

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Ergänzenden Berichts des IQTIG zum Abschlussbericht „*Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP*“ zur Veröffentlichung

Vom 15. August 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. August 2024 beschlossen, den ergänzenden Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom 31. Januar 2024 zum Abschlussbericht vom 19. Juli 2023 *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP* gemäß **Anlage 1** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG freizugeben.

Berlin, den 15. August 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Ergänzender Bericht zum Abschlussbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP“ vom 19. Juli 2023

Stand: 31. Januar 2024, Ansprechperson: Dr. Susanne Nolte

Einleitung

Der vorliegende ergänzende Bericht resultiert aus der Kommentierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Abschlussbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP“ vom 19. Juli 2023 (G-BA [2023]).

Gemäß der Kommentierung sieht der G-BA Auftragsbestandteile als nicht erfüllt. Das IQTIG wurde daher zur Nachreichung von Klarstellungen und Ergänzungen aufgefordert, namentlich:

- *„Eine systematische Überprüfung der Ausrichtung von Verfahren an bestehenden Qualitätsdefiziten und -zielen*
- *Die Berücksichtigung „weiterer Aufwände“ in Form*
 - *einer Betrachtung der einzelnen Qualitätsindikatoren bezogen auf die weiteren Aufwände sowie*
 - *einer Gesamtbewertung der residualen Indikatorensets bezüglich ihrer Ausrichtung an bestehenden Qualitätsdefiziten und -zielen unter Berücksichtigung der o.g. Aufwände*
- *Eine Prüfung auf die Erreichung von Qualitätszielen und das Vorliegen von Qualitätsdefiziten auf Basis von Langzeitbetrachtung von Einzelindikatorergebnissen (z. B. Erkennen von Deckeneffekten) oder von Indikatorensets unter Einbindung der LAG-Geschäftsstellen (z. B. Erkenntnisse aus den Stellungnahmeverfahren)*
- *Weitergehende Prüfung und Konkretisierung des Stichprobenkonzepts unter Einbeziehung relevanter Stakeholder“*

Auf diese Ergänzungswünsche geht das IQTIG im Folgenden ein.

1 Systematische Überprüfung der Ausrichtung der Verfahren

Im ersten Schritt der Eckpunktebeauftragung zur Überprüfung und Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*, *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)* und *Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)* wurden die drei QS-Verfahren einer systematischen Eignungsprüfung auf Basis der zugehörigen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unterzogen (G-BA 2022). Der G-BA hat jedoch darüber hinaus eine systematische Überprüfung der Ausrichtung der bestehenden QS-Verfahren an Qualitätsdefiziten und Qualitätszielen beauftragt. Die Überprüfung der Ausrichtung der Verfahren an Qualitätsdefiziten im jeweiligen Versorgungsbereich konnte aus folgendem Grund nicht vorgenommen werden: Für einem derartigen Abgleich ist eine systematische Aufbereitung der Qualitätsdefizite im jeweiligen Versorgungsbereich des QS-Verfahrens notwendig. Das erfolgt in der Regel im Rahmen der Verfahrensentwicklung mittels eines sogenannten Qualitätsmodells für den Versorgungsbereich. Durch Abgleich der bestehenden Indikatoren mit den Qualitätsmerkmalen mit Verbesserungspotenzial und Bedeutung für die Patientinnen und Patienten kann dann festgestellt werden, ob die bestehenden Indikatoren die relevanten Qualitätsdefizite adressieren. Für die betrachteten Verfahren und die bisher eingesetzten Indikatorensets kann zwar anhand der grundlegenden Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts (IQTIG 2022) beurteilt werden, ob alle Qualitätsdimensionen (weiterhin) abgedeckt werden. Diese Darstellung findet sich im Kapitel „Fazit und Ausblick“ des Abschlussberichts. Dass eine Qualitätsdimension ggf. nicht mehr durch das Set abgebildet wird, wird dabei nicht als Kriterium für die Aussetzung eines QS-Verfahrens herangezogen, weil sich die Aufwand-Nutzen-Bilanz der im Set verbliebenen Indikatoren dadurch nicht ändert. Der erfolgte Abgleich der verbliebenen Indikatorensets mit den Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzeptes entspricht nicht einer systematischen Aufbereitung der Qualitätsdefizite eines Versorgungsbereichs, da für die bestehenden Verfahren kein Qualitätsmodell vorliegt. Ein vollständiges Qualitätsmodell für die bestehenden Verfahren konnte in diesem ersten Schritt der Eckpunktebeauftragung nicht entwickelt werden.

Die Ergebnisse der gewünschten Überprüfung, ob die residualen Indikatorensets weiterhin die in der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ genannten Qualitätsziele des jeweiligen Verfahrens adressieren, werden im Folgenden beschrieben.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 31.01.2024).

1.1 QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*

Aus § 3 Abs. 3 Satz 3 DeQS-RL ergeben sich für das Verfahren 1: *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)* folgende Verfahrensziele:

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit
- c) Verringerung der Komplikationsrate während und nach der Behandlung, hierbei insbesondere eine Verringerung von unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen (MACCE) und der Sterblichkeit
- d) Verbesserung der patientenorientierten Kommunikation, Koordination und Kontinuität der Versorgung
- e) Verbesserung der Patientenorientierung bezüglich Information und gemeinsamer Entscheidungsfindung
- f) Erfassung und Verbesserung der den Eingriff begründenden Symptomatik und der mit dem Eingriff assoziierten Schmerzen und Beschwerden aus Patientensicht.

Nach Umsetzung der Empfehlungen aus dem Abschlussbericht adressieren die verbleibenden Qualitätsindikatoren – gemeinsam mit der PCI-Patientenbefragung – nach aktuellem Stand weiterhin alle genannten Ziele des QS-Verfahrens.

Das aktuelle Indikatorenset enthält gemäß den prospektiven Rechenregeln zum EJ 2025 weiterhin Indikatoren, die die Verbesserung der Indikationsstellung (ID 56000), die leitliniengerechte Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit (ID 56003, ID 56014) sowie die Verringerung der Komplikationsraten während und nach der Behandlung (ID 56012, ID 56018, ID 56020, ID 56022) adressieren. Ebenso werden weiterhin die unter den Buchstaben d) bis f) genannten Verfahrensziele mit der Patientenbefragung für das QS-Verfahren PCI verfolgt. Noch nicht abgeschlossen ist die im Rahmen des Abschlussberichtes avisierte Weiterentwicklung der Indikatoren zum Kontrastmittelverbrauch, so dass ggf. mit den prospektiven Rechenregeln zum EJ 2026 in das Verfahrensziel „Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit“ weitere Indikatoren eingeschlossen sein könnten. Für den Indikator 56000 ist die Überarbeitung zur Verbesserung der Validität noch nicht abgeschlossen. Diesbezüglich kann im Moment nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Validität nicht im notwendigen Umfang verbessern lässt, weshalb der Indikator nachträglich noch zur Abschaffung empfohlen werden könnte. Unbenommen davon würde mit der zum EJ 2026 geplanten Einführung eines neuen Indikators zur Überprüfung der Indikationsstellung für die elektive PCI weiterhin das unter Buchstabe a) genannte Verfahrensziel „Verbesserung der Indikationsstellung“ abgedeckt bleiben. Da aufgrund mangelnder Zuschreibbarkeit beide Sterblichkeitsindikatoren (30d, 365d) in eine KennzahlK umgewandelt werden sollen bzw. bereits umgewandelt wurden, wird die

Sterblichkeit (vgl. Verfahrensziel c)) auf QI-Ebene nur noch innerhalb der MACCE-Indikatoren für das Zeitfenster von 7 Tagen nach der Prozedur überprüft.

Durch die vom G-BA beschlossene Aufnahme der Computertomografie-Koronarangiografie (CCTA) in den ambulanten Leistungskatalog wird die Zahl der diagnostischen Koronarangiographien mutmaßlich deutlich zurückgehen. Eine Weiterführung in der externen Qualitätssicherung ist zunächst dennoch angezeigt, um zu beobachten mit welchen Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen der Beschluss einhergeht. Sollte es zu einem deutlichen Rückgang diagnostischer Koronarangiographien kommen und diese nur noch im Rahmen von Notfalleingriffen erfolgen, wäre zu prüfen, inwieweit der Teildatensatz zur diagnostischen Koronarangiographie sowie prozedurartspezifische Indikatoren (z.B. ID 56000, ID 56018) zukünftig verzichtbar wären.

1.2 QS-Verfahren Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Die Ziele des Verfahrens QS HSMDEF sind in § 1 Abs. 3 Satz 3 der Themenspezifischen Bestimmungen folgendermaßen festgelegt:

- a) Verbesserung der Indikationsstellung und Systemwahl
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationen während und nach den Eingriffen

Nach Umsetzung der Empfehlungen aus dem Abschlussbericht adressieren die verbleibenden Qualitätsindikatoren gemäß aktuellem Stand weiterhin alle genannten Ziele des QS-Verfahrens in den Themenspezifischen Bestimmung der DeQS-Richtlinie.

Das aktuelle Indikatorenset enthält gemäß den prospektiven Rechenregeln zum EJ 2025 weiterhin in den Auswertungsmodulen *Herzschrittmacher-Implantation* (HSM-IMPL) und *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* (DEFI-IMPL) jeweils Indikatoren zur Messung der leitlinienkonformen Indikation und Systemwahl. Der Zeitplan zur Umsetzung der Empfehlungen aus dem Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung, der dem G-BA zusammen mit dem Abschlussbericht übermittelt wurde, sieht deshalb eine mehrjährige Überarbeitung der Indikatoren zur Indikation und Systemwahl vor. Die Überarbeitung wurde für das EJ 2025 bereits teilweise vorgenommen, ist jedoch noch nicht ganz abgeschlossen. Erst nach vollständiger Umsetzung der Überarbeitung kann abschließend beurteilt werden, für welche Eingriffe des QS-Verfahrens weiterhin eine Bewertung der Indikationsstellung und der Systemwahl im Rahmen der gesetzlichen einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erfolgen kann, da nach der Überarbeitung ggf. die Grundgesamtheiten der Indikatoren eingeschränkt oder einige Indikatoren zur Abschaffung empfohlen werden. Von den Ergebnissen dieser mehrjährigen Überarbeitung hängt zudem auch ab, inwieweit die Qualitätsdimension *Angemessenheit* durch das verbleibende Indikatorenset abgedeckt wird.

Aufgrund der empfohlenen Abschaffung der Qualitätsindikatoren „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“ und „Dosis-Flächen-Produkt“ (jeweils Auswertungsmodul HSM-IMPL und DEFI-IMPL) sowie der Indikatoren „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ aus den Auswertungsmodulen *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* (HSM-AGGW) bzw. *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* (DEFI-AGGW) enthält das residuale QI-Set keine Prozessindikatoren mehr. Auch wenn dadurch einige Aspekte der Prozessqualität, wie beispielsweise eine weitgehende Reduzierung der Strahlenbelastung während des Eingriffs, nicht mehr durch das QS-Verfahren adressiert werden, werden jedoch andere Aspekte der Prozessqualität durch die verbleibenden Ergebnisindikatoren weiterhin gemessen. So wird durch das Indikatorenset weiterhin gemessen, inwieweit sondenbedingte Komplikationen vermieden oder ausreichende Messwerte der Reizschwellen und Signalamplituden bei der Implantation der Sonden erreicht werden können. Um in diesen Bereichen (durch eine optimale Positionierung und Fixation der Sonde) eine gute Versorgungsqualität anzubieten, ist ein sorgfältiges chirurgisches Vorgehen sowie die Einhaltung hoher prozessualer Standards während der Eingriffe unerlässlich. Dies kann vom Leistungserbringer z. B. durch die Erstellung und Einführung einer SOP, die Durchführung interner Schulungen, eine angemessene Anleitung der Operateurinnen und Operateure in Weiterbildung oder eine gute Zusammenarbeit zwischen den am Eingriff beteiligten Personen gefördert werden. Das Risiko von Infektionen kann außerdem durch die Etablierung einer präoperativen Antibiotikaphylaxe sowie regelmäßige postoperative Wundkontrollen gesenkt werden, während das Auftreten von Pneumothoraces durch die Wahl des venösen Zugangswegs entscheidend beeinflusst werden kann.

Die Empfehlungen des IQTIG sehen die Streichung einiger Indikatoren zur Erfassung von Komplikationsraten aufgrund eines geringen Verbesserungspotenzials vor. Auch die Follow-up-Indikatoren, welche technische Probleme am Aggregat erfassen, sollen zukünftig entfallen, da ihre Ergebnisse überwiegend von der Qualität der Implantate und weniger von der Versorgungsqualität durch die implantierenden Leistungserbringer abhängen. Im weiterentwickelten Verfahren werden die Komplikationsraten deshalb nicht mehr für alle Eingriffe an Herzschrittmachern und Defibrillatoren erhoben und es werden auch nicht mehr alle Arten von Komplikationen erfasst. Da allerdings in verschiedenen Auswertungsmodulen sowohl Indikatoren zu Komplikationen während des stationären Aufenthalts als auch während eines einjährigen Follow-up-Zeitraums weitergeführt werden, bleibt es weiterhin ein Ziel des Verfahrens, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Komplikationen zu verringern.

Fast alle zur Aussetzung empfohlenen Indikatoren sind der Qualitätsdimension *Patientensicherheit* zuzuordnen; jedoch überwiegen auch im neuen Indikatorenset die Dimensionen *Patientensicherheit* und *Wirksamkeit*. Während die Indikatoren zu nicht sondenbedingten Komplikationen und zur Krankenhaussterblichkeit ausschließlich der Dimension *Patientensicherheit* zuzuordnen sind, umfassen die Indikatoren zu Sondenproblemen sowie zu akzeptablen Reizschwellen und

Signalamplituden zusätzlich die Dimension *Wirksamkeit*, da sie die Funktionalität des Schrittmacher- bzw. ICD-Systems betreffen. Zu den Dimensionen *Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit, Koordination und Kontinuität* sowie *Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten* enthält das Verfahren QS HSMDEF weiterhin keine Qualitätsindikatoren. Eine entsprechende Erweiterung des Indikatorensets ließe sich durch die Nutzung weiterer Datenquellen erreichen, wie dies auch im IQTIG-Bericht zur Weiterentwicklungsstudie „Versorgung mit implantierten Herzschrittmachern und Defibrillatoren“ empfohlen wurde (IQTIG 2023b). Anhand einer Patientenbefragung könnten z. B. Indikatoren zu der Frage entwickelt werden, inwieweit eine partizipative Entscheidungsfindung unter angemessener Berücksichtigung der Patientensicht bei der Indikationsstellung zur Implantation bzw. zum Folgeeingriff oder auch bei einer möglichen Deaktivierung des Rhythmusimplantats erfolgte. Auch Indikatoren zur Patienteninformation wären dann denkbar. Über solche Indikatoren könnte die Qualitätsdimension *Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten* abgedeckt werden. Die Güte der interdisziplinären und -sektoralen Zusammenarbeit und Informationsweitergabe könnte auch über eine Patientenbefragung erfasst werden und ist der Qualitätsdimension *Koordination und Kontinuität* zuzuordnen.

Um weiterhin alle relevanten Ziele des Verfahrens abdecken zu können, ist auch die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Verfahrens durch Einbezug der ambulant durchgeführten Herzschrittmacher- und Defibrillator-Eingriffe in die externe Qualitätssicherung zu empfehlen. Der Einbezug des ambulanten Sektors in das Verfahren erscheint vor allem vor dem Hintergrund des ab 2023 geltenden Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen (AOP-Katalog) als notwendig, um eine angemessene Qualitätssicherung im Bereich der Herzschrittmacher- und Defibrillatorthherapie zu gewährleisten ([GKV-Spitzenverband et al.] 2023)

1.3 QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Für das Verfahren 15 Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) sind unter § 1 Abs. 3 Satz 2 die Ziele des Verfahrens definiert:

- a) Verbesserung der Indikationsstellung,
- b) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- c) Verbesserung der Ergebnisqualität

Diese sind aus den qualitätsrelevanten Aspekten abgeleitet: a) Indikationsstellung; b) Peri- und postoperative Komplikationen; c) Gehfähigkeit bei Entlassung aus der stationären Behandlung und d) Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten.

