzuschaffen? Wieso ist dieser Effekt eingetreten? Ist es sinnvoll über Aussetzung für eine bestimmte Zeit zu sprechen?

Nicht geprüft wird die Effizienz der zur Behebung der festgestellten Defizite eingeleiteten Maßnahmen. Lediglich die Eignung der Indikatoren, Defizite zu ermitteln, ist Gegenstand der Betrachtung. Das Ziel, Rahmenbedingungen zu entwickeln, die für die Bearbeitung und Bewertung ein einheitliches Grundgerüst vorgeben, ist grundsätzlich richtig, allerdings müssen hierbei definierte Ermessensspielräume vorgesehen werden. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass nicht geprüft wird, ob es sinnvolle Ergänzungen oder Alternativen zu bestehenden Indikatorensets gibt, was insbesondere im Kontext der Frage sinnvoll wäre, ob nach Umsetzen der vorgesehenen Streichungen ein sinnvolles Gesamtportfolio an Indikatoren verbleibt.

## 1.3

Sehr zu begrüßen ist, dass sich das IQTIG hier im Gegensatz zum Vorgehen bei den Modellverfahren auch mit Aufwänden auseinandersetzt, die nicht durch die Dokumentation beim Leistungserbringer entstehen und, dass die hierzu ermittelten Faktoren auch in Kapitel 2 unter den methodischen Betrachtungen Berücksichtigung finden.

## 2. Methodisches Vorgehen

Es wird großen Wert auf einen wissenschaftlichen Hintergrund gelegt. Dabei fällt auf, dass häufig auf die Meinungsbildung in den Expertengruppen oder Befragungen der LAGen und deren Geschäftsstellen verwiesen wird. Leider wird hier nicht darauf eingegangen, inwieweit und nach welchen Kriterien diese Ergebnisse Berücksichtigung fanden. Wie reliabel und valide waren die Befragungen, welchen Einfluss hatten sie auf das Ergebnis?

Unter 2.1 Nutzen eines Qualitätsindikators werden folgende Aspekte aufgeführt:

- ☐ Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- ☐ Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal
- ☐ Potenzial zur Verbesserung
- ☐ Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer
- ☐ Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss

Es wäre sinnvoll, die Frage der Beeinflussbarkeit nicht allein auf den Leistungserbringer zu fokussieren, auch QI, die durch andere Stakeholder positiv beeinflusst werden können, bieten einen Nutzen.

Bei der Güte der Operationalisierung ist zu empfehlen, keinen zu intensiven Fokus auf den Aspekt der Risikoadjustierung zu legen. Bei der Bewertung der Operationalisierung sollte insbesondere die Praktikabilität und Verständlichkeit im Fokus stehen. Gerade in Hinblick auf die sich neu abzeichnende Gesetzeslage mit Transparenzgesetz und Transparenzregister wird die Verständlichkeit der QI und ihrer Berechnung verstärkt im Fokus stehen.

### 2.3.2

Zur Leitfrage der Güte von Leitlinien muss der Fokus darauf liegen, welche Leitlinien durch die deutschen Fachgesellschaften etabliert sind und in Fort- und Weiterbildung maßgeblich genutzt werden, um Verwirrung und Irritationen zu vermeiden. Hier ist es sehr wichtig, auf die richtige Kommunikation zu achten. Es spricht nichts dagegen, auf Leitlinien zu verweisen die einen höheren Evidenzlevel aufweisen, aber prinzipiell die europäische Vorgehensweise widerspiegeln. Es macht aber keinen Sinn, auf Leitlinien neue Indikatoren und Datenfelder aufzubauen, die von keiner deutschen Fachgesellschaft genutzt werden und deren Inhalte und Aussagen sich nicht in der ärztlichen Weiterbildung wiederfinden.

### 2.3.3

Kritisch zu diskutieren ist, wie geeignet für die Bewertung des Potenzials der Verbesserung die Ergebnis- und insbesondere auch die Bewertungshistorie der vorhandenen Qualitätsindikatoren ist. Fragen der Validität des Datenpools, die Angemessenheit der Rechenregeln und das bisher nicht vorhandene Rahmengerüst des Bewertungsprozesses und der Bewertungsdefinitionen lassen hierzu ein recht buntes und nicht unbedingt reproduzierbares Ergebnisportfolio erwarten

Zusammenfassend kann zu den Kapiteln 1 und 2 festgestellt werden, dass sich das IQTIG mit großem Aufwand, hoher Komplexität und beeindruckendem Engagement an die Herausforderung, wissenschaftlich belastbare Bewertungskonzepte für die Güte von QI zu entwickeln herangewagt hat. Die Detailerkenntnisse hierzu sind beeindruckend und bieten eine Reihe von systematisch zu berücksichtigenden Erkenntnissen. Durch die Komplexität und Detailtiefe besteht allerdings das Risiko, dass das Gesamtbild im Kontext der Versorgungsrealität aus dem Fokus gerät.

Die im Folgenden betrachteten konkreten Ergebnisse werden in diesen Kontext gestellt

Kapitel 3 : Bundesverfahren keine Kommentierung

Kapitel 4 QS CAP (geprüft 6 QI und eine Kennzahl) S.138--175

Das Verfahren QS CAP wurde als relativ junges der Klassikverfahren orientiert an der nationalen S3 Leitlinie entwickelt. Somit kann zunächst einmal angenommen werden, dass sich ein hoher Grad an Übereinstimmung des QI Sets mit der in Deutschland etablierten Leitlinie findet

Das IQTIG kommt im Ergebnis zu der Empfehlung, das Verfahren fortzuführen und ca. die Hälfte der geprüften QI zu überarbeiten. In der Umsetzung des Stellungnahmeverfahrens wird in NRW berücksichtigt, dass die QI vorwiegend die (frühen) Prozesse hinterfragen und daher eine qualitätsindikatorenübergreifende Betrachtung naheliegt. Die abgeleiteten Maßnahmen sind häufig abteilungs- und berufsgruppenübergreifend und daher insgesamt qualitätsfördernd.

Eine Umsetzung mit Sozialdaten wird als nicht praktikabel gesehen, dieser Einschätzung schließen wir uns an.

Ob eine umfassende DV die als teilweise problematisch eingeschätzte Datenqualität entscheidend verbessern kann, muss kritisch gesehen werden. Sinnvoller als eine Prüfung wären hier sicherlich gezielte Förderungsmaßnahmen und eine Anpassung der Formulierungen an das im allgemeinen klinischen Sprachgebrauch übliche Wording.

5 QS MC (geprüft 13 QI und eine Kennzahl) S.176-216

Im Ergebnis der Überprüfung wird für das Verfahren QS MC empfohlen

- ☒ 3 Qualitätsindikatoren abzuschaffen (IDs 52267, 52278 und 2163),
- ☒ 4 Qualitätsindikatoren weiterzuführen mit wenigen Anpassungen und
- ☒ 7 Qualitätsindikatoren weiterzuführen.

Zur Abschaffung vorgesehen werden die QI zur HER2 Positivitätsrate wegen mangelnder Beeinflussbarkeit durch die LE und der Parameter zur Axilladissektion bei DCIS wegen geringen weiteren Verbesserungspotenzials. Hingewiesen wird darauf, dass eine Aufwandreduktion nur bei gleichzeitiger Abschaffung in planQI gelingen würde. Diese Einschätzung kann bestätigt und die Umsetzung empfohlen werden.

Ebenfalls zu begrüßen sind die Hinweise auf bislang nicht erfasste wesentliche Aspekte von Qualität im Kapitel Fazit und Ausblick und der Hinweis auf die Nichteignung einer Umsetzung mit Sozialdaten.

Der Hinweis auf die Mindestmengenregelung und die Möglichkeiten der Nutzung der klinischen Krebsregister als ergänzende Informationsquelle für das rezidivfreie Überleben ist ebenfalls zu begrüßen. Inwiefern sich die Daten der Krebsregister synergistisch zur Aufwandreduktion nutzen lassen bleibt abzuwarten. Dieser Einschätzung des IQTIG ist ebenfalls zuzustimmen.

6 QS Karotis

Bis auf die „Postprozedurale fachneurologische Untersuchung“ verbleiben momentan lediglich Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität. Es bleibt abzuwarten, ob hier eine Generierung aus Sozialdaten zu einer Aufwandreduktion führt, ebenso wie die Umsetzung der neu zu erfassenden Kriterien einer sorgfältigen Diagnostik.

7 QS DEK (2 QI, (geprüft: 3 Kennzahlen und Risikostatistik) S.272-282

Es werden keine wesentlichen Änderungen empfohlen, eine Ausdehnung auf weitere Patientengruppen diskutiert und die Umwandlung eines AK in einen QI vorgeschlagen. Aus den Erfahrungen im bisherigen STNV kann ergänzend angemerkt werden, dass eine allgemeine Sensibilisierung der Dokumentierenden/mit Dekubitusrisiken befassten MA zur Abgrenzung von Druckulzeration und sonstigen Wunden sinnvoll scheint und vor Ausweitung der Erfassung auf weitere Patientengruppen eine regionale Testung zur Klärung von Umfang und Praktikabilität empfehlenswert ist.

8 QS HGV /OSFRAK, (geprüft 5 Indikatoren und eine Kennzahl) S.283-389

Empfehlung: ☒ 4 Qualitätsindikatoren (zur Indikation sowie Sturzprophylaxe) abzuschaffen, da sie die Eignungskriterien nicht in ausreichendem Maße erfüllen,

8 Qualitätsindikatoren (zu Komplikationen und zur Sterblichkeit) weiterzuführen und weiterzuentwickeln sowie

8 Qualitätsindikatoren und 3 Kennzahlen (zur präoperativen Verweildauer, Gehunfähigkeit und Treppensteigen bei Entlassung, zur Sterblichkeit und zu Wechseleingriffen im Verlauf) unverändert und/oder mit angepasster Risikoadjustierung weiterzuführen.

Hierbei scheint insbesondere die Abschaffung der Indikatoren zur Indikationsstellung problematisch. Dieser wesentliche Aspekt der Qualität kann keineswegs über eine Patientenbefragung allein abgebildet werden. Ein sinnvolles Indikatorenset kann den Aspekt der Angemessenheit der Indikationsstellung nicht außen vorlassen. Wenn die aktuellen Parameter diesen Aspekt nicht angemessen abbilden, sind verstärkte Anstrengungen geboten, diese QI weiterzuentwickeln.

Die Empfehlung der Abschaffung des QI zur Sturzprophylaxe ist nachvollziehbar. Ob hier eine Patientenbefragung ersatzweise sinnvoll genutzt werden kann, sollte in einer regionalen Vortestung kritisch hinterfragt werden. Zudem sollte entschieden werden, ob Aspekte der Prävention Teil des Verfahrens werden sollen.

Der Aspekt des Einbezugs der Sozialdaten bleibt noch vage. Der Ansatz, Ergebnisse anderer (allerdings momentan nicht verpflichtender) qualitätssichernder Instrumente wie das Zweitmeinungsverfahren, Endocert<sup>®</sup>, die Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern oder in der Frakturversorgung die QSFFx-Richtlinie einzubeziehen erscheint sinnvoll. Hierdurch könnten Redundanzen vermieden und Qualitätsaussagen vereinheitlicht werden. Ob sich durch diese Instrumente Ansätze zur Abbildung der Indikationsqualität bieten, ist zu prüfen.

9 Fazit und Ausblick S. 389ff.

Das IQTIG stellt richtig fest, dass die Herausforderung der Abbildung der Indikationsqualität durch die vorgestellten Weiterentwicklungsmaßnahmen ungelöst bleibt. Es steht zu vermuten, dass die durch die Umsetzung der gegebenen Empfehlungen zu erreichenden Einsparungen an Dokumentationsaufwand durch notwendige und sinnvolle Ergänzungen der Indikationssets überkompensiert würden. Somit kann dieser Bericht nur ein erster wichtiger und aner kennenswerter Aufschlag auf dem Weg zur Aufwand- Nutzen Optimierung der datengestützten QS sein.