Die Überprüfung des Verfahrens QS KEP ergab die Empfehlung zur Abschaffung der drei Indikatoren zur Indikationsstellung. Da ausschließlich die Indikationsindikatoren der Qualitätsdimension der Angemessenheit zuzuordnen sind, resultiert ein QI-Set aus der Empfehlung, dass allein auf

die Patientensicherheit ausgerichtet ist. Das in der DeQS-RL formulierte Ziel, eine Verbesserung der Indikationsstellung im Bereich der Knieendoprothesenimplantation durch die externe Qualitätssicherung zu erreichen, kann mit dem Wegfall der Indikatoren nicht mehr verfolgt werden. Aus der zur Beauftragung durch den G-BA geplanten Patientenbefragung werden sich voraussichtlich Indikatoren ableiten lassen, die die Angemessenheit der Prozedur beschreiben.

Das zweite Ziel der DeQS-RL „Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen“ würde für die Auswertungsjahre geschwächt werden, in der die Indikatoren zu Komplikationen nicht ausgewertet, veröffentlicht und bewertet werden. Bedingt durch die zeitlich begrenzte Überarbeitungsphase der Indikatoren wäre dies nur von vorübergehendem Charakter.

Das letztangeführte Ziel der „Verbesserung der Ergebnisqualität“ würde durch die Ergebnisse der Verfahrensüberprüfung nicht eingeschränkt werden. Die Ergebnisqualität wird im QI-Set durch die Erfassung der Komplikationen, der Gehfähigkeit und der Fähigkeit zum Treppensteigen grundsätzlich dargestellt. Da die Messung auf den stationären Aufenthalt beschränkt ist, kann und konnte die Ergebnisqualität nicht in vollem Umfang abgebildet werden. Die Abschaffung des Indikators zur Beweglichkeit hat insgesamt keine Auswirkung auf die Gesamtausrichtung des QS-Verfahrens, da der Qualitätsaspekt durch die Indikatoren zur Gehunfähigkeit und zur Fähigkeit zum Treppensteigen abgedeckt sind. Die Hinzunahme einer Patientenbefragung würde auch hier die Qualitätsdimension Patientensicherheit stärken, als auch weitere Qualitätsdimensionen wie die *Wirksamkeit* und die *Kontinuität der Versorgung* über Fragen zu Rehabilitationsmaßnahmen adressieren.

2 Berücksichtigung „weiterer Aufwände“

Im Abschlussbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP“ vom 19 Juli 2023 berücksichtigte das IQTIG für die beauftragte Aufwand-Nutzen-Abwägung ausschließlich die Aufwände, die bei den Leistungserbringern durch die Datenerhebung für die QS anfallen.

Aufwände für die Erstellung und Beratung der Auswertungen sowie für die Abstimmungsprozesse zwischen den Institutionen der Qualitätssicherung, insbesondere G-BA, IQTIG und Landesarbeitsgemeinschaften (LAG), wurden dabei vereinfachend als Aufwände betrachtet, die bei Pausieren oder Abschaffen eines Indikators weiterhin in vergleichbarer Höhe anfallen. Durch diese Annahme sollten unrealistische Erwartungen der Aufwandsersparnis in diesen Institutionen durch Pausieren oder Abschaffen eines Indikators vermieden werden. Dadurch wird berücksichtigt, dass der Aufwand der genannten Prozesse nicht nur von der Zahl der Indikatoren abhängt und dass die vom G-BA angestrebte Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Regel sogar eine intensivere Befassung mit den verbliebenen oder mit neu entwickelten Indikatoren (z. B. durch

Analyse qualitätsverbessernder Maßnahmen und die Entwicklung von besonderen Handlungsempfehlungen) erfordert.

Indikatorenübergreifender Aufwand für Qualitätsmessungen entsteht darüber hinaus durch Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Datenmanagement wie z. B. der Spezifikation, Softwareeinrichtung, Übermittlung und Prüfung von Datensätzen eines QS-Verfahrens, mit der Bereitstellung der Messergebnisse wie z. B. der Auswertung und Übermittlung der Indikatorergebnisse sowie mit organisatorischen Aufgaben wie der Beratung und Abstimmung zwischen den beteiligten Institutionen.

Diese Aufwände wurden in der Verfahrensprüfung aus zwei Gründen nicht direkt in der Entscheidung über Empfehlungen zum Einsatz von Indikatoren einbezogen:

- Es liegen keine belastbaren Daten zur Höhe des indikatorenübergreifenden Aufwands vor. Erforderlich wäre eine empirische Erhebung, die u. a. die oben genannten Aufwandskomponenten, die verschiedenen Beteiligten (z. B. Leistungserbringer, Landesarbeitsgemeinschaften, auf Bundesebene an der Qualitätssicherung beteiligte Institutionen) und möglicherweise verfahrensspezifische Aspekte berücksichtigt. Eine solche Erhebung konnte im Rahmen des Auftrags nicht durchgeführt werden.
- Es bleibt unklar, ob die Aussetzung eines oder mehrerer Indikatoren auch den indikatorenübergreifenden Aufwand reduziert. Sofern ein Indikatorenset nicht vollständig ausgesetzt wird, müssen indikatorenübergreifende Aufgaben weiterhin durchgeführt werden. Die Nichtberücksichtigung des indikatorenübergreifenden Aufwands in diesem Kontext vermeidet eine Überschätzung der möglichen Aufwandsreduktion durch Verzicht auf Indikatoren. Indikatorenübergreifender Aufwand wurde jedoch bei der Verfahrensprüfung *indirekt* adressiert: Dieser Aufwand fällt vor allem dann ins Gewicht, wenn andere Aufwände gering sind und ihm nur ein geringer Nutzen gegenübersteht. Das IQTIG spricht daher für Qualitätsindikatoren mit nur „geringem“ Potenzial zur Verbesserung auch dann eine Aussetzungsempfehlung aus, wenn der indikatorspezifische Aufwand der Datenerhebung „gering“ oder „eher gering“ ist.

In seiner Kommentierung dieses Berichts fordert der G-BA dennoch eine zusätzliche Berücksichtigung „weiterer Aufwände“ bei der Gesamtbewertung von Aufwand und Nutzen der Indikatorensets. Unter „weiteren Aufwänden“ versteht der G-BA die „in der Praxis relevanten „Implementierungskosten“ – wie sie beispielsweise in den Bürokratiekosten des G-BA zu jedem Beschluss aufgeführt werden (Einarbeitung in die Dokumentation, standardisierte Softwareaktualisierung, Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen). Dazu gehören auch die zumindest pragmatisch zu schätzenden Aufwände, die in den Einrichtungen sowie den Institutionen auf Bundes- und Landesebene (nicht zuletzt beim IQTIG selbst) für den Umgang mit den Ergebnissen, der Anzahl und der Durchführung von Stellungnahmeverfahren und die Administration der Verfahren (z.B. Richtlinienpflege, Spezifikation, Rechenregeln) entstehen.“ (G-BA [2023])

Daher werden hier in Ergänzung zu den Leistungserbringerbezogenen Schätzungen im Abschlussbericht zusätzlich Aufwandsschätzungen bei den Landesarbeitsgemeinschaften, beim IQTIG und bei Softwareherstellern durchgeführt. Erstgenannte sind zentrale Akteure im Rahmen der Richtlinienumsetzung, die wiederum nicht ohne digitale Anwendungen erfolgen kann. Nicht einbezogen werden Datenannahmestellen und Vertrauensstellen, da hier davon ausgegangen wird, dass der entscheidende Aufwand bereits mit deren Errichtung und Einbindung in die Datenflüsse der DeQS-RL entstanden ist. Die Streichung von einzelnen QI oder auch die komplette Aussetzung eines Verfahrens dürften dort nur marginale Effekte entfalten.

Weitere Einschränkungen

Die Aufwände die durch das Stellungnahmeverfahren nach §17 DeQS-RL für die Leistungserbringer anfallen, wurde aus verschiedenen Gründen auch im Rahmen dieses ergänzenden Berichts nicht erhoben. Zum einen hängt der Aufwand des Stellungnahmeverfahren stark von dessen Ausgestaltung ab und kann beispielsweise über eine Veränderung der Referenzbereiche gesteuert werden. Soll die Anzahl der Stellungnahmeverfahren aus Aufwandsgründen bei den LAG oder den Leistungserbringern oder beiden reduziert werden, können dazu bspw. perzentilbasierte Referenzbereiche eingesetzt werden. Dann werden nur so viele Stellungnahmeverfahren durchgeführt, wie aus Aufwandsgründen für praktikabel gehalten werden.

Zum anderen gehören die Aufwände für das Stellungnahmeverfahren im Falle von verbesserungswürdiger Versorgungsqualität zu den erwünschten Aufwänden. Denn die Analyse und Verbesserung der Versorgungsqualität auf Basis von Hinweisen durch Qualitätsindikatoren im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist der zentrale Wirkmechanismus der externen Qualitätssicherung zur Qualitätsförderung. Bezüglich Stellungnahmeverfahren in denen für auffällige Indikatorergebnisse keine Ursache identifiziert wird, die also mit der Bewertung „qualitativ unauffällig“ enden, sind drei Aspekte zu bedenken. Zum einen kann auch dann ein Qualitätsdefizit vorliegen, wenn die Ursache für ein auffälliges Indikatorergebnis nicht auf Grundlage schriftlicher Stellungnahmen gefunden wurde. Denn auch die Datengrundlagen für das Stellungnahmeverfahren, insbesondere schriftliche Stellungnahmen, sowie dessen Durchführung können Limitationen aufweisen. Zum anderen können die vom IQTIG im Rahmen der Überprüfung der Indikatoren durch die empfohlenen Verbesserungen an den Indikatoren unnötige Stellungnahmeverfahren vermieden werden. Die Identifikation von Mängeln der Qualitätsindikatoren und die sich daran anschließenden Überarbeitungen und / oder Abschaffungen werden voraussichtlich zu treffsichereren Indikatoren führen, so dass durch die Verfahrensprüfung indirekt auch das Stellungnahmeverfahren effektiver gestaltet werden kann. Des Weiteren empfiehlt das IQTIG bei der Auswertung der Indikatorergebnisse und der Einleitung von Stellungnahmeverfahren statistische Unsicherheit zu berücksichtigen, da dies unnötige Stellungnahmeverfahren aufgrund zufälliger Effekte vermeidet. Dies erfolgt bisher nur im Verfahren PCI.

Die Auswertung von Bürokratiekosten ergibt keine zusätzlichen Erkenntnisse im Rahmen der Aufwandsermittlung. Auch wenn hier auf Basis von Standardkostenmodellen sogar Beträge in EUR ausgewiesen werden, handelt es sich um Schätzungen zu Standardaktivitäten, die durch den G-BA Beschluss bereits einem „Richtlinien-Nutzen“ in Bezug auf die Erfüllung einer gesetzlichen Vorgabe gegenüber gestellt werden. Das heißt, der in der Richtlinie vorgegebene Aufwand zur Umsetzung der jeweiligen Informationspflicht (die sich wiederum aus den gesetzlichen Vorgaben zur externen QS ergibt) wird als gerechtfertigt angenommen. Dabei fokussiert der G-BA – in Analogie zur Vorgehensweise in der Bundesgesetzgebung – auf den Leistungserbringer als Vertreter der „Wirtschaft“, die im besonderen Maße vor unnötigen bürokratischen Aufgaben geschützt werden sollen, weil ihre primäre Aufgabe in der Patientenversorgung liegt. Die Aufwände von weiteren Normadressaten (z.B. LAG, IQTIG), die zur Umsetzung der Richtlinienanforderungen erforderlich sind und zu diesem Zweck überhaupt erst etabliert wurden, werden dort nicht adressiert. Dies vermutlich nicht zuletzt auch deshalb, weil die hierzu notwendigen empirischen Analysen fehlen und offen ist, inwieweit die Standardkostenmodelle hier greifen. [TrG zum BKE Beschluss vom 21.06.2012].

2.1 LAG-Aufwände

Die Aufwände, die für die LAG für die Durchführung der Stellungnahmeverfahren anfallen wurden für diesen ergänzenden Bericht auf Wunsch des G-BA pragmatisch erhoben. In Zusammenarbeit mit LAG-Vertretern wurde dazu ein Online-Fragebogen (Lime-Survey) entwickelt, um die durchschnittlichen Zeitaufwände, die bei den LAG für das Stellungnahmeverfahren anfallen, pro QI näherungsweise zu schätzen. Um eine möglichst hohe Rücklaufquote bei der Befragung zu erreichen, wurde dabei eine aufwandsreduzierte Abfrage erstellt, die auf eine detaillierte Befragung zu allen Indikatoren aller Verfahren verzichtet und stattdessen beispielhaft die Aufwände im QS-Verfahren PCI pro Indikator erhebt. Vorteilhaft an der Auswahl von QS PCI ist der Umstand, dass die nach Ansicht von LAG-Vertretern unterschiedlich aufwendigen Indikatorarten (auf Basis von QS-Daten, auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen, Follow-Up-Indikatoren) enthalten sind.

Die Abfrage beinhaltete die Angabe von geschätzten Personentagen für die LAG-Geschäftsstelle, für die Fachkommissionen und für das Lenkungsgremium bei den verschiedenen Prozessschritten des Stellungnahmeverfahrens. Diese Abfrage wurde für die Gruppen von Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Daten und für sozialdatenbasierte bzw. FU-QI separat durchgeführt. Zusätzlich bestand die Möglichkeit, in einem Freitextfeld Anmerkungen zu den gemachten Angaben oder auch zur Übertragbarkeit der Angaben zum Verfahren PCI auf andere Verfahren zu machen.

Inhalt der Online-Umfrage

Folgende Inhalte wurden bei den LAG erhoben:

- Frage 1: Wie viele Stellungnahmeverfahren haben Sie 2022 (EJ 2021) zum Verfahren QS PCI durchgeführt (Anzahl QI auf Basis von QS-Daten und QI und Anzahl QI auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen /Follow-up-Indikatoren)?
- Frage 2: „Bitte geben Sie die durchschnittlichen Aufwände (in Personentagen) bei der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens am Beispiel von QS PCI (Bezugsjahr 2022 - EJ 2021) an“

Tabelle 1 stellt die Antwortmöglichkeiten für die Befragten dar.

Tabelle 1: verkürzte Darstellung der Eingabemöglichkeiten für Frage 2

	Aufwände des STNV (geschätzter durchschnittlicher Aufwand in Personentagen (1 PT = 8 Std.) insgesamt	
	QI auf Basis QS-Doku	QI auf Basis von Sozialdaten / Follow-up-Indikatoren
LAG-Geschäftsstelle (insgesamt)		
Fachkommission (insgesamt)		
Lenkungsgremium (insgesamt)		

Die Auswertung der Online-Umfrage erfolgte deskriptiv durch das IQTIG.

Ergebnisse

An der Online-Umfrage nahmen 11 der 17 LAG teil. Diese 11 machten Angaben über insgesamt 654 durchgeführte Stellungnahmeverfahren im QS-Verfahren PCI, davon 518 für QS-Daten-basierte Qualitätsindikatoren und 136 QI auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen bzw. Follow-up-Qualitätsindikatoren. Jede LAG machte Angaben über die insgesamt angefallenen Aufwände in Personentagen für alle im Jahr X durchgeführten Stellungnahmeverfahren im Verfahren PCI (summiert für alle beteiligten Personen in der Geschäftsstelle, in den Fachkommissionen bzw. im Lenkungsgremium). Mit dieser Angabe über den Gesamtaufwand konnte anhand der angegebenen Anzahl der durchgeführten Stellungnahmeverfahren ein durchschnittlicher Wert pro durchgeführtem Stellungnahmeverfahren mit einem Leistungserbringer ermittelt werden. Die Ergebnisse zeigt die nachfolgende Tabelle.

Tabelle 2: Durchschnittliche Aufwände einer LAG für ein Stellungsverfahren (ein QI mit einem Leistungserbringer) im QS-Verfahren PCI

		Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Daten	Qualitätsindikatoren auf Basis von Sozialdaten bzw. Follow-up-Qualitätsindikatoren
LAG-Geschäftsstellen Aufwand pro STNV für einen QI mit einem Leistungserbringer [Personentage]*	Mittelwert	0,26	0,45
	Median	0,22	0,44
	Minimum; Maximum	0,08 ; 0,83	0,12 ; 0,83
Fachkommissionen Aufwand pro STNV für einen QI mit einem Leistungserbringer [Personentage]*	Mittelwert	0,19	0,27
	Median	0,17	0,22
	Minimum; Maximum	0,01 ; 0,80	0,03 ; 0,88
Lenkungsgremium	Mittelwert	0,11	0,13
	Median (Range)	0,04	0,06
	Minimum; Maximum	0,00 ; 0,82	0,00 ; 0,87

*auf zweite Nachkommastelle gerundet

Die Abfrage erfolgte retrospektiv und beruht auf Schätzungen der LAG-Geschäftsstellen. In den Freitextantworten findet sich der Hinweis auf eine „sehr grobe“ Schätzung, insbesondere für die nicht selbst befragten Fachkommissionen und Lenkungsgremien. Die Ergebnisse sind daher vor diesem Hintergrund mit Vorsicht zu interpretieren.

Die Ergebnisse weisen auf einen großen Unterschied in den Aufwänden zwischen Stellungsverfahren für Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Daten und auf Basis und Stellungsverfahren für Sozialdaten bzw. Follow-up-Indikatoren hin. In den Geschäftsstellen wird im Durchschnitt ein Aufwand von 0,26 Personentagen für ein Stellungsverfahren bezüglich eines QS-Daten-basierten Qualitätsindikators angegeben und 0,45 Personentage für ein Stellungsverfahren bezüglich eines Qualitätsindikators auf Basis von Sozialdaten/Follow-up-Indikator. Die Aufwände der Geschäftsstelle sind somit für die Qualitätsindikatoren auf Basis von Sozialdaten deutlich höher als für QI auf Basis von QS-Dokumentation. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich für die Aufwände der Fachkommissionen.

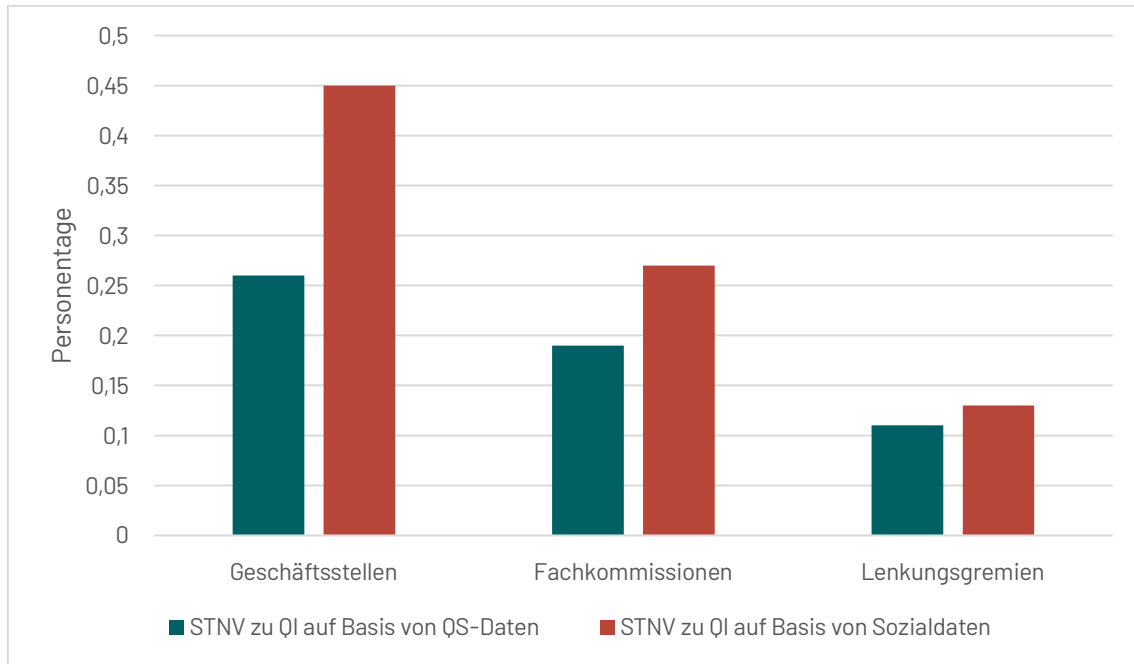


Abbildung 1: Durchschnittliche Aufwände einer LAG für ein Stellungsnehmerverfahren (ein QI mit einem Leistungserbringer) im QS-Verfahren PCI

Zwar geben zwei LAG im Freitext an, dass sie keine unterschiedlich hohen Aufwände bei den unterschiedlichen Indikatortypen (Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Daten bzw. auf Basis von Sozialdaten bzw. Follow-up-Indikatoren) sehen. Mehrere andere LAG geben jedoch anderslautende Hinweise:

- „Enormer Rechercheaufwand Follow-up-Indikatoren“
- „Die größten zeitlichen Aufwände bei sozialdatenbasierten FU Indikatoren entstehen in der Geschäftsstelle bei der Analyse der Auffälligkeiten, der Aufarbeitung der Stellungnahmen und der gleichzeitigen Analyse der MDB [mandantenfähigen Datenbank], Identifikation der möglicherweise auslösenden Faktoren der Auffälligkeit, Rückfrage an Einrichtung und ggf. erneute Analyse etc.“
- „Die Aufwandsschätzung am Beispiel zum AWJ 2022 (EJ 2021) QS PCI beinhaltet keine Recherchen in der M-DB [mandantenfähigen Datenbank] bzgl. SDAT-QI, da dies zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich war. [...] Der Zeitaufwand hierfür ist schwer zu beziffern, da dies stark von der Komplexität des QI, der Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten und der Anzahl rechnerisch auffälliger Vorgänge pro rechnerischer Auffälligkeit abhängt.“
- „Die Diff. nach QI auf Grundlage von QS-Dokumentation und QI auf Grundlage von SozDat ist für das Jahr 2022 schwierig, da in der M-DB keine Informationen zu den SozDat vorlagen. Es handelt sich um Schätzungen auf Grundlage des STNV 23. Nach Sichtung der Daten hat die Fachkommission 2023 aufgrund der Unübersichtlichkeit der Sozialdaten darauf verzichtet, diese zu nutzen. [...] Die Geschäftsstelle hat in einem anderen QS-Verfahren mit hohem Aufwand die Sozialdaten nutzbar gemacht. Hier betrug pro LE der Aufbereitungsaufwand rund 30 Minuten,

Besprechungen mit der Fachkommission nicht eingerechnet. Die SozDat sind in jetziger Form nicht sinnvoll nutzbar.“

Limitationen

Die durchgeführte LAG-Befragung und deren Interpretation weist Limitationen auf, auf die auch die einige LAG in den Freitextfeldern Bezug nahmen.

Zum einen fokussierte die Abfrage auf die Aufwände für das Stellungnahmeverfahren, ohne Einbezug von Maßnahmen der Stufen 1 und 2 gemäß DeQS-RL. Es war zwar auch die Frage nach Abschätzung des Zeitaufwandes für eine Begehung enthalten, jedoch waren hier die Ergebnisse sehr heterogen bzw. wurde vielfach kein konkreter Aufwand angegeben. Daher erfolgte keine Berechnung von durchschnittlichen Aufwänden für Begehungen.

Die Abfrage beinhaltet eine Schätzung der Aufwände von LAGen aus der Retrospektive, so dass die Werte als sehr grobe Schätzung verstanden werden müssen. Ähnliche Einschränkungen ergeben sich für die Schätzungen der Zeitaufwände der Fachkommissionen, denn diese Aufwände wurden von den Geschäftsstellen und nicht von den Fachexperten selbst eingeschätzt. Man kann zwar davon ausgehen, dass die Sitzungszeiten der Fachkommissionen von den Geschäftsstellen auch im Nachhinein relativ genau geschätzt werden können. Anders verhält es sich mit den Vorbereitungszeiten der Fachexperten sowie Wegezeiten, die sehr unterschiedlich ausfallen können, von langen Anreisen in Flächenländern bis zum Wegfall von Anreisezeiten durch Online-Sitzungen. Die Aufwandschätzungen für die Fachkommissionen sind somit mit noch stärkeren Unsicherheiten behaftet als die Aufwände der Geschäftsstellen.

Die LAGen wiesen mehrfach auf einige ihrer Aufwände hin, die in der Umfrage nicht angegeben werden konnten, wie zum Beispiel die Erstellung von Berichten (z. B. in Form des QSEB incl. Evaluation) und Auswertung von Sonderauswertungen (z. B. QS HSMDEF) oder Fragebögen (z. B. QS DEK) und das Stellungnahmeverfahren zu Auffälligkeitskriterien. Darüber hinaus wurde auf „Overhead-Aufwände“ und Aufwände durch IT (Software, Administration) hingewiesen, wobei – wie auch erwähnt wurde – diese Aufwände unabhängig von der Anzahl der QS-Verfahren sind.

Die Umfrage wurde an einem Beispielverfahren (QS PCI) durchgeführt, das unterschiedliche Indikatortypen (auf Basis von QS-Daten bzw. auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen und Follow-up-Indikatoren) enthält, um eine Extrapolation der Aufwände auf andere Verfahren zu erlauben. Dieses Vorgehen wurde mit LAG-Vertretern gemeinsam erarbeitet, es stützt sich auf die Annahme, dass sich die hauptsächlichen Unterschiede durch die Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu QS-Daten- versus Sozialdaten-basierte QI ergeben. Inhaltliche Gesichtspunkte (zum Beispiel Ergebnis- oder Prozessindikatoren) bleiben dabei jedoch unberücksichtigt. Einige LAG nehmen hierauf Bezug:

- „Ergebnis- und Prozessindikatoren sind im Aufwand beim STNV oft nicht vergleichbar. Bei Prozessindikatoren sind i. d. R. zusammenfassende Analysen der zu Grunde liegenden Prozesse im STNV zielführend, wohingegen bei Ergebnisindikatoren üblicherweise Einzelfallanalysen erforderlich sind. Dies resultiert in einem Mehraufwand für Ergebnisindikatoren insbesondere für Leistungserbringer, aber auch für Fachkommission und LAG Geschäftsstelle. Dies betrifft auch Sentinel Event Indikatoren.

Die Komplexität eines QI beeinflusst stark den Aufwand im STNV, als Beispiel sei hier die leitliniengerechte Indikation bei der HSM- bzw. ICD-Implantation genannt. Die Komplexität des QI führt zu mehr Rückfragen von Seiten der LE und damit auch zu einem erhöhten Bearbeitungs-/Beratungsaufwand durch die LAG Geschäftsstelle und eine längere Bearbeitungsdauer durch die Fachkommission zur Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen.“

Die Umfrageergebnisse erlauben keine Rückschlüsse auf den Aufwand für Follow-up–Indikatoren auf Basis von QS-Daten, da diese im Verfahren QS PCI nicht enthalten sind. Ebenso ist aufgrund der Rückmeldungen der LAG die Annahme, dass sich die hauptsächlichen Unterschiede im Aufwand aufgrund der Datenquelle (QS-Daten- versus Sozialdaten) ergeben, fraglich. Eine Extrapolation der Ergebnisse für das Verfahren PCI auf andere Verfahren ist daher, wenn überhaupt, nur sehr eingeschränkt möglich.

2.2 IQTIG-Aufwände

Für das IQTIG werden Aufwände des Regelbetriebs von landesbezogenen Verfahren sowie beispielhaft die zusätzlichen Aufwände für das Stellungnahmeverfahren in den Bundesverfahren dargestellt.

Schätzung der Aufwände im Regelbetrieb

Die Aufwandsschätzung für die Verfahrenspflege der Verfahren im Regelbetrieb erfolgte durch eine Auswertung der angefallenen Personentage und Ermittlung der dafür benötigten Vollzeitäquivalente. Zur richtlinienkonformen Verfahrenspflege gehören die regelmäßige Erstellung und Pflege der Erforderlichkeitstabellen, Rechenregeln, Spezifikationen für die Verfahren, der Verfahrenssupport als Kontaktstelle für alle externen Ansprechpartner, insbesondere für die Leistungserbringer und Landesarbeitsgemeinschaften, die verfahrensspezifische und verfahrensübergreifende Berichterstattung sowie die Datenvalidierung. Alle Aktivitäten erfolgen in enger Abstimmung mit den jeweiligen Expertengremien sowie dem G-BA, in der Regel im Rahmen von entsprechenden AG- oder Expertensitzungen.

Folgende Werte wurden dabei ermittelt:

- QS PCI: 3,0 Vollzeitäquivalente pro Jahr
- QS HSMDEF: 2,1 Vollzeitäquivalente pro Jahr
- QS KEP: 1,75 Vollzeitäquivalente pro Jahr

An der Verfahrenspflege der Verfahren im Regelbetrieb sind Mitarbeiter verschiedener Abteilungen und Fachbereiche beteiligt (Verfahrensmanagement, Informationstechnologie, Medizinische Biometrie und Statistik, Sozialdaten, Methodik, Befragung) von denen sich nicht alle Aufwände „verfahrensspezifisch“ darstellen lassen. Insbesondere die Aufwände der IT-Abteilung wurden daher nicht in die Berechnung mit aufgenommen.

Schätzung der Aufwände des Stellungnahmeverfahren in einem bundesbezogenen Verfahren

Im IQTIG wurde analog zu den Aufwänden der LAG im Stellungnahmeverfahren eine Aufwandsschätzung für das Stellungnahmeverfahren KCHK durchgeführt. Dabei lag der errechnete durchschnittliche Aufwand pro Stellungnahmeverfahren und QI bei 0,39 PT für das IQTIG und 0,47 PT für die Fachkommission.

2.3 IT-Einsatz im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung

IT-Investitionen und Betriebsaufwände für die Leistungserbringer im stationären und ambulanten Sektor lassen sich nicht (mit vertretbarem Aufwand) umfassend und systematisch erfassen, da Struktur, Größe und Arbeitsweise der Anwender und in Konsequenz auch die Produkt- und Serviceangebote von IT-Herstellern und Dienstleistern sehr unterschiedlich sind. Darüber hinaus ist das Feld durch Wettbewerb und Dynamik geprägt, was die Auskunftsbereitschaft von Unternehmen hemmt und die Gültigkeit von Preisaussagen stark limitiert. Vermutlich ist dies auch der Grund für den G-BA im Rahmen seiner Bürokratiekostenermittlung (BKE) von pauschalierten Kosten für die Anschaffung und Implementierung von Softwareprodukten für die Leistungserbringer auszugehen. So wurde beispielsweise im Rahmen der themenspezifischen Bestimmungen Cholezystektomie (G-BA 2018) davon ausgegangen, dass sich die Neuanschaffungskosten einer kompletten QS-Software je Krankenhaus auf 2.000 bis 5.000 Euro belaufen. Für die jährliche Wartung werden 20 Prozent des Anschaffungswerts angesetzt. Für den ambulanten Bereich wird von Anschaffungskosten in Höhe von 500 bis 1.000 Euro pro Vertragsarzt oder Vertragsärztin ausgegangen, bei jährlichen Wartungsgebühren ebenfalls in Höhe von rund 20 Prozent der Anschaffungskosten (G-BA 2015).

Aus diesem Grunde soll im Rahmen dieses Berichts lediglich eine deskriptive Darstellung wesentlicher Zusammenhänge und Wirkmechanismen, die sich auf Kostenmodelle auswirken, gegeben werden. Quellen sind eigene Recherchen sowie eine Statusinformation des Bundesverbandes der IT-Hersteller im Gesundheitswesen (bvitg).

Datengestützten QS-Verfahren lassen sich überhaupt nur sinnvoll mit Hilfe von IT umsetzen. Dabei reicht der Umfang des IT-Einsatzes von einer einfachen Erfassung von manuell erhobenen Daten in einer Datenbank bis hin zu Workflow-basierten Erfassungs- und Auswertungssystemen mit enger Anbindung an die medizinischen und administrativen Kern- bzw. Primärsysteme beim Leistungserbringer. So breit wie dieses Spektrum ist demnach auch das Angebot der Hersteller,

wobei immer häufiger integrierte Systeme eingesetzt werden. Diese ermöglichen es nicht nur den Erfassungsaufwand für die Daten zu minimieren, sondern auch die Ergebnisse möglichst unmittelbar in die übergeordneten Systeme für das Qualitäts- und Risikomanagement oder Medizincontrolling einfließen zu lassen.