Zu begrüßen ist zudem der Ansatz für einheitliche Bewertungskriterien, unterteilt in die zwei Bereiche Stellungnahmeverfahren und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Diese Kriterien müssten weitestgehend einheitlich angewandt werden. Um dies zu unterstützen, sind neue Instrumentarien erforderlich. Auch hier ist das Verhältnis von Aufwand und Nutzen von großer Bedeutung, gerade im Hinblick auf immer knapper werdende Ressourcen. Hier sind insbesondere die Fachexperten zu nennen, die mit der Behandlung von Patienten und Patientinnen im täglichen Klinik- und Praxisalltag betraut sind.

Am Ende des Tages darf es nicht heißen, wir haben alles für die Sicherung der Qualität getan, leider fehlt die Zeit zur Behandlung unserer Patienten und Patientinnen.

Geschäftsstelle LAG DeQs NRW

Susanne Macher-Heidrich, Heinz-Jürgen Adomeit 15.04.2024

Dresden, den 04. April 2024

Bearbeiterin A. Kaiser

IQTIG

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

## **Beteiligungsverfahren**

**„Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung / Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Bereitstellung des wissenschaftlichen Vorberichts zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung und für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Meine Ausführungen beziehen sich auf diejenigen Abschnitte, zu denen ich eine abweichende Position darlege oder konkrete Vorschläge machen möchte.

## **Stellungnahme zu Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen**

### **5 QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC)**

#### Qualitätsindikator 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Die Datenqualität der Messung der für diesen Qualitätsindikator verwendeten Datenfelder wird als hoch beurteilt.

Diese Einschätzung spiegelt sich in Sachsen im Erfassungsjahr 2022 nicht wider. Die Mehrzahl der rechnerischen Auffälligkeiten betrifft Einrichtungen mit wenigen Fällen im Zähler, welche durch Dokumentationsfehler begründet wurden.

#### Qualitätsindikatoren 52330 und 52279: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden

Die ultraschallgesteuerte OP als Alternative zur Drahtmarkierung kann seit dem Erfassungsjahr 2020 dokumentiert werden. Dies wird aber in der Rechenregel nicht berücksichtigt, was bei Leistungserbringern zu einer rechnerischen Auffälligkeit führt, obwohl die Behandlung leitliniengerecht erfolgte und korrekt dokumentiert wurde.

Damit ist die Datenqualität nicht sicher zu bewerten.

## 8 QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

### Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV OS-FRAK)

#### Empfehlungen zum QS-Filter

Die Empfehlung, die Module OSFRAK und HEP zusammenzuführen, wird unterstützt. Schwerpunkt der Indikatorentwicklung sollte auf der Betrachtung der Versorgung des jeweiligen Krankheitsbildes liegen und nicht auf einer Trennung nach Art der operativen Versorgung.

Ziel ist dabei nicht in erster Linie eine Reduktion von Aufwand im Stellungnahmeverfahren (das ergibt sich in der Folge zwangsläufig), sondern eine verbesserte Darstellung der Qualität der Versorgung dieser Patientengruppen.

#### Qualitätsindikator 54050: Sturzprophylaxe

Eine Erfassung über eine Patientenbefragung wird empfohlen.

Die Sturzprophylaxe im Krankenhaus sollte modulübergreifend, ähnlich dem Verfahren zur Dekubitusprophylaxe überprüft werden. Die bisherige Art der Erfassung ist dafür nicht gut geeignet. Allerdings geben Daten aus dem Verfahren QS HGV zu Inhouse-Stürzen mit Schenkelhalsfrakturen Hinweise auf die Notwendigkeit, die Sturzprophylaxe für Patientinnen und Patienten zu verbessern. Eine Patientenbefragung allein wird als nicht ausreichend angesehen.

#### Qualitätsindikator 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Der Indikator eignet sich für eine modulübergreifende Erfassung und Auswertung und ermöglicht damit eine bessere Einschätzung der Versorgungsqualität von Abteilungen und Kliniken.

#### 54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (Kennzahl)

Bei Einbindung von Sozialdaten zur Berechnung dieses Qualitätsindikators und Ausweitung des Nachbeobachtungszeitraums sind zur zielführenden Analyse umfangreichere Informationen für den stellungnehmenden Leistungserbringer erforderlich, als sie bisher in den bereits etablierten Follow-up-Verfahren üblich sind. Eine Aufstellung der erforderlichen Informationen sollte anhand der Krankenunterlagen konkreter Fälle erarbeitet werden.

### Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

#### Empfehlungen zum QS-Filter

Es wird auf die Darlegungen zum QS-Filter für das Verfahren „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ verwiesen.

#### Qualitätsindikator 54004: Sturzprophylaxe

Es wird auf die Darlegungen zum Qualitätsindikator Sturzprophylaxe für das Verfahren „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ verwiesen.

### Qualitätsindikatoren zu allgemeinen Komplikationen (ID 54015, 54016 und 54017)

Es wird auf die Darlegungen zum Qualitätsindikator „Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ verwiesen.

Unter der Kategorie „sonstige“ sollten außerdem die entsprechenden ICD eingetragen werden. Damit lassen sich ggf. weitere relevante allgemeine Komplikationen herausfinden, die aus der Kategorie „sonstige“ herausgelöst werden können.

### **Stellungnahme zu Teil: Zeitpläne zur Umsetzung der Empfehlungen**

#### 3 QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC)

#### 6 QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

Für die Qualitätsindikatoren zur HER2-Positivitätsrate (ID 52267 und 52278) und Primäre Axilladissektion bei DCIS (ID 2163) wird empfohlen, die Datenerhebung ab EJ 2026 zu beenden und das Stellungnahmeverfahren ab AJ 2025 abzuschaffen.

Das bedeutet, dass noch zwei Jahre lang Daten erhoben werden, nachdem das Stellungnahmeverfahren bereits abgeschafft wurde.

Gleiches gilt für die Qualitätsindikatoren Sturzprophylaxe (ID 54050 und 54004), Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54001) und Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54002).

### **Allgemeine Einschätzung**

Insgesamt werte ich positiv, dass Hinweise zur Verbesserung der Dokumentation und der Rechenregeln von den Fachkommissionen und Geschäftsstellen aus dem Strukturierten Dialog und dem Stellungnahmeverfahren als Empfehlungen zur Weiterentwicklung aufgenommen wurden.

Diese z.T. wiederholt und seit Jahren übermittelten Hinweise werden hier mit einer Umsetzung erst in den kommenden Jahren vorgeschlagen.

Es sollten Wege gefunden werden, diese Zeitspanne zu verkürzen.

Mit freundlichen Grüßen



Dipl.-Med. Annette Kaiser

Leitung

LAG Sachsen – Geschäftsstelle

Dresden, den 5. April 2024

Bearbeiterin Dr. B. Trausch

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im  
Gesundheitswesen

Gesamtprojektleitung

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

### **Beteiligungsverfahren des IQTIG**

**„Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung/Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Bereitstellung des Vorberichts zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung vom 23. Februar 2024 mit dem dazugehörigen Anhang und Zeitplan und der Möglichkeit zur Stellungnahme.

### **STELLUNGNAHME ZUM VORBERICHT**

#### **Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen**

In der Kurzfassung und nachfolgend im Teil I umreißt das IQTIG zusammenfassend den Auftragsgegenstand, der in diesem Bericht dargelegt wird, und legt mit nachvollziehbaren Begründungen dar, auf welche beauftragten oder sich aus dem Bericht zu den ersten drei Qualitätssicherungsverfahren ergebenden Aspekte nicht eingegangen wird (z. B. Entwicklung neuer Qualitätsindikatoren; Überprüfung der Voraussetzungen und Möglichkeiten für eine Umstellung der Verfahren von einer Vollerhebung auf Stichprobenerhebungen für die Indikatoren; Evaluation der sich an die Qualitätsmessung anschließenden Maßnahmen wie das Stellungnahmeverfahren einschließlich der Fördermaßnahmen nach § 17 DeQS-RL bzw. indikatorübergreifende Aufwände unter Punkt Teil I/1.3, S. 25 ff.). Des Weiteren wird auf das methodische Vorgehen anhand von operationalisierten Eignungskriterien für das Qualitätsziel und für die Qualitätsmessung, welches auf den veröffentlichten „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG basiert, sowie auf das strukturierte Vorgehen bei der Aufwand-Nutzen-Abwägung eingegangen. Hinsichtlich Aufwandsreduktion für die Leistungserbringer erfolgt eine Überprüfung, ob die bisher mittels QS-Dokumentation durch Leistungserbringer erhobene Daten potenziell über Sozialdaten bei den Krankenkassen bzw. Daten der klinischen Krebsregister abgebildet werden können.

In Tabelle 1 (S. 5) wird ein zusammenfassender Überblick zu den o. g. 6 Qualitätssicherungsverfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV gegeben, wie die Einschätzung bezüglich

der bestehenden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen erfolgte. Es wird dargelegt, dass die Empfehlungen zur Abschaffung Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die zwischen den einzelnen Verfahren einen deutlich unterschiedlichen Umfang aufweisen, bereits bei den Leistungserbringern zu einer Reduktion von insgesamt rund 3,6 Mio. Aufwandseinheiten bzw. 19,4 % der bundesweiten jährlichen Aufwände für die QS-Dokumentation führen würden, welches bezüglich der Aufwandsreduktion zu begrüßen ist. Gleichzeitig schätzt das IQTIG zusammenfassend ein, dass zusätzlich durch die Überarbeitung einiger Indikatoren und Kennzahlen der Nutzen dieser QS-Verfahren weiter gesteigert werden könne, was positiv zu werten ist.

Die angewendete Methodik wird umfangreich im Teil I/2. dargelegt. Die Entscheidungslogik für die Überprüfung der Qualitätsindikatoren in Abbildung 2 (S. 33) wird klar visualisiert und in der Folge nachvollziehbar erläutert.

Nachfolgende Bemerkungen/Anregungen seien angeführt:

- Unter Punkt 2.3.3. „Potential zur Verbesserung“ (S. 39 ff.) werden 3 Kennzahlen genannt. Als „Informationsgrundlage“ (S. 43) wird ausgeführt: *„Die Kennzahlen wurden vom IQTIG auf Basis der jüngsten zum Prüfzeitpunkt verfügbaren Daten berechnet (Erfassungsjahr 2022 für die Kennzahlen 1 und 2; Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2021 für Kennzahl 3)“*. Es erscheint überlegenswert, ob man sich gem. IQTIG-Nomenklatur eher auf den Begriff „Auswertungsjahr“ beziehen sollte.  
Zum Zeitpunkt der Berichtsabgabe liegen außerdem für die Kennzahl 3 die Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) zum Auswertungsjahr 2023 (bei den zu betrachtenden Qualitätssicherungsverfahren entspricht dies bei den o. g. Verfahren Erfassungsjahr 2022) vor. Ein zumindest interner Vergleich zu den QSEB-Ergebnissen zu Auswertungsjahr 2022 (Erfassungsjahr 2021) wird angeregt zwecks Überprüfung auf signifikante Änderungen, denn diese sind im Verfahren QS CAP auf Grund SARS-CoV-2-pandemiebedingter Einflüsse denkbar.
- Zu Punkt 2.4.2. „Datenqualität“ (S. 47 ff) wird unter anderem ausgeführt: *„Konnten die Kennzahlen zur Übereinstimmungsrate, Sensitivität und Spezifität gemäß der o. g. Auswertungsmethodik aufgrund einer fehlenden Datengrundlage nicht (neu) berechnet werden, nahm das IQTIG eine qualitative Einschätzung der Datenqualität der Datenfelder vor und orientierte sich dabei – wenn möglich – an den Ergebnissen des jeweils letzten vorliegenden Berichts zur Datenvalidierung, sofern die Datenfelder seit der letzten Datenvalidierung unverändert geblieben sind.“*. Im Fußtext Nr. 12 wird die fehlende Datengrundlage präzisiert: *„Wenn zu dem QS-Verfahren/Modul noch keine Datenvalidierung stattgefunden hat oder wenn die Datenvalidierung zuletzt für die Daten des EJ 2017 oder früher durchgeführt wurde.“* Nach DeQS-RL gibt es aktuell keine Regelungen zur Datenvalidierung, so dass nur die Möglichkeit besteht, auf diese nach der QSKH-RL erhobenen älteren Daten zurückzugreifen. Eine Schätzung, wie beschrieben, wird durch die Stellungnahmeberechtigte als angreifbar angesehen, da bekannterweise über die Jahre durchaus Lerneffekte bei den Leistungserbringern auszumachen sind – nicht zuletzt durch die wachsenden Erfahrungen in der Dokumentation und durch das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer, sondern insbesondere auch in Folge der Stellungnahmeverfahren und durch die Kommunikation der Geschäftsstellen mit den Leistungserbringern auf Landesebene.

## Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

In Teil II werden die Ergebnisse und Empfehlungen zu den 6 zu betrachtenden Qualitätssicherungsverfahren jeweils einer gleichartigen Struktur folgend dargelegt. Bei der Analyse greift das IQTIG auf das Indikatorset des Erfassungsjahres 2022 zurück. Zur Gewährleistung einer gewissen Aktualität ist ein Bezug zum Erfassungsjahr 2023 oder sogar 2024 wünschenswert, da zwischenzeitlich bereits Anpassungen unterschiedlicher Art erfolgten. Das IQTIG kommt dem entgegen, indem auf Änderungen in Fußnoten und im Fließtext hingewiesen wird.

Im Folgenden wird durch die Stellungnahmeberechtigte ausschließlich auf die Verfahren QS CAP und QS KAROTIS eingegangen, da diese von ihr auf Landesebene betreut werden. Es wird dabei speziell auf zu redigierende Punkte sowie auf inhaltlich von der Darstellung des IQTIG abweichende Aspekte eingegangen.

### QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

Im einleitenden Text werden durch das IQTIG die derzeitigen Probleme bezüglich des QS-Filters klar dargelegt, die sich durch Änderungen im ICD-10-Katalog und durch Veränderungen in der Krankenhauslandschaft (z. B. Akut- und Frührehabilitation an einem Standort) ergeben und die eine Anpassungsnotwendigkeit in der Spezifikation begründen.

*Tabelle 13 (S. 140 ff.):* Die Übereinstimmung der Angaben in der Tabelle 13 mit den textlichen Ausführungen sollte überprüft, korrigiert oder ergänzt werden, um eine Konsistenz der Ergebnisdarstellung zu gewährleisten:

- Qualitätsindikator 2005 „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“: Textlich wird die Datenqualität als hoch eingeschätzt (S. 147), in Tabelle 13 jedoch als „mittel“ ausgewiesen.
- Qualitätsindikator 2028 „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“: Textlich wird die Datenqualität als „niedrig“ beschrieben (S. 161), in der Tabelle als „mittel“ ausgewiesen.
- Qualitätsindikator 2038 „Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“: Textlich wird die Datenqualität als „niedrig“ beschrieben (S. 164), in der Tabelle als „mittel“ ausgewiesen.
- Das Datenfeld bezüglich Aufwand der Messung beim Qualitätsindikator 50722 ist leer und sollte gem. der textuellen Ausführung, bei der Aufwand als „hoch“ (S. 172) eingeschätzt, ergänzt werden.

### *Qualitätsindikator 2009 „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme:*

Bei diesem Indikator mit immenser Bedeutung für die Patientinnen und Patienten beruht die Einschätzung zur Datenqualität als „niedrig“ auf Ergebnissen zur Datenvalidierung aus dem Erfassungsjahr 2016 und einer Schätzung über den jetzigen Status. Kritische Anmerkungen zu diesem Vorgehen finden sich bereits in den Ausführungen zur Methodik. Eine erneute umfassende Datenvalidierung und bei anhaltend unzureichender Datenqualität eine Abschaffung des Indikators werden deshalb vom IQTIG empfohlen. Diese letztgenannte Empfehlung wird von der Stellungnahmeberechtigten als kritisch angesehen. Unter Einbeziehung der Aussagen zur Validität der Messung (S. 150 ff.) erscheint es sinnvoll, die dargelegten und zu unterstützenden Überlegungen zur Verbesserung der Validität der Messungen zunächst umzusetzen, bevor eine aufwendige neuerliche Datenvalidierung erfolgt.

*Qualitätsindikator 2013 „Frühmobilisation nach Aufnahme“:*

Die Einschätzung des IQTIG zu diesem Indikator hinsichtlich der Bedeutung für die Patientinnen und Patienten als „mittel“ (S. 154) erscheint ausgehend von den Darlegungen im Methodenteil als zu gering. Die differenzierten Darlegungen des IQTIG zur Validität der Messungen geben die aktuellen Problemfelder sachlich wieder.

*Zusammenfassend* ist die strukturierte Analyse des Indikatorsets positiv zu werten. Der Überarbeitungsbedarf wird durch das IQTIG klar dargelegt. Der Methode der Beurteilung der Datenqualität steht die Stellungnahmeberechtigte kritisch gegenüber. In der Gesamtschau (S. 173 ff.) nimmt das IQTIG eine für die Stellungnahmeberechtigte wesentliche Präzisierung hinsichtlich der wiederholt vorgetragenen Vorschläge zur neuerlichen Datenvalidierung dahingehend vor, dass diese nach erfolgter Überarbeitung der betroffenen Qualitätsindikatoren durchgeführt werden soll. Für die Qualitätsindikatoren 2009, 2013 und 2028 die Datenerfassung fortzusetzen, das Stellungnahmeverfahren aber bis zum Auswertungsjahr 2027 auszusetzen (siehe Zeitpläne zur Umsetzung), erscheint unter dem Aspekt der Bedeutung für die Patientinnen und Patienten kritisch, da trotz der benannten Validitätsprobleme rechnerisch auffällige Ergebnisse Aufgreifkriterien darstellen, die es ermöglichen, durch das Stellungnahmeverfahren Prozess- und Strukturängel aufdecken zu können. Die Möglichkeiten einer rascheren Umsetzung der erforderlichen Anpassungen in der Spezifikation sollten geprüft werden.

*QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)*

Die Ausführungen des IQTIG beruhen auf dem Indikatorset des Erfassungsjahres 2022. Auf Anpassungen zum Erfassungsjahr 2023 und teilweise 2024 wird vom IQTIG hingewiesen.