Kern der Anwendungen – im Hinblick auf die datengestützte Qualitätssicherung – bildet jeweils die verfahrens-/modulspezifische Spezifikation gemäß DeQS-Richtlinie, die vom IQTIG erstellt bzw. weiterentwickelt und jährlich zu festgelegten Fristen veröffentlicht wird. Abhängig von der jeweiligen Integrationstiefe bildet diese einen größeren oder geringeren Anteil am Gesamtsystem eines Leistungserbringers. Die richtlinienkonforme Umsetzung der Spezifikation durch die Hersteller wird ex post, d.h. erst anhand der von den Leistungserbringern übermittelten Daten nachgewiesen. Eine ex ante „Zertifizierung“ durch entsprechend akkreditierte Stellen, wie z.B. die KBV (Praxisverwaltungs- und Abrechnungssysteme), das InEK (DRG-Groupier) oder die gematik (Anwendungen für die Telematikinfrastruktur) erfolgt in diesem Zusammenhang nicht. Hersteller erklären ausschließlich auf freiwilliger Basis die Konformität ihrer Produkte². D.h. die Entdeckung und Behebung von Fehlern, die aus nicht-spezifikationsgerechter Umsetzung durch einen Hersteller resultieren, erzeugt Aufwände für alle am Gesamtprozess beteiligten Akteure und macht ggf. auch zusätzliche Beschlussfassung durch die Gremien des G-BA erforderlich.

Kosten- bzw. Aufwandsmodelle

Stationärer Sektor:

So unterschiedlich der Digitalisierungsgrad von Krankenhäusern und Arztpraxen insgesamt, so heterogen ist die Ausprägung des IT-Einsatzes zur Umsetzung der datengestützten QS-Verfahren in den einzelnen Einrichtungen bzw. in den Sektoren.

Im stationären Sektor besteht bereits eine lange Tradition, d.h. die QS-Software-Lösungen sind mit der QSKH- und dem Übergang in die DeQS-Richtlinie „gewachsen“ – als QS-Expertensystem innerhalb von Krankenhausinformationssystemen (KIS) oder als externe, über spezielle Schnittstellen an ein KIS angebundene QS-Lösungen.

Daraus resultieren unterschiedliche Kostenmodelle:

Bei Erstinstallation: Kauf oder Lizenzierung eines Softwareprodukts mit jeweils unterschiedlichen Nutzungsrechten (zeitlich unbegrenzt, begrenzt oder transaktionsbezogen). Dazu kommen ggf. aufwandsbezogene Aufwände für individuelle Umsetzungs- oder Integrationsszenarien. In den Folgejahren werden in der Regel jährliche Wartungspauschalen oder Lizenzgebühren fällig.

Dabei sind potenzielle Bezugsgrößen zur Ermittlung der Höhe von Wartungspauschalen / Lizenzgebühren: die Anzahl von Betten oder Fällen, der Abteilungs- / Standort- oder Campus-bezogene

² <https://iqtig.org/spezifikationen/ergaenzende-downloads/softwareanbieter/>

Einsatz, die Anzahl der QS-Module (z.B. Komplett, Spezial- oder Basismodule), die Integrations-tiefe in die klinischen und administrativen Primärsysteme, die Vertragslaufzeit sowie die verein-barten Wartungskonzepte.

Weit verbreitet sind Komplettlösungen, die alle stationären bzw. sektorenübergreifenden Verfah-ren abbilden. Für Krankenhäuser mit wenigen QS-relevanten Leistungsbereichen werden kleine Lösungen mit bis zu drei Modulen angeboten. Dabei entstehen zusätzliche einmalige oder auch regelmäßige (jährliche) Kosten, wenn im Zusammenhang mit dem QS-Verfahren/-Modul

- neue Datenannahmestellen für die Daten des Leistungserbringers einzubinden sind.
- nicht von einem flächendeckenden Einsatz auszugehen ist (Einschränkung aus fachlichen, ad-ministrativen, methodischen oder geografischen Gründen).
- eine Spezifikation außerhalb des etablierten Standards zugrunde gelegt werden muss.

Folgende Szenarien führen nach Aussagen des bvitg in der Regel nicht zu Veränderungen der jährlichen Wartungspauschale:

- Wegfall oder Aussetzung eines QS-Moduls
- Konsolidierung von QS-Modulen
- Vollständige Überarbeitung eines QS-Moduls von einem auf das andere Jahr
- Neueinführung eines QS-Moduls, das sich nahtlos in bestehende Spezifikations- und Trans-
portstandards und Datenflüsse mit etablierten Partnern einfügt

Ambulanter Sektor:

Im ambulanten Sektor sind Anforderungen zur fallbezogenen Dokumentation in den themenspe-zifischen Bestimmungen (PCI, QS_Net, WI) definiert. Die erstgenannten Verfahren adressieren Facharztgruppen (Kardiologie/Nephrologie), die bereits Erfahrungen aus Vorgängerverfahren (Dialyse)³ mitbringen, oder die aufgrund des Betriebs beispielsweise eines Herzkatheterlabors⁴ über entsprechend erweiterbare elektronische (Abrechnungs-)Systeme verfügen. Die bisherigen verfahrens-/modulbezogenen QS-Systeme sind demnach nicht regelhaft in bestehende Praxis-verwaltungs- und Abrechnungssysteme integriert. Wie sich die Hersteller hierzu in Zukunft posi-tionieren und welche Lizenz- oder Kostenmodelle daraus resultieren, ist derzeit nicht absehbar. Auch umfasst die Zertifizierung der KBV derzeit noch kein „Qualitätsmodul DeQS-RL (KBV 2024)“. Anders als im stationären Sektor ist vermutlich davon auszugehen, dass hier die Kosten für spe-zifische Module zunächst höher sind, insbesondere dann, wenn ein Verfahren in einer kleinen oder im Vergleich (noch) wenig digitalisierten Facharztgruppe eingeführt wird.

Zu den ebenfalls mit der Software-Einführung assoziierten Aufwände gehören die Kosten für die Schulung der Anwender – unabhängig vom Ort des Einsatzes der Software.

³ <https://qs-dialyse.de/index.html>

⁴ <https://qs-kardio.de/index.html>

Zwischenfazit zur Software

Streichungen oder Anpassungen von QI in haben in der Regel keine Änderungen der Software-Kosten zur Folge. Diese sind in den regelmäßigen Updates der Produkte enthalten. Lediglich die komplette Abschaffung von QS-Modulen kann (insbesondere im ambulanten Sektor) zu Einsparungen in dem Bereich führen, die sich jedoch – legt man die BKE-Schätzungen des G-BA zugrunde – auf vergleichsweise niedrigem Niveau halten.

2.4 Fazit zur Berücksichtigung „weiterer Aufwände“

Die unterschiedlichen Vorgehensweisen zur Ermittlung von direkten und sogenannten „Overhead“-Aufwänden bei den Leistungserbringern und weiteren Verfahrensteilnehmern führen dazu, dass diese (soweit überhaupt möglich) in verschiedenen Einheiten erfasst wurden und somit nicht zu einer aussagekräftigen Gesamtgröße zusammengefasst werden können. Damit fehlt eine wesentliche Voraussetzung für eine Abwägung mit dem Nutzen eines gesamten Verfahrens (definiert beispielsweise als Gesamtnutzen des Indikatorsets).

Dennoch ergeben sich einige Hinweise auf Auswirkungen einer Aussetzung eines gesamten QS-Verfahrens bzw. der Streichung einzelner Qualitätsindikatoren auf den Aufwand für die Verfahrensteilnehmer.

Die Ergebnisse der LAG-Umfrage könnten grundsätzlich, aber mit den bekannten Limitationen, für alle QS-Verfahren hochgerechnet werden. Allerdings ist daraus kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten. Es ist davon auszugehen, dass die LAG-Geschäftsstellen ihre Vorgehensweisen im Stellungnahmeverfahren an die jeweiligen zur Verfügung stehenden personellen und zeitlichen Rahmenbedingungen anpassen. Die erhobenen Aufwände sollten daher nicht als absolute Zahlen verstanden werden, sondern sind auch abhängig von der sehr heterogenen Ressourcenausstattung der LAGen. Bei Abschaffung eines QS-Verfahrens kann daher nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass diese errechneten Aufwände absolut bei der LAG eingespart werden, sondern die freiwerdenden Ressourcen werden voraussichtlich und sinnvollerweise für eine dann intensivere Ausgestaltung des Stellungnahmeverfahrens genutzt. Aus diesem Grund ist das IQTIG in seinem Bericht davon ausgegangen, dass der Aufwand der genannten Prozesse nicht nur von der Zahl der Indikatoren abhängt und dass die vom G-BA angestrebte Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auch in Zukunft eine intensivere Befassung mit den verbliebenen oder mit neu entwickelten Indikatoren (z. B. durch Analyse qualitätsverbessernder Maßnahmen und die Entwicklung von besonderen Handlungsempfehlungen) erfordert.

Die LAG-Umfrage zeigt, dass der Aufwand für ein Stellungnahmeverfahren für sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren derzeit höher ausfällt als für QS-Daten-basierte Indikatoren. Mit der vom G-BA beschlossenen Abschaffung des auf QS-Daten basierenden Verfahrens QS KEP wird somit voraussichtlich eine zeitlich befristete Entlastung der LAGen entstehen, die diese für Stellungnahmeverfahren in anderen QS-Verfahren nutzen können. Die geplante (Wieder-)Einführung

des Verfahrens auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen wird nach derzeitigem Kenntnisstand und bei unverändertem Vorgehen Mehraufwand für die LAGen verursachen, der nur begrenzt durch zusätzliche technische Unterstützung durch das IQTIG (Stichwort mandantenfähige Datenbank) reduziert werden kann.

Die oben genannten Aufwände für das IQTIG beziehen sich auf die Verfahrenspflege der Verfahren *QS PCI*, *QS HSMDEF* und *QS KEP* im Regelbetrieb. Bei Wegfall eines dieser Verfahren werden personelle Ressourcen frei, die für die Neu- und Weiterentwicklung von Verfahren genutzt werden können. Allerdings sind auch Abschaffungen von definierten Datenfeldern für Qualitätsindikatoren mit nicht unerheblichen Aufwänden (intern und extern) verbunden, da diese Datenfelder zum einen umfassend auf Abhängigkeiten geprüft werden müssten, um die verbleibenden Datenfelder weiterhin adäquat erheben zu können. Zum anderen ist eine umfassende Anpassung an einer Spezifikation auch immer mit der Unsicherheit verbunden, dass dies korrekt und einheitlich durch die ausführenden Softwareanbieter umgesetzt wird und die QS-Dokumentationen durch die Leistungserbringer insbesondere im ersten Jahr auch weiterhin korrekt ausgefüllt werden. Eine Abschaffung eines ganzen Verfahrens ist hingegen deutlich weniger aufwändig, da sämtliche Datenfelder gestrichen werden, sodass keine Abhängigkeiten geprüft werden müssten und auch keine Unsicherheit bestünde, angepasste Datenfelder korrekt softwaretechnisch umzusetzen bzw. leistungserbringerseitig korrekt zu befüllen. Die Wiedereinführung eines Verfahrens (wie z. B. für *QS KEP* geplant) entspricht demnach wiederum einem Standardaufbauprojekt, das mit einem entsprechenden Ressourcenbedarf (gemäß neuer Kontingentplanung) einhergeht.

Zusammenfassend haben Streichungen von QS-Verfahren, Streichung von Datenfeldern und Umstellung auf sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren verringerte Dokumentationsaufwände bei den Leistungserbringern zur Folge. Die laufenden Kosten für die hierzu notwendige Software verringern sich jedoch in der Regel nicht – es sei denn, ein Leistungserbringer erbringt gar keine dokumentationspflichtigen Leistungen mehr. Die Aufwände für die Landesarbeitsgemeinschaften und das IQTIG verringern sich nicht bzw. können sich sogar vergrößern. Für die Pflege und Weiterentwicklung der Bestandsverfahren sowie die Entwicklung neuer Verfahren sollten deshalb zukünftig nicht nur die Aufwände der Leistungserbringer, sondern auch die anderer Verfahrensteilnehmer berücksichtigt werden. Dies wird insbesondere im Rahmen der anstehenden Weiterentwicklung des Stellungnahmeverfahrens eine Rolle spielen. Mit der Verbesserung der Messeigenschaften der bestehenden Indikatoren im Rahmen der Verfahrensüberprüfung wird hierzu bereits eine wesentliche Grundlage gelegt.

3 Langzeitbetrachtung von Einzelindikatorergebnissen

3.1 Deckeneffekte und Zeitverlauf

In seiner Kommentierung des Abschlussberichts bittet der G-BA das IQTIG außerdem, eine „Langzeitbetrachtung von Einzelindikatorergebnissen (z. B. Erkennen von Deckeneffekten)“ durchzuführen. Unter einem „Deckeneffekt“ wird die Beobachtung verstanden, dass die Messergebnisse nur eine geringe Varianz aufweisen und nahe am Ende der jeweiligen Skala liegen. Bei Qualitätsindikatoren kann demnach von einem Deckeneffekt gesprochen werden, wenn viele Leistungserbringer eine hohe Qualität erreichen und sich nur wenig voneinander unterscheiden. Eine hohe Qualität und eine geringe Varianz zwischen den Leistungserbringern ist durch niedrigere Werte bei den drei Kennzahlen zum Potenzial zur Verbesserung gekennzeichnet und wurde somit bei der Bewertung der Indikatoren berücksichtigt.

Langzeitergebnisse der Qualitätsindikatoren

Der Zeitverlauf von Indikatorergebnissen trifft eine Aussage über den historischen Verlauf der Qualitätsentwicklung, erlaubt aber keine Prognose, wie viel in Bezug auf das Qualitätsziel noch erreicht werden kann. Eine Extrapolation des historischen Verlaufs auf die zukünftige Entwicklung ist insbesondere deswegen nicht sinnvoll, weil jede Extrapolation von einer Konstanz der jeweiligen Rahmenbedingungen ausgeht, aber im Kontext der Qualitätssicherung eine wesentliche Rahmenbedingung, nämlich die Versorgungsqualität der Leistungserbringer, gerade nicht als konstant angenommen wird. Das zum Prüfzeitpunkt gegebene Potenzial zur Verbesserung der Versorgung beurteilt das IQTIG daher anhand des aktuellen Stands der Qualitätsergebnisse.

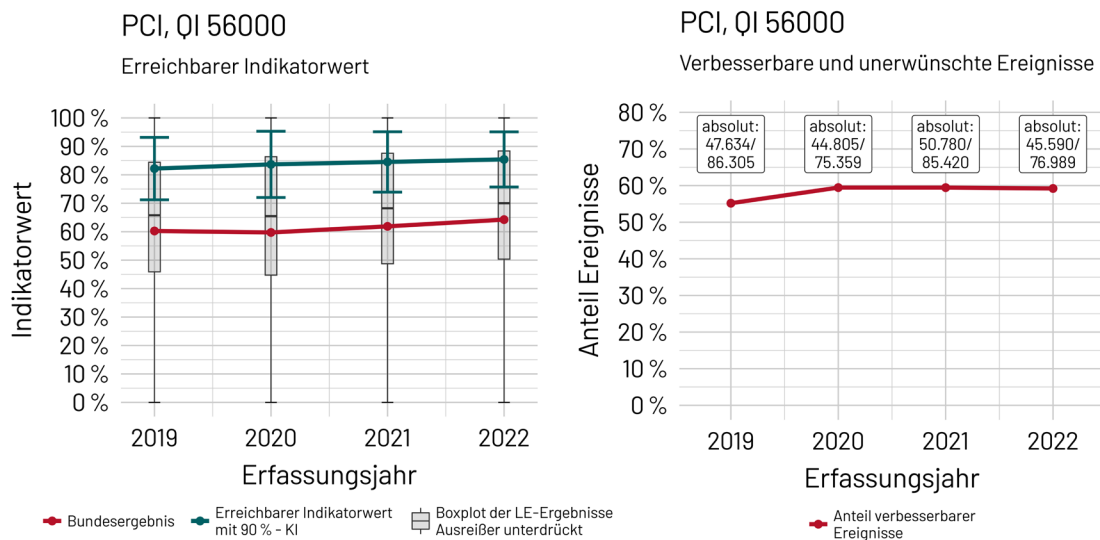
Um dem Wunsch des G-BA nach Darstellung der Langzeitergebnisse zu entsprechen, werden im Folgenden für jeden Qualitätsindikator Ergebnisse im Jahresverlauf dargestellt, dabei werden der Bundeswert, der erreichbare Indikatorwert und die verbesserbaren und unerwünschten Ereignisse im Jahresverlauf gegenübergestellt.

Die Daten zu den im Abschlussbericht zur Abschaffung vorgeschlagenen Indikatoren finden sich im Anhang.

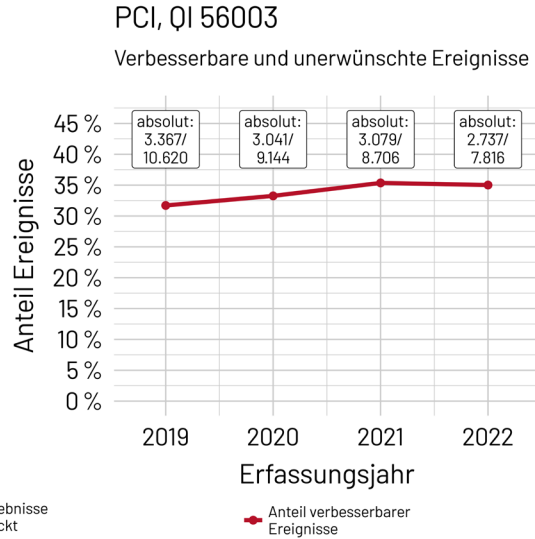
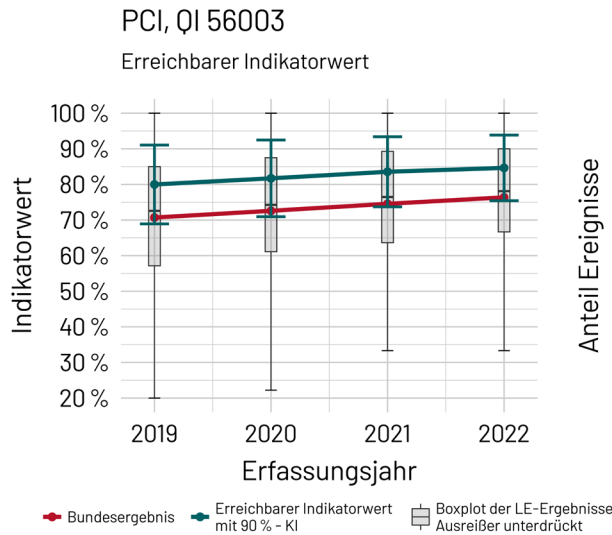
3.2 QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*

56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 50.780 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 57,76 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung. Allerdings lässt sich aufgrund der eingeschränkten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals das Potenzial zur Verbesserung nicht angemessen anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen.

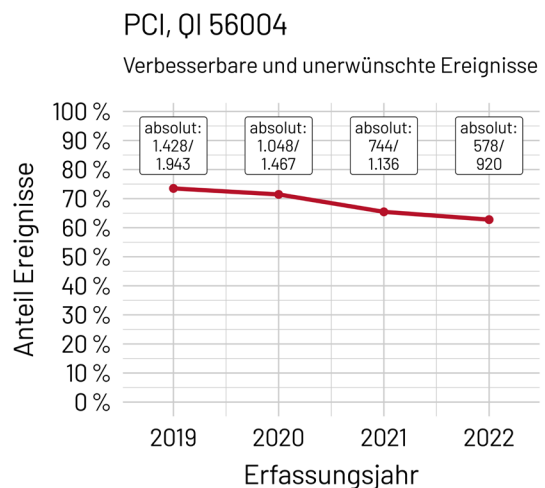
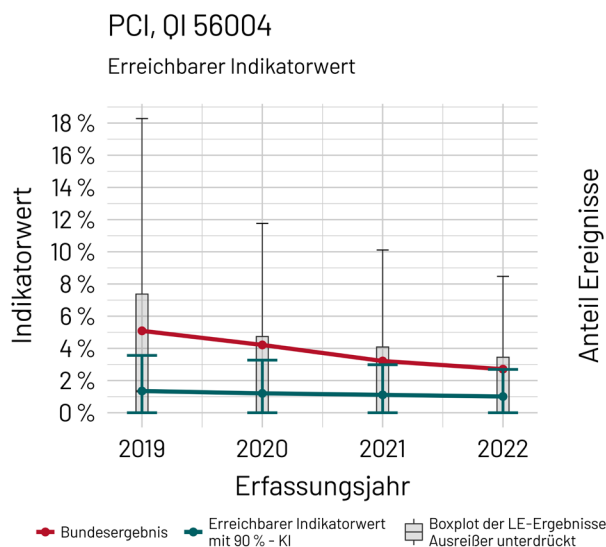


56003: „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als hoch eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils von 39,14 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung.



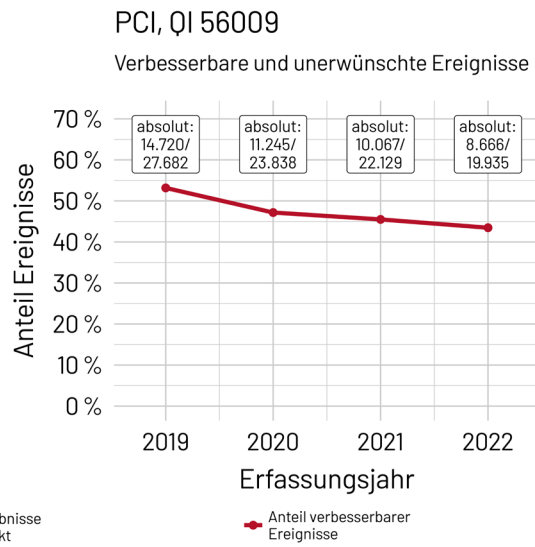
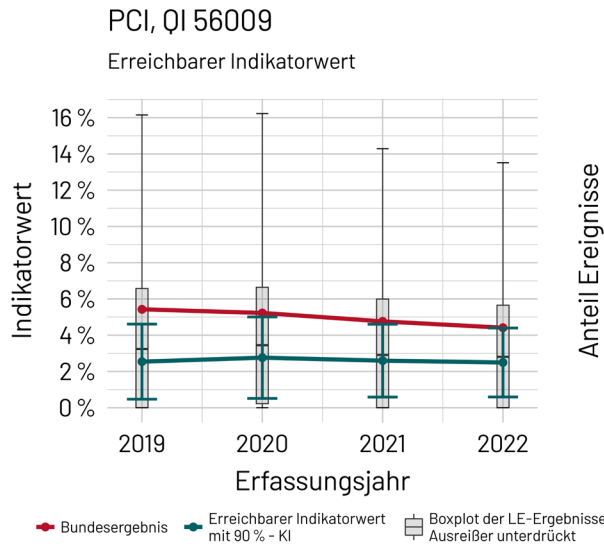
56004: „Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **eher hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre die Bewertung der Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils von 23,59 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergäbe sich ein eher hohes Potenzial zur Verbesserung.



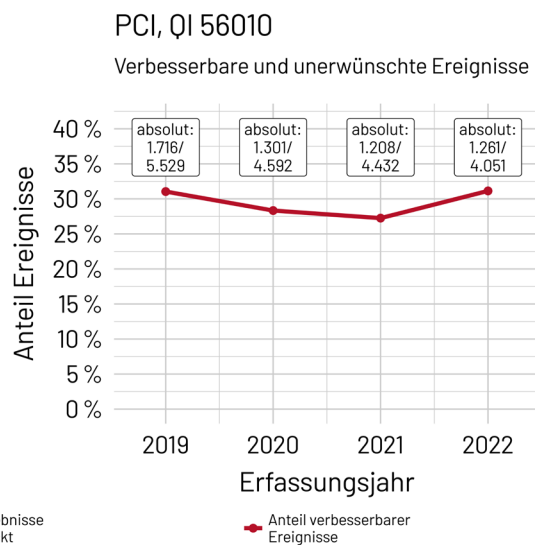
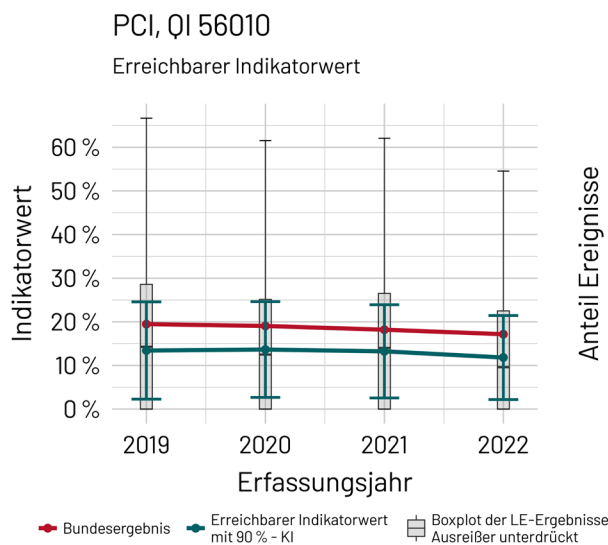
56009: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 10.067 verbesserbaren Ereignissen und eines Anteils von 36,33 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung.



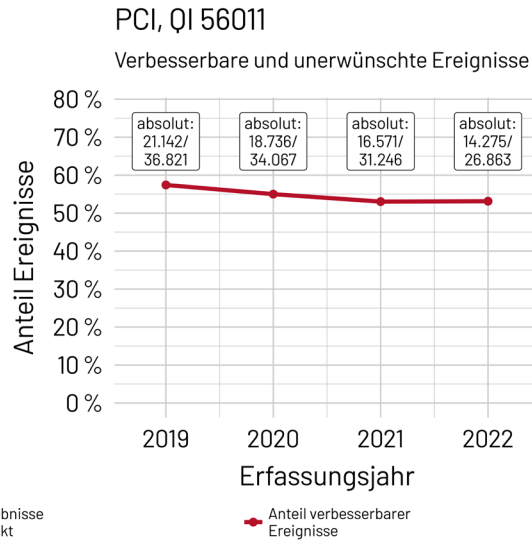
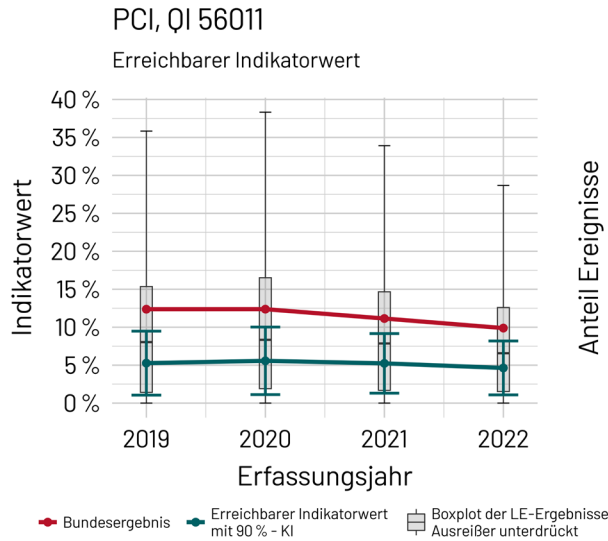
56010: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **eher hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 1.208 verbesserbaren Ereignissen und eines Anteils von 20,95 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein eher hohes Potenzial zur Verbesserung.



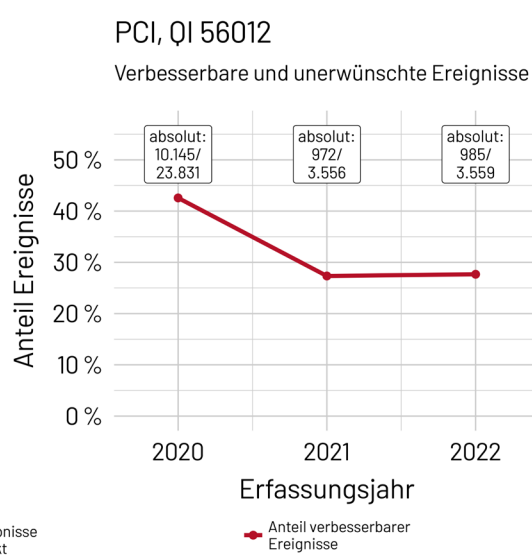
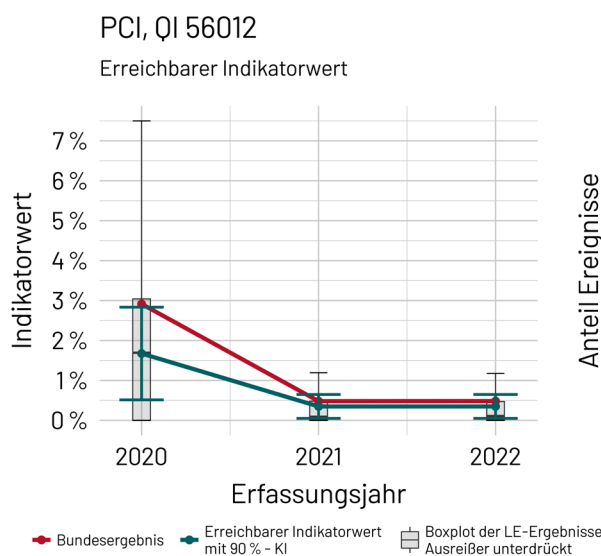
56011: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 16.570 verbesserbaren Ereignissen und eines Anteils von 46,20% Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung.

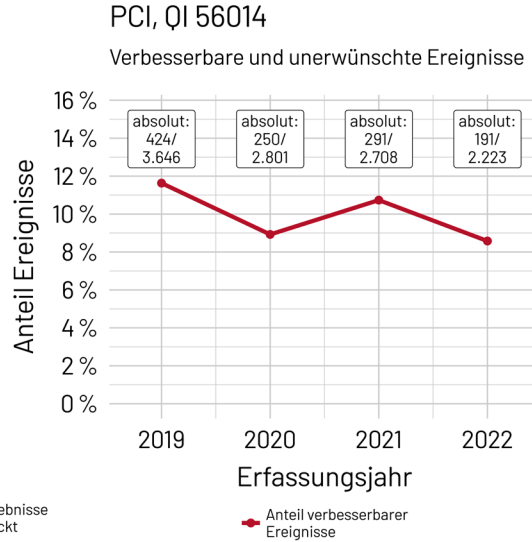
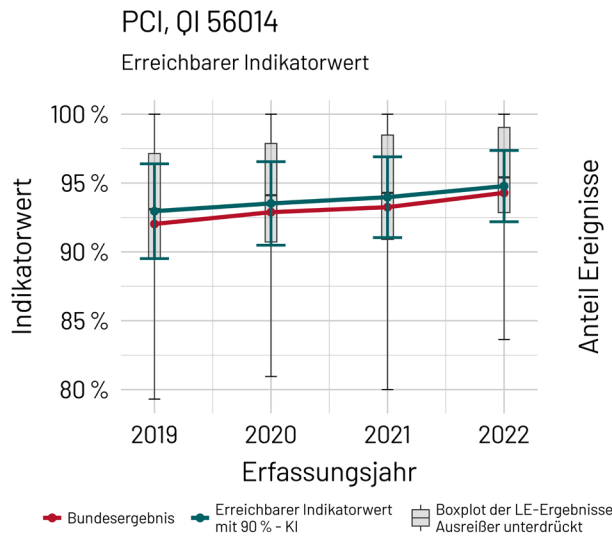


56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 972 verbesserbaren Ereignissen und eines Anteils von 13,38 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.