Zum Erfassungsjahr 2024 wurden wesentliche Veränderungen von Datenfeldern und des Indikatorsets bereits vollzogen. So wurden hinsichtlich Überprüfung der Indikationsstellung zwei neue Qualitätsindikatoren 162400 und 162401 eingeführt, bei denen auf die Unterscheidung nach der Interventionsmethodik offen-chirurgisch vs. kathetergestützt verzichtet und nur noch nach symptomatischen und asymptomatischen Karotis-Stenosen unterschieden wurde. Damit wurden die Qualitätsindikatoren 603, 604, 51437 und 51443 bereits abgelöst. Es sollte deshalb eine zusammenfassende Einschätzung erfolgen, ob die im Vorbericht getroffenen Einschätzungen zu diesen Qualitätsindikatoren auch auf diese neuen, im Vorbericht unerwähnt gebliebenen Qualitätsindikatoren 162400 und 162401 übertragbar sind und diese zur Abschaffung empfohlen werden auf Grund des geringen Verbesserungspotentials.

Unter Punkt 6.2. „Empfehlungen zum QS-Filter“ (S. 226) wird im Vorbericht ausgeführt: *„Derzeit sind die OPS-Kodes für „Extrakorporalen Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung“ und „Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch“ Teil der Ausschlussliste „CAR OPS EX“ des QS-Filters. Diese sollen von der Ausschlussliste entfernt werden, da auch diese Patientinnen und Patienten grundsätzlich im Rahmen des Verfahrens QS KAROTIS betrachtet werden sollen.“* Die Einschätzung erscheint verwunderlich, da in dem QS-Filter zum Erfassungsjahr 2024 erst neu weitere OPS-Kodes zur ECMO in die Ausschluss-Liste aufgenommen wurden und das QS-Verfahren die Karotis-Revaskularisation betrachtet soll (gem. Textdefinition im QS-Filter Erfassungsjahr 2023 und 2024: *„Eingriffe an der extrakraniellen Arteria carotis interna, externa, communis mit Sinus caroticus,*

*die offen-chirurgisch oder endovaskulär durchgeführt werden mit Ausnahme der Transpositionen der Karotiden und unter Ausschluss von Mehrfachverletzung, Polytrauma, Aortendissektion sowie extrakorporaler Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie.“ Eine Überprüfung des Sachverhaltes und ggf. eine Klarstellung/Begründung ist erforderlich.*

Zusammenfassend ist einzuschätzen, dass die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Verfahren QS KAROTIS umfassend und differenziert im Vorbericht dargestellt werden, so dass die daraus gezogenen Schlussfolgerungen und Empfehlungen nachvollziehbar sind mit Ausnahme der Empfehlungen zum QS-Filter. Die Rückmeldungen aus den Landesarbeitsgemeinschaften fanden Berücksichtigung. Der ergänzend enthaltenen Anregung des IQTIG, die Notwendigkeit für ein QS-Verfahren zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) zu prüfen, sollte nachgegangen werden.

### **Teil III: Fazit und Ausblick**

In einer übersichtlichen Tabelle 26 werden die Empfehlungen des IQTIG zu den Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV mit den resultierenden Einsparungen von Aufwandseinheiten zusammenfassend dargestellt. Als eine relevante Herausforderung wird die Erfassung der medizinischen Indikationsstellung hervorgehoben und begründet.

### **STELLUNGNAHME ZUM ANHANG ZUM VORBERICHT VOM 23. FEBRUAR 2024**

In diesem Anhang werden die Ergebnisse von weiteren Aufwandsschätzungen (Bürokratiekosten, LAG- und IQTIG-Aufwände, IT-Einsatz) dargestellt und die Limitierungen bei deren Ermittlung benannt. Des Weiteren werden die statistische Methodik zur Schätzung des Verbesserungspotentials, die ausführliche Literaturrecherche und die Details zu den Indikatoren dargelegt, was die Nachvollziehbarkeit der im Vorbericht getroffenen Aussagen mit zusätzlicher Detailtiefe bzw. Transparenz ermöglicht. Die Einbindung der externen Expertise wird tabellarisch anhand durchgeführter Sitzungen dargestellt.

Die Literaturrecherche folgt sehr formalen Kriterien, was eine sinnvolle Richtschnur bietet. Das Vorgehen bei der Leitlinienbewertung mittels AGREE-II begrenzt auf die Domäne 3 (Rigour of Development) und 6 (Editorial Independence) durch zwei Personen ohne nähere Angaben zu deren Expertise ist jedoch kritisch zu hinterfragen, wenngleich dazu ein Methodenpapier des IQTIG existiert. Eine derart strenge Formalisierung in der Recherche kann zudem dazu führen, dass Verweise auf andere ergänzende Leitlinien unberücksichtigt bleiben, wie zum Beispiel die S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus - update 2018“ im QS-Verfahren QS CAP. Diese Anmerkungen haben jedoch keinen Einfluss die vom IQTIG vorgenommenen Gesamtschätzungen zu den Indikatorsets in diesem o. g. Vorbericht.

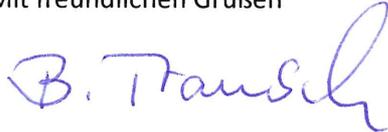
### **STELLUNGNAHME ZU DEN ZEITPLÄNEN ZUR UMSETZUNG DER EMPFEHLUNGEN VOM 23. FEBRUAR 2024**

In der Einleitung zeigt das IQTIG die Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Empfehlungen aus dem Vorbericht auf. In den nachfolgenden Tabellen werden die Indikatorsets mit den Empfehlungen bezüglich der zeitlichen Umsetzung in der Datenerhebung und im Stellungnahmeverfahren konkret benannt.