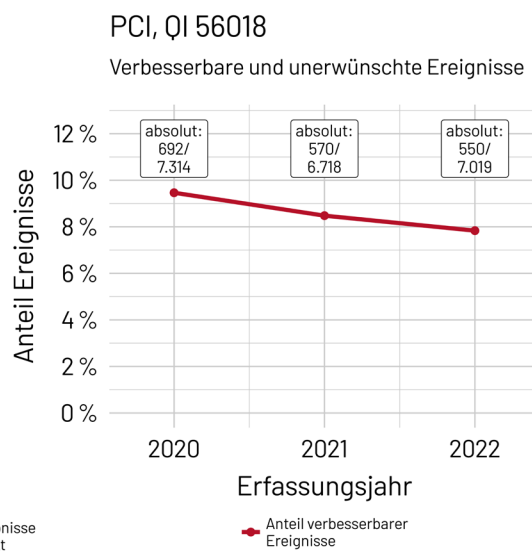
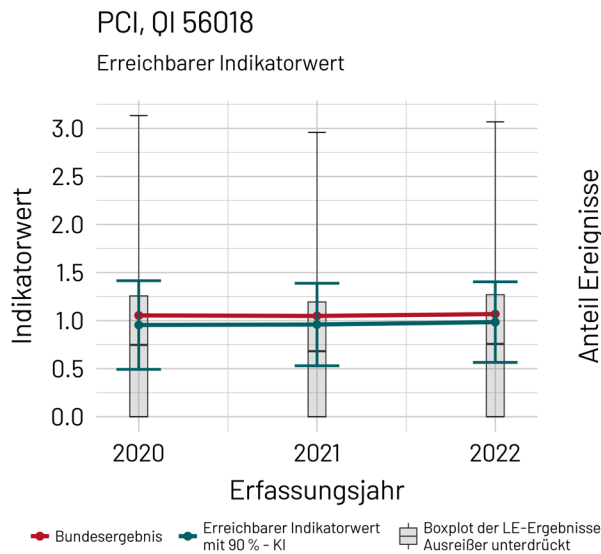


56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 291 verbesserbaren Ereignissen ergab sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



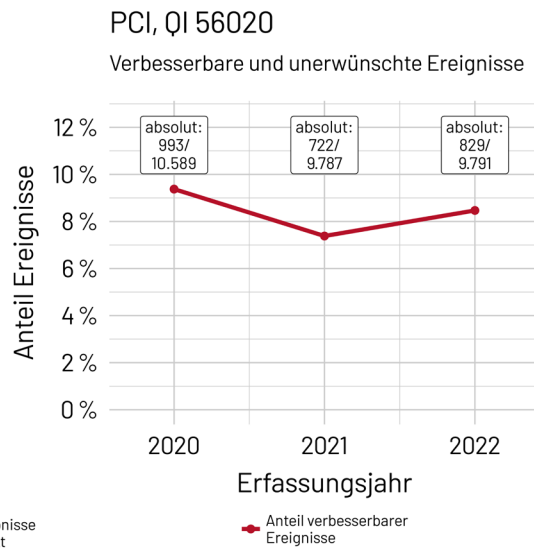
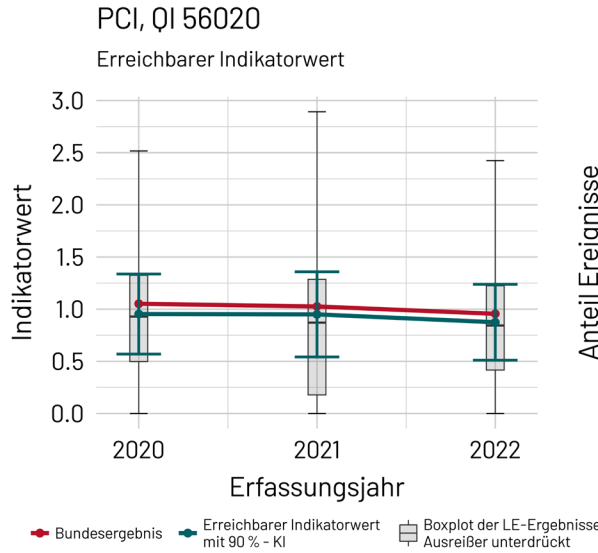
56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 570 verbesserbaren Ereignissen ergab sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



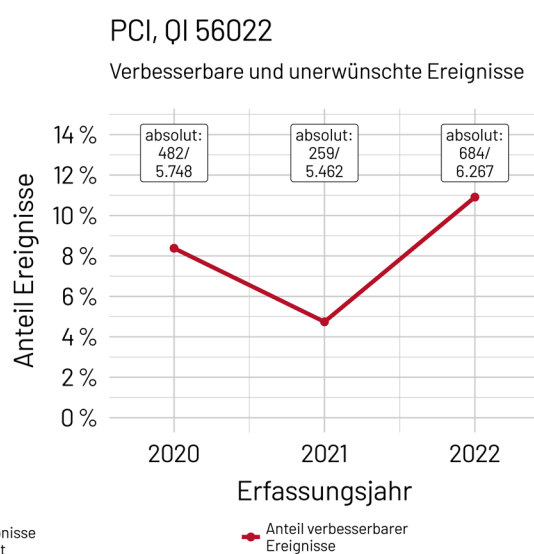
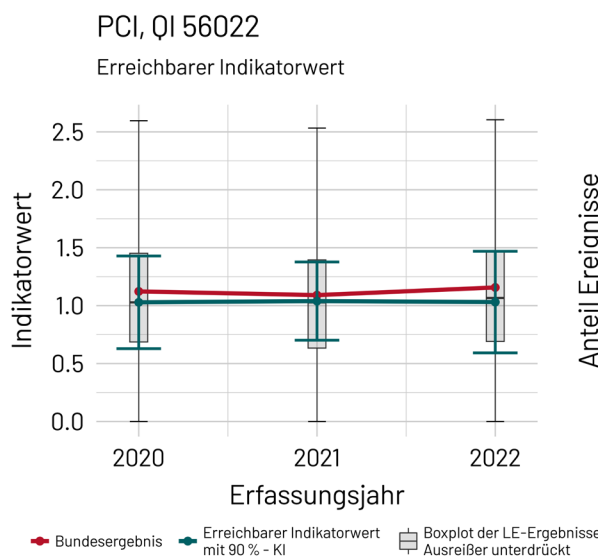
56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 722 verbesserbaren Ereignissen eines Anteils von 12,74 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

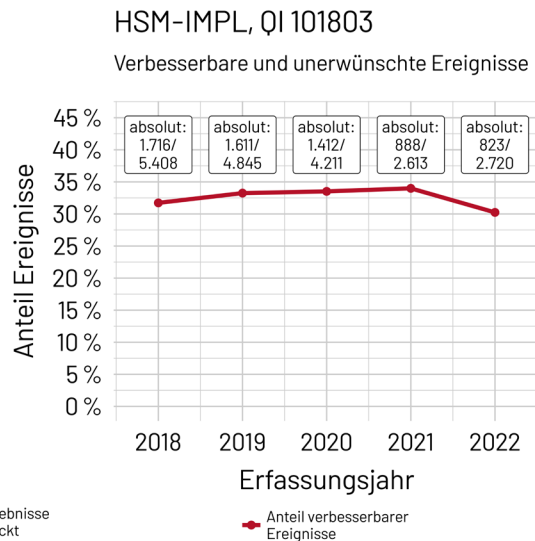
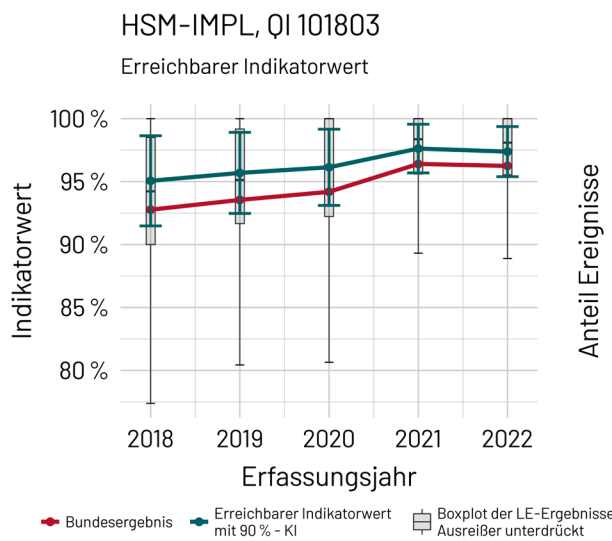
Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 259 verbesserbaren Ereignissen ergab sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



3.3 QS-Verfahren Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

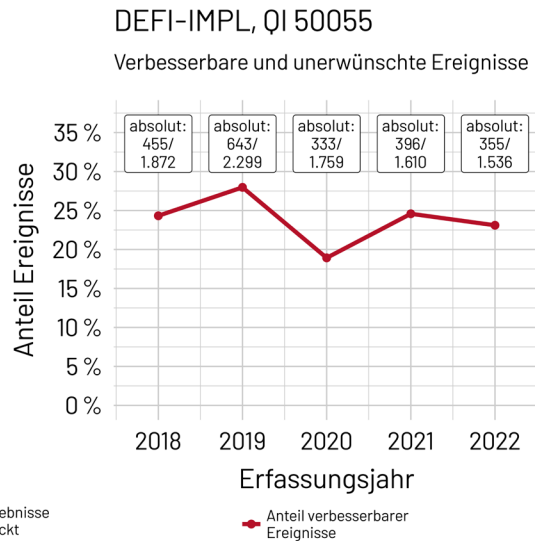
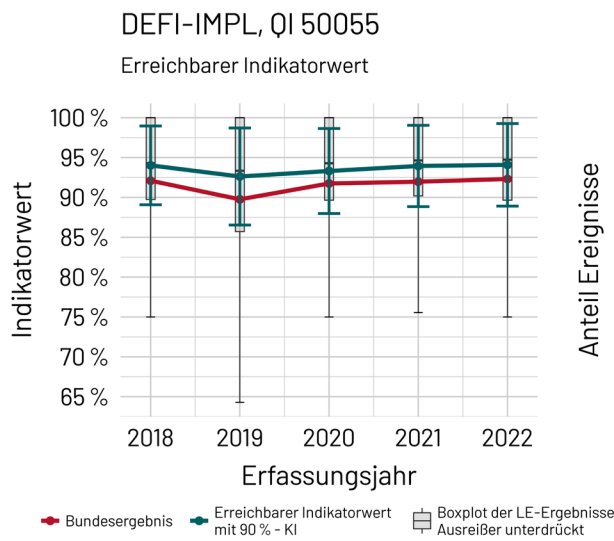
HSM-IMPL: Leitlinienkonforme Indikation (ID 101803)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 101803 aus HSM-IMPL wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 888 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 15,78 % Leistungserbringern mit statistisch signifikanten Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert ergibt sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



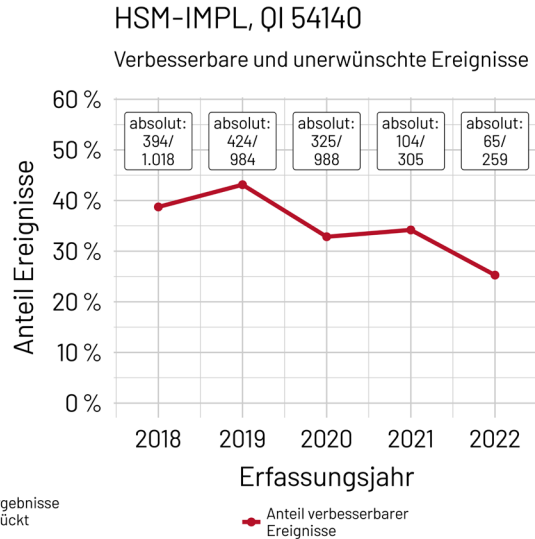
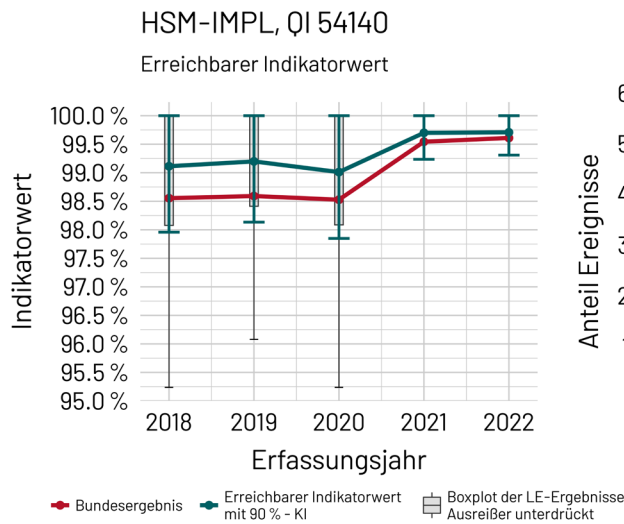
DEFI-IMPL: Leitlinienkonforme Indikation (ID 50055)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 50055 aus DEFI-IMPL würde anhand der quantitativen Kriterien als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 396 verbesserbaren Ereignissen ergäbe sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (siehe Eignungskriterium Datenqualität) das Potenzial zur Verbesserung nicht angemessen anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen.



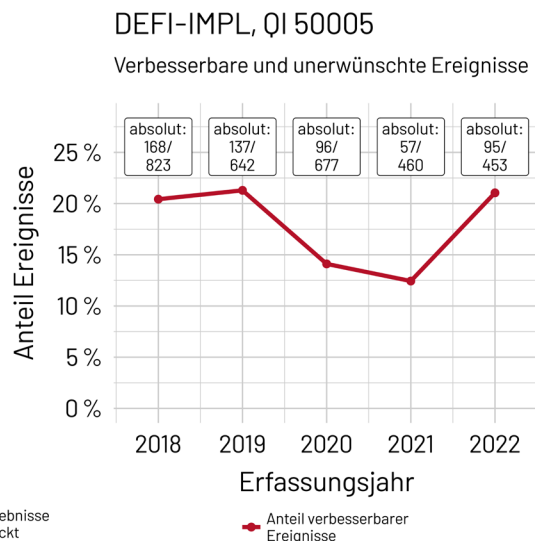
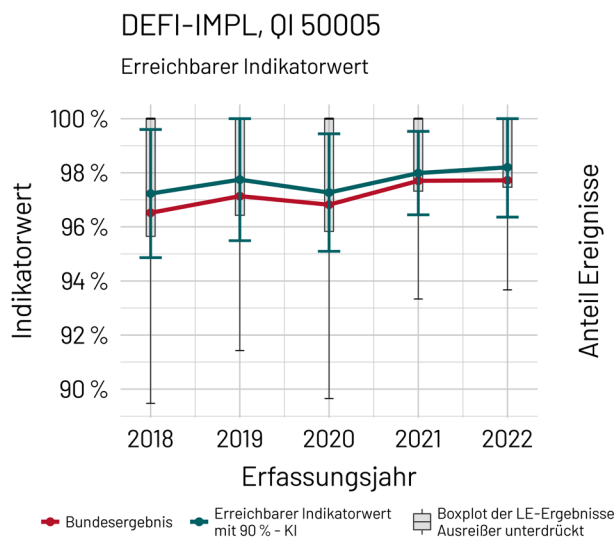
HSM-IMPL: Leitlinienkonforme Systemwahl (ID 54140)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 54140 aus HSM-IMPL wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 1, nach der 104 verbesserbare Ergebnisse vorlagen.



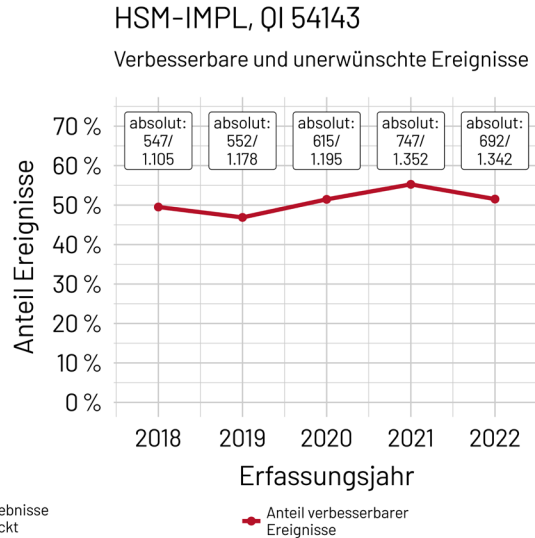
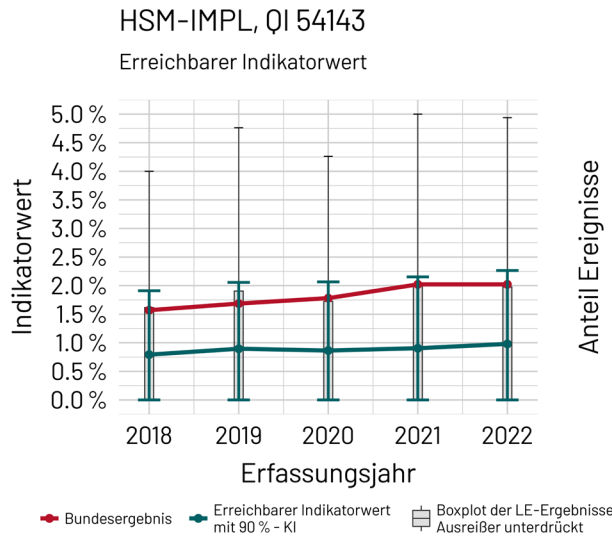
DEFI-IMPL: Leitlinienkonforme Systemwahl (ID 50005)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 50005 aus DEFI-IMPL würde anhand der quantitativen Kriterien als **eher gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre die Bewertung der Kennzahl 1. Hiernach lägen bei den Patientinnen und Patienten 57 verbesserbare Ergebnisse vor. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (siehe Eignungskriterium Datenqualität) das Potenzial zur Verbesserung nicht angemessen anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen.