Im Verfahrens QS KAROTIS sollte in geeigneter Weise dargestellt werden, dass die Qualitätsindikatoren 603, 604, 51437 und 51443 bereits zum Erfassungsjahr 2024 abgeschafft wurden.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Beate Trausch

Leitung

LAG Sachsen – Geschäftsstelle

# Stellungnahmen der Mitglieder der Expertengremien

**Von:** [Heep, Hansjörg](#)  
**An:** [IQTIG\\_VM-Projektkoordination](#)  
**Betreff:** IQTIG - Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten QS / Eröffnung des Beteiligungsverfahrens - Stellungnahme  
**Datum:** Sonntag, 10. März 2024 16:50:55  
**Anlagen:** [IQTIG\\_WE-datengestützte-QS-Verfahren-KCHK-CAP-MC-KAROTIS-DEK-HGV\\_Vorbericht\\_Anhang\\_2024-02-23.pdf](#)

---

Sehr geehrte Frau Dr. Wehner,

nach Durchsicht der vertraulichen Unterlagen habe ich lediglich in einer Unterlage eine Kommentierung (s. 9, s. Anhang) eingefügt. Diese betrifft den Aufwand im ambulanten Sektor für die HGV. In der Fachgruppe der Chirurgen/Orthopäden/Unfallchirurgen gibt es aktuell keine QS-HGV-Dokumentation in den vorhandenen Praxissystemen. Da ich aber selbst nicht in diesem Sektor tätig bin, konnte ich mich nur auf die Aussage eines Kollegen verlassen. Eine Überprüfung, ob eine Integration in die vorhandene Praxis-Software-Programme bereits vorliegt oder noch getätigt werden muss, wäre sicherlich wünschenswert. Möglicherweise erhöht sich dann dort der Aufwand doch.

Alles andere habe ich wie in der Expertengruppe (HGV) besprochen wiedergefunden.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr

Prof. Dr. med. Hansjörg Heep

Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Universitätsmedizin Essen  
St. Josef Krankenhaus Werden  
Probsteistrasse 2  
45239 Essen

Internet: <http://www.sankt-josef-werden.de/>

St. Josef Krankenhaus Essen-Werden GmbH  
Sitz der Gesellschaft: Essen  
Amtsgericht Essen, HRB 12486  
Geschäftsführung: Prof. Dr. med. J. Werner, Dr. Cornelia Sack

Das St. Josef Krankenhaus Essen-Werden ist ein Tochterunternehmen der Universitätsmedizin Essen

[REDACTED]

---

**Von:** IQTIG, VM-Projektkoordination  
**Betreff:** IQTIG - Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten QS / Eröffnung des Beteiligungsverfahrens

---

[REDACTED]  
**Gesendet:** Montag, 8. April 2024 01:10

**An:** IQTIG, VM-Projektkoordination <vm-projektkoordination@iqtig.org>

**Betreff:** AW: IQTIG - Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten QS / Eröffnung des Beteiligungsverfahrens

**Externe E-Mail - Vorsicht bei Anhängen und Links!**

Sehr geehrte Frau Dr. Wehner,

urlaubsbedingt war ich bis heute Abend "offline", daher kommt meine Stellungnahme erst heute: Nach sorgfältiger Durchsicht der Unterlagen habe ich keine Anmerkungen oder Ergänzungen, die Darstellungen sind plausibel und nachvollziehbar. Die für OSFRAK und HEP vorgeschlagenen Streichungen spiegeln auch die Diskussionen in der Gruppe wieder und sind sinnvoll, da in der Erfassung aufwändig und wenig valide. Für die anderen Verfahren bin ich fachlich nicht so tief im Detail - dennoch sind die dargestellte Vorgehensweise und die gezogenen Schlüsse für mich plausibel.

Mit freundlichen Grüßen  
Tanja Kostuj

## Beteiligungsverfahren 2024

### Verfahren CAP

Kap.	Indikator	Thema /Indikator	Inhalt /Thema
4.2.		Anpassung QS-Filter	Kodierung U-Kodes und interne Verlegung Frühreha (Komplexbehandlung) Patienten
<b>Kommentar</b> Problematik ist sehr gut herausgearbeitet, Empfehlung sollte umgesetzt werden			
4.4.	2009	Antimikrobielle Therapie bei Aufnahme	Antibiotische Vorbehandlung ambulant vs. Extern, palliative Zielsetzung
<b>Kommentar</b> Die stärkere Differenzierung wie vorgeschlagen ist sinnvoll			
4.5	2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	Datenqualität, Ein- /Ausschluss
<b>Kommentar</b>  Der Ausschluss bzw. Streichung des Datenfeldes "Chronische Bettlägerigkeit" ist auf jeden Fall sinnvoll. Das Feld bereitete immer wieder Probleme, da die Ärzte Bettlägerigkeit anders und weiter auslegen und einschätzen als das Pflegepersonal. Desweiteren ist die pflegerische Dokumentation von Mobilisationsmaßnahmen oft noch unzureichend, so dass es für den ausfüllenden (Assistenz-) Arzt nicht (eindeutig) erkennbar ist, ob diese vorliegt. Auch die kumulativen 20 min sind ohne Vorliegen eines Bewegungs-/Mobilisationsplanes/-nachweises meistens nicht zu ermitteln.			
4.6.	2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Messung der Atemfrequenz bei Aufnahme
<b>Kommentar</b> <i>"Nach Ansicht des Expertengremiums auf Bundesebene erfolgt die Atemfrequenz-Messung häufig deswegen nicht, weil sie vergleichsweise aufwändig zu bestimmen sei."</i>  Dieser Aussage möchte ich widersprechen. Die Messung/Zählung der Atemfrequenz dauert max. 1 Minute. Sie kann gut in den Aufnahmeprozess, z.B. bei Wartezeit in der Ambulanz, bei der Triage integriert werden. Falls dort nicht möglich, bei Aufnahme auf Station. Wie andere Vitalparameter auch, kann es gut an die Pflegekräfte delegiert werden.  Problem in der Praxis ist, dass die Ärzte die Messung nicht nachhalten und - falls bei Aufnahme /in der Ambulanz nicht geschehen- es auf Station nicht mehr anordnen. Ein weiterer Faktor ist, dass die Messung der AF kein üblicher Standardparameter ist und deshalb hausintern auf Patienten mit Pneumonieverdacht oder mit Atemwegssymptomen eingegrenzt wird. Nicht selten kommen aber Patienten in der Inneren Medizin mit diffusen Symptomen, es besteht ein anderer Fokus oder die erste Dokumentation des Arztes ist (noch) unvollständig Erst im Verlauf und manchmal erst bei Kodierung kommt die Diagnose Pneumonie auf. Da kann dann auch die Vereinbarung zur Messung der AF bei allen Patienten mit Pneumonieverdacht oder bei Atemwegserkrankungen nicht greifen.			

## Verfahren DEK

Kap.	Indikator	Thema /Indikator	Inhalt /Thema
7.1.		Übersicht empfohlene Anpassungen	Streichung des Feldes "Present on discharge"
<p><b>Kommentar</b></p> <p>Die Streichung wurde empfohlen aufgrund fehlendem QI-Bezug. Das Feld hat dennoch intern eine wichtige Funktion. Aufgrund lückenhafter Dokumentation ist bei einem Dekubitus insbesondere mit Grad 2 nicht immer bekannt, ob dieser noch besteht oder nicht. Das führt zu internen Nachfragen, so dass der Fall nochmal im Blick ist und die Abschlussdokumentation nachgehalten wird. das ist aber auch mit einem hohen Aufwand verbunden. jedoch ist das Q Modul DEK zugleich das Modul mit den wenigsten Datenfeldern. Für eine interne Auswertung ist das Feld als Pendant zur Frage bei Aufnahme eine gute Möglichkeit, den Erfolg von Maßnahmen zu sehen bzw. auswerten zu können. Auch bei Nachfragen des Kostenträgers zwecks Kodierung oder anderen Ansprüchen kann es hilfreich sein.</p>			

## Verfahren HGV

Kap.	Indikator	Thema /Indikator	Inhalt /Thema
8.4 /8.14	54050 54004	Sturzprophylaxe	Abschaffung
<p><b>Kommentar</b></p> <p>Auf der einen Seite hatten wir das Problem, dass wir auffällig wurden, weil bei Patienten zwar das Sturzrisiko eingeschätzt wurde (Feld 37=ja), aber aufgrund des Assessmentergebnisses "Risiko nicht vorhanden" das Feld mit den multimodalen Maßnahmen (Feld 38) mit "nein" beantwortet wurde. Wer kein Risiko hat, benötigt keine Prophylaxe. Das wird bislang nicht berücksichtigt. Desweiteren war es für den modulverantwortlichen Arzt eine unangenehme und nicht immer verständliche Situation, einzig aufgrund eines pflegerischen Themas, das auch in Eigenverantwortung der Pflege liegt, einen (damals noch) strukturierten Dialog zu führen und später eine Zielvereinbarung zu bekommen. Denn die medizinische Behandlungsqualität selber war unauffällig. Aber die Auffälligkeit hatte dazu geführt, dass in dem Haus das wichtige Thema Sturzprophylaxe nochmals durch den hohen externen Druck den erforderlichen Stellenwert bekam. Das ist nur ein Nebeneffekt der DeQS, aber leider manchmal notwendig. Aus letztgenanntem Grund wäre ich für das Beibehalten, aber wenn es für die QS selber, wie dargelegt, nicht zielführend ist, sollte es wegfallen. Zudem kann ich bestätigen, dass es für einen Arzt aufwendig ist, die Daten zur Prophylaxe zu erheben. Oft wussten sie nicht, wo sie die Informationen finden (separate Formulare) oder welche der Ankreuzfelder für sie wichtig waren. Aus diesem Grund unterstütze ich aber sehr die Idee, dieses in einer Patientenbefragung aufzunehmen. Hierbei wird dann insbesondere der Beratungsaspekt von Patienten und Angehörigen deutlich. Problematisch wird es bei Patienten, die aufgrund von kognitiven Einschränkungen Maßnahmen erhielten, aber nicht beraten oder informiert werden konnten. Ebenso gibt es Angehörige, die ggf. helfen, den Fragebogen auszufüllen, aber nicht beim Patienten vor Ort im KH waren und etwas beurteilen (sollen), wo sie nicht dabei waren.</p>			

Kap.	Indikator	Thema /Indikator	Inhalt /Thema
8.20	54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	
<p><b>Kommentar</b></p> <p><i>"Lediglich der Zeitpunkt der Messung des Qualitätsmerkmals wird als kritisch angesehen. Die Messung erfolgt zum Entlasszeitpunkt, jedoch unterscheidet sich dieser Zeitpunkt zwischen den..."</i></p> <p>Ein ganz wichtiger Punkt. Ob eine Patientenbefragung die Lösung bzw. geeignet ist, da habe ich Zweifel. Die Erwartungshaltung von Patienten und Angehörigen an eine geriatrische Komplexbehandlung/Frühreha ist manchmal sehr hoch bzw. unrealistisch. Im Beschwerdemanagement wurde immer wieder deutlich, dass Erwartungen vorhanden waren, der 80 jährige Patient könne sich trotz Vorerkrankungen wieder auf dem Niveau eines 50 oder 60 Jährigen bewegen.</p>			

Wuppertal, 02.04.2024 Catherine Pott

Kontakt:

Catherine Pott-  
Klinische Pflegeentwicklung

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]



halte ich die Abschaffung für falsch, da es sich tatsächlich auch hier um einen sehr wichtigen Aspekt der Patientensicherheit handelt. Insbesondere reduziert dieses Monitoring eine operativ-prozedurale Willkür und macht aber auch Entscheidungen und Resultate (z.B. periprozeduraler Schlaganfall) nachvollziehbarer.

Dazu möchte ich auch nochmals auf die letzte online-Besprechung im Expertengremium verweisen, in der genau dieser Punkt ebenfalls angesprochen wurde. Manchmal kann man den Eindruck haben, das eine zugrundeliegende Methodik nicht immer förderlich ist oder anders ausgedrückt, in relevanten Punkten konsentiert auch mal in den Hintergrund treten könnte.

Mit freundlichen Grüßen,

A handwritten signature in black ink on a light gray background. The signature consists of a vertical line on the left, followed by a dot, and then a stylized, cursive-like shape that resembles the letters 'G' and 'W' combined.

Prof.Dr.G.Wozniak

# Impressum

## HERAUSGEBER

---

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

[iqtig.org](http://iqtig.org)