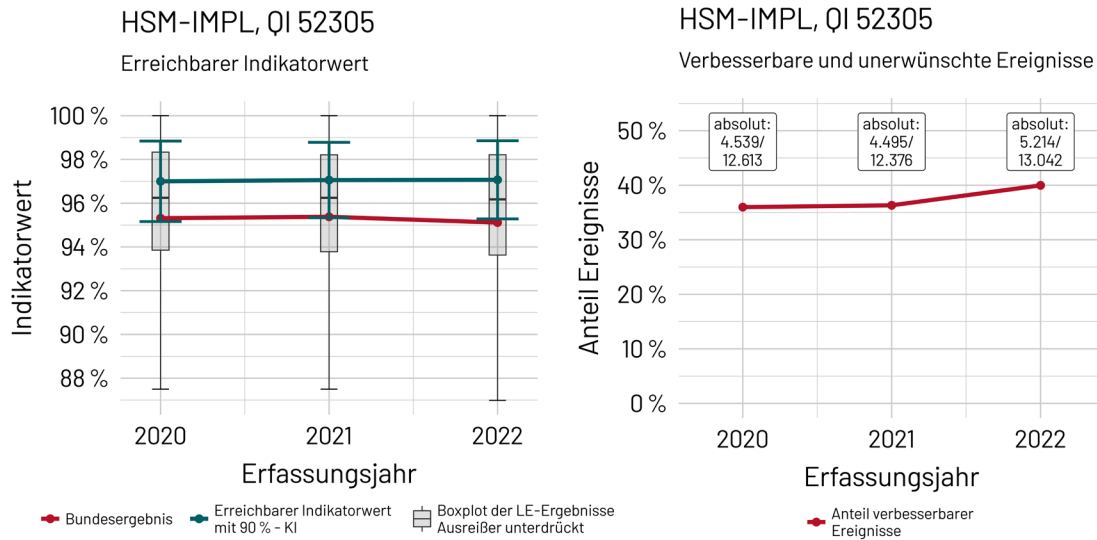
HSM-IMPL: Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern (ID 54143)

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 747 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 15,60 % Leistungserbringern mit statistisch signifikanten Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert ergibt sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



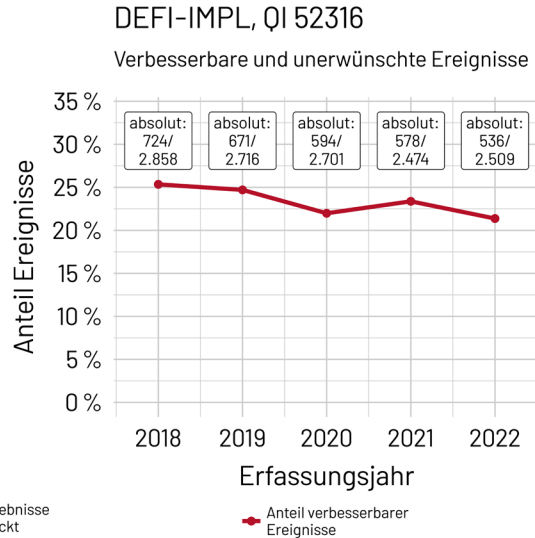
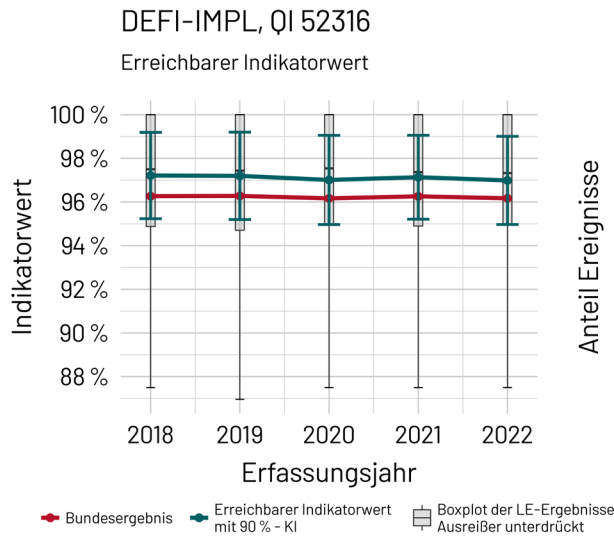
HSM-IMPL: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen (ID 52305)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 52305 aus HSM-IMPL wird als **hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 2, da der Anteil der Leistungserbringer, die im Erfassungsjahr 2021 statistisch signifikante Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert aufweisen, bei 35,89 % lag.



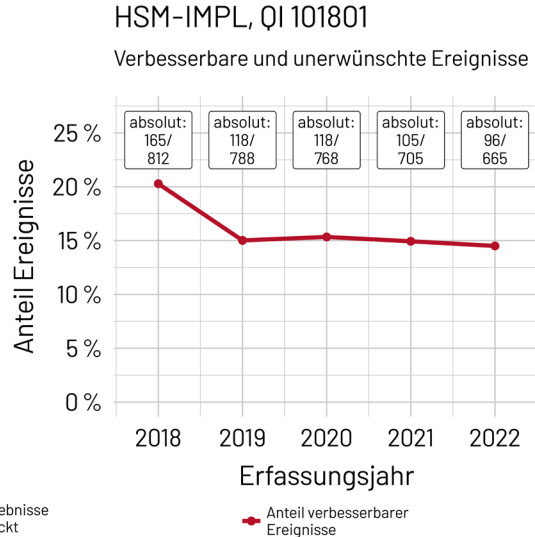
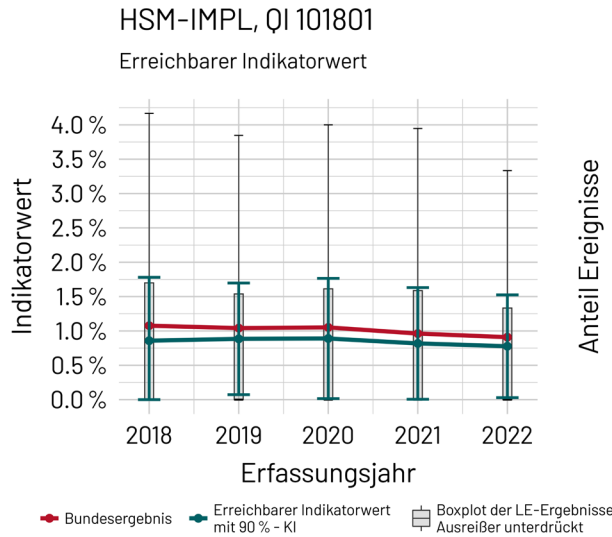
DEFI-IMPL: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen (ID 52316)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 52316 aus DEFI-IMPL wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Die Anzahl verbesserbarer Ereignisse bei den Patientinnen und Patienten lag im Erfassungsjahr 2021 bei 578 und der Anteil der Leistungserbringer mit statistisch signifikanten Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert belief sich auf 16,32 %.



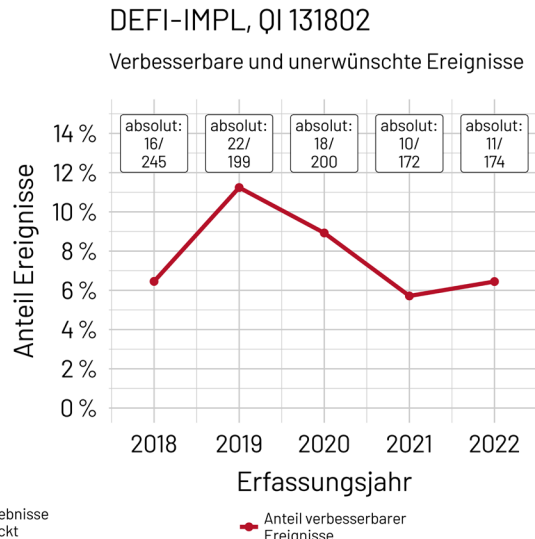
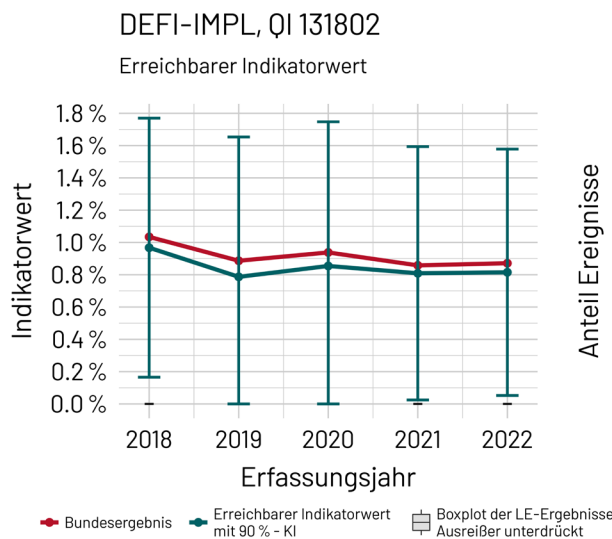
HSM-IMPL: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) (ID 101801)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 101801 aus HSM-IMPL wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 105 verbesserbaren Ereignissen ergibt sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



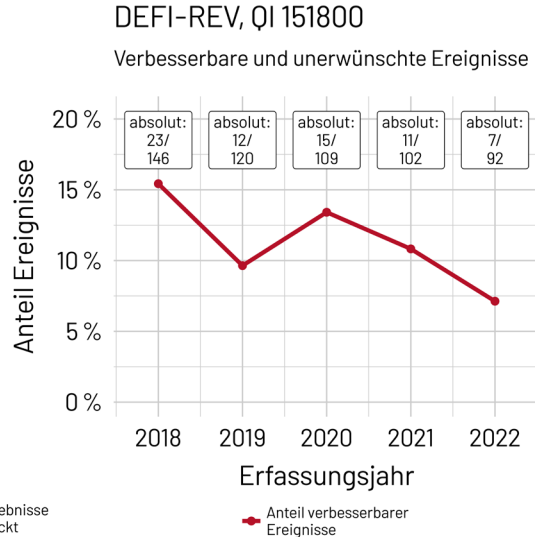
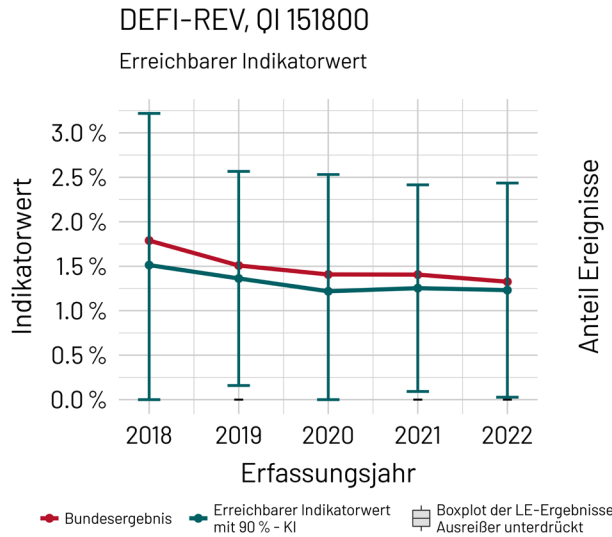
DEFI-IMPL: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) (ID 131802)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 131802 aus DEFI-IMPL wird als **gering** eingeschätzt. Auf Grundlage von 10 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 4,92 % Leistungserbringern mit statistisch signifikanten Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert und einem Anteil von 0,41 % Leistungserbringern mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ ergibt sich die Gesamteinschätzung eines geringen Potenzials zur Verbesserung.



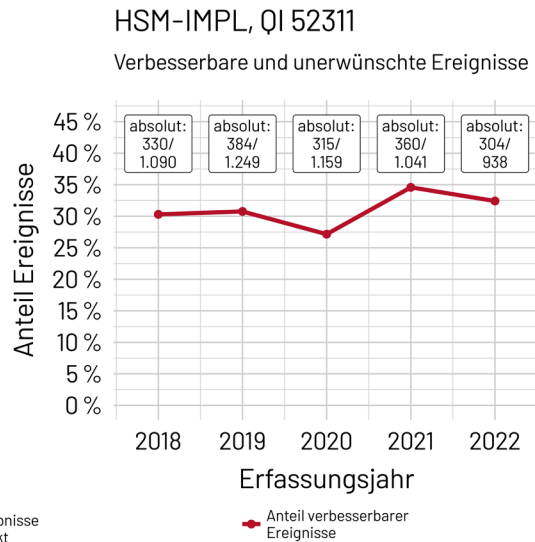
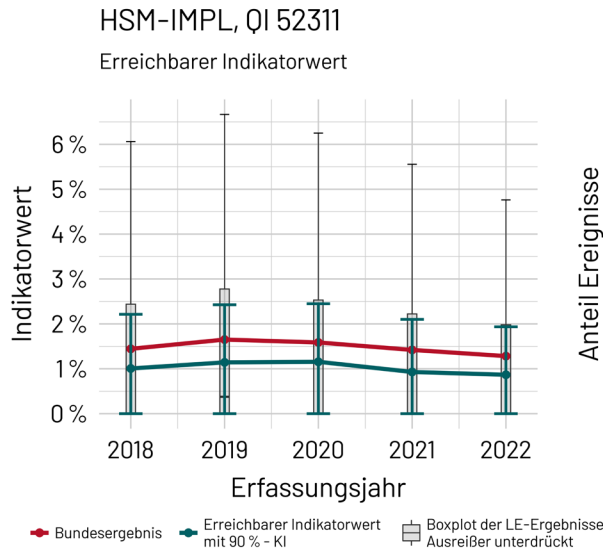
DEFI-REV: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) (ID 151800)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 151800 aus DEFI-REV wird als **eher gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 11 verbesserbaren Ereignissen ergibt sich die Gesamteinschätzung eines eher geringen Potenzials zur Verbesserung.



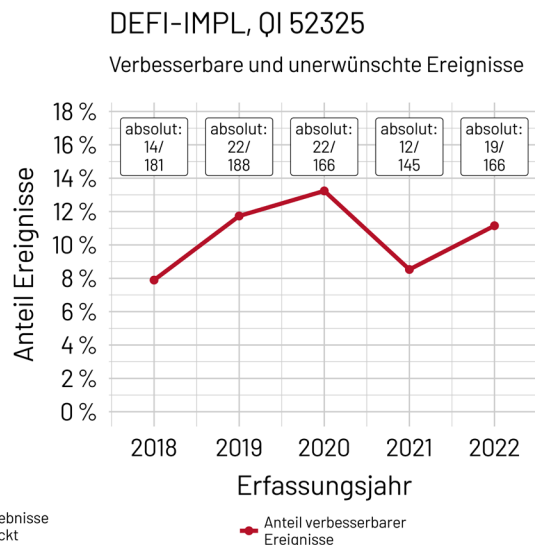
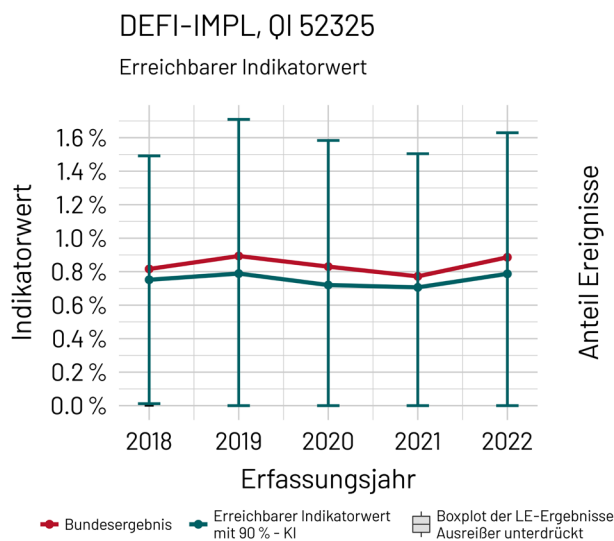
HSM-IMPL: Sondendislokation oder -dysfunktion (ID 52311)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 52311 aus HSM-IMPL wird als **eher hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung ist die Bewertung der Kennzahl 3. Auf Grundlage eines Anteils der Leistungserbringer, die im Erfassungsjahr 2021 im Stellungnahmeverfahren als „qualitativ auffällig“ eingestuft wurden, von 4,06 % ergibt sich ein eher hohes Verbesserungspotenzial.



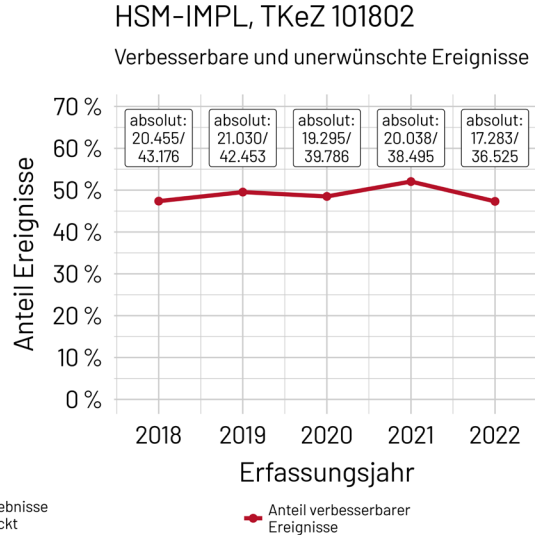
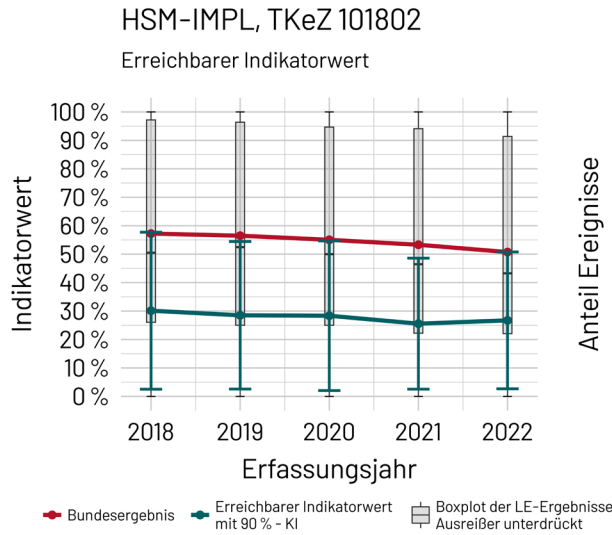
DEFI-IMPL: Sondendislokation oder -dysfunktion (ID 52325)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 52325 aus DEFI-IMPL wird als **eher gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung war die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 12 verbesserbaren Ereignissen ergibt sich ein eher geringes Verbesserungspotenzial.



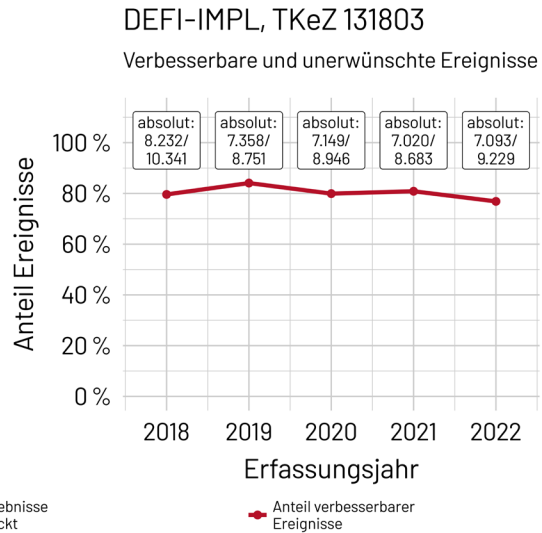
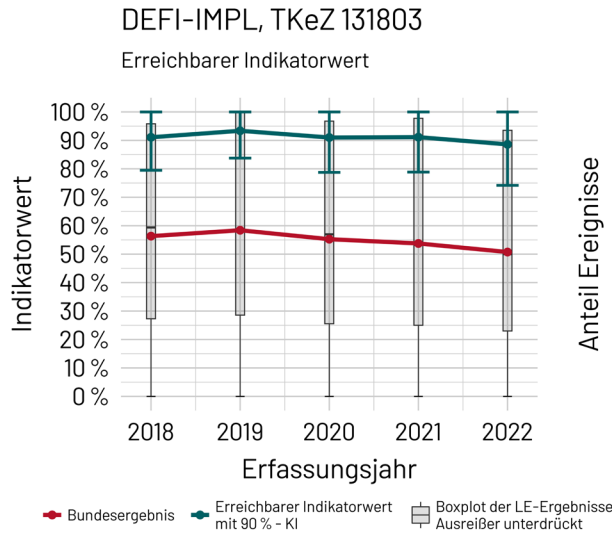
HSM-IMPL: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden (ID 101802)

Das **Potenzial zur Verbesserung** bei der Kennzahl 101802 aus HSM-IMPL wird als **hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 20.038 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 56,50 % Leistungserbringern, deren Ergebnis im Erfassungsjahr 2021 vom erreichbaren Kennzahlwert abwich, ergibt sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung.



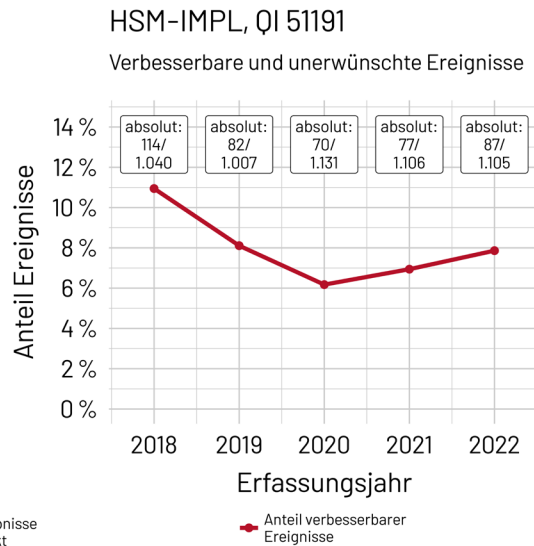
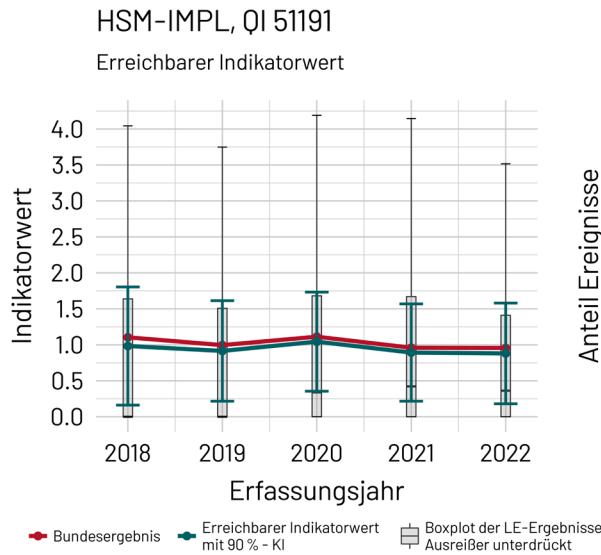
DEFI-IMPL: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden (ID 131803)

Das **Potenzial zur Verbesserung** bei der Kennzahl 131803 aus DEFI-IMPL wird als **hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 2. Auf Grundlage von einem Anteil von 60,11 % an Leistungserbringern, deren Ergebnis im Erfassungsjahr 2021 vom erreichbaren Kennzahlwert abwich, ergibt sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung.



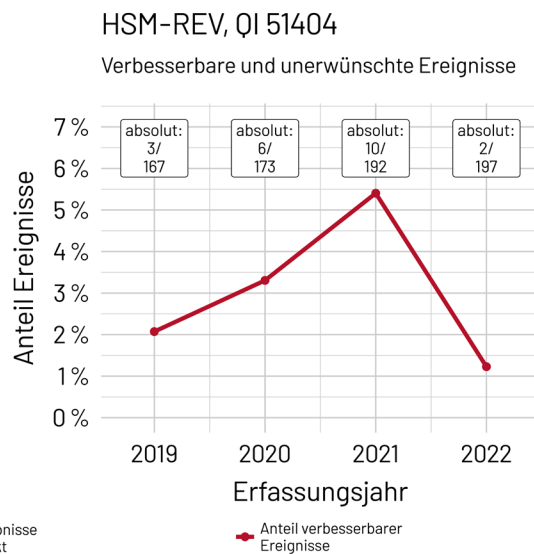
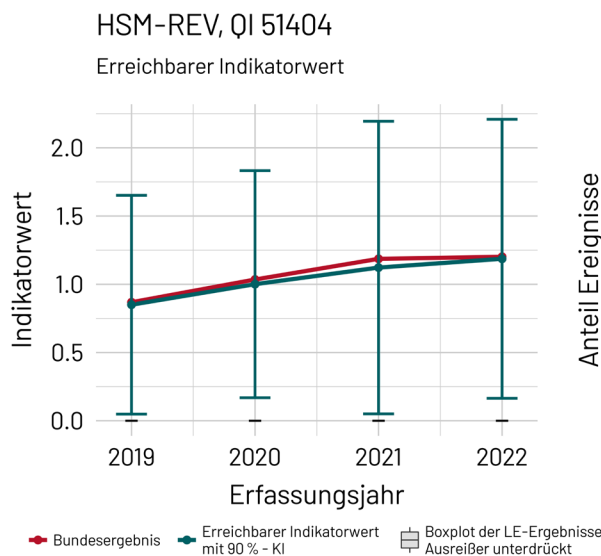
HSM-IMPL: Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 51191)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 51191 aus HSM-IMPL wird als **eher gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 77 verbesserbaren Ereignissen im Erfassungsjahr 2021 und einem Anteil der Leistungserbringer mit vom erreichbaren Indikatorwert abweichenden Ergebnissen von 8,53 % ergibt sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung.



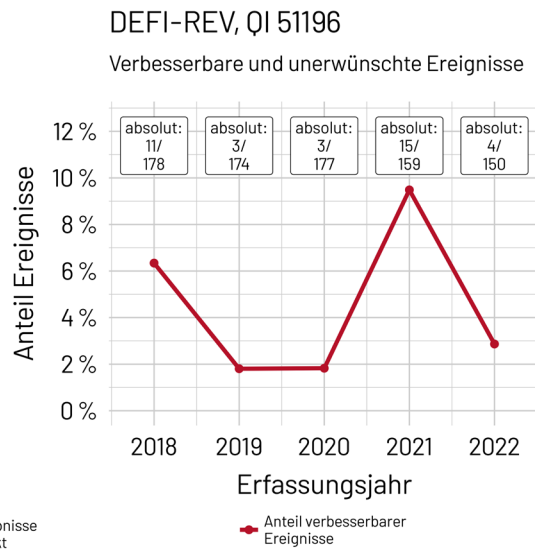
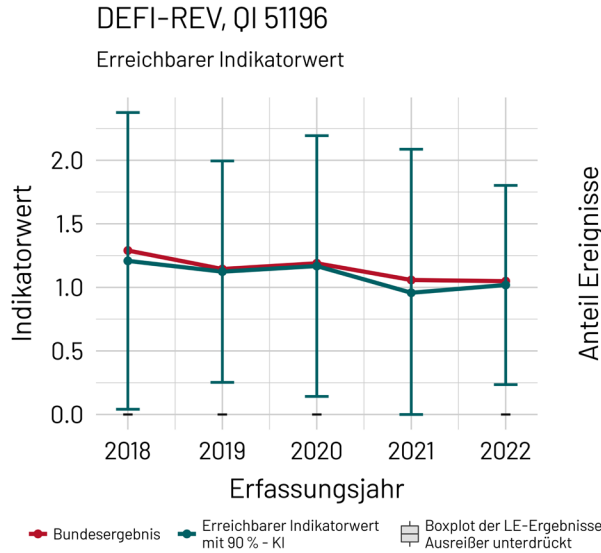
HSM-REV: Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 51404)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 51404 aus HSM-REV wird als **eher gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 10 verbesserbaren Ereignissen im Erfassungsjahr 2021 ergibt sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung.



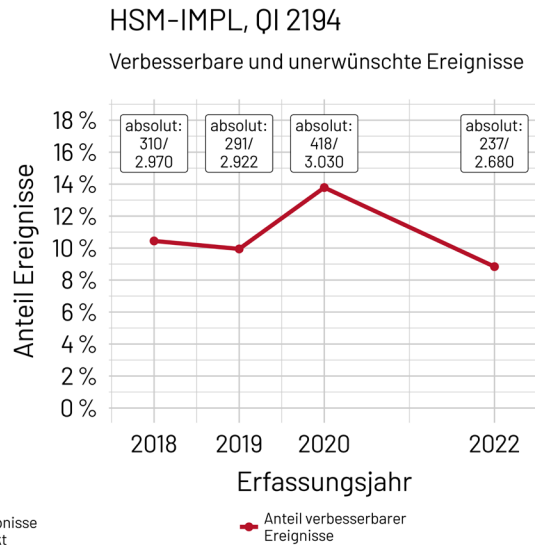
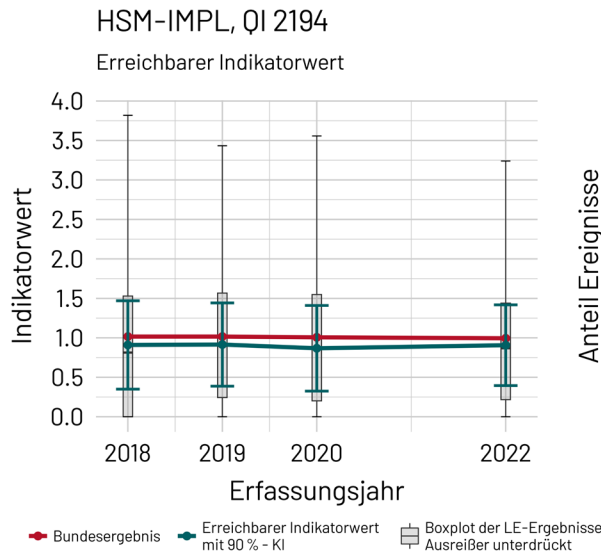
DEFI-REV: Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 51196)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 51196 aus DEFI-REV wird als **eher gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 15 verbesserbaren Ereignissen im Erfassungsjahr 2021 ergibt sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung.



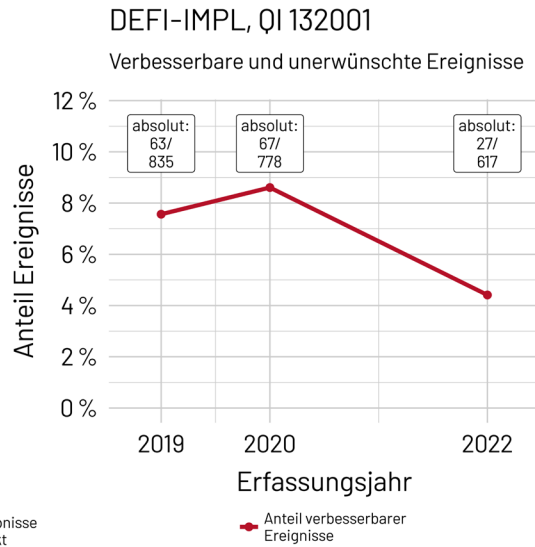
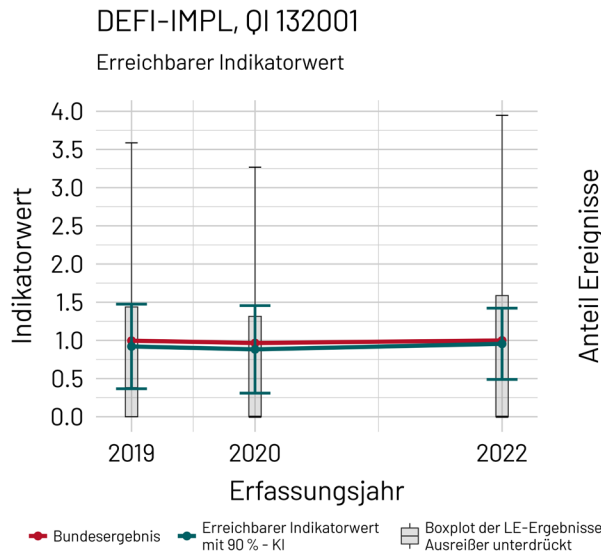
HSM-IMPL: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (ID 2194)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 2194 aus HSM-IMPL wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 418 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 13,06 % der Leistungserbringer, deren Ergebnisse statistisch signifikante Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert aufwiesen, ergibt sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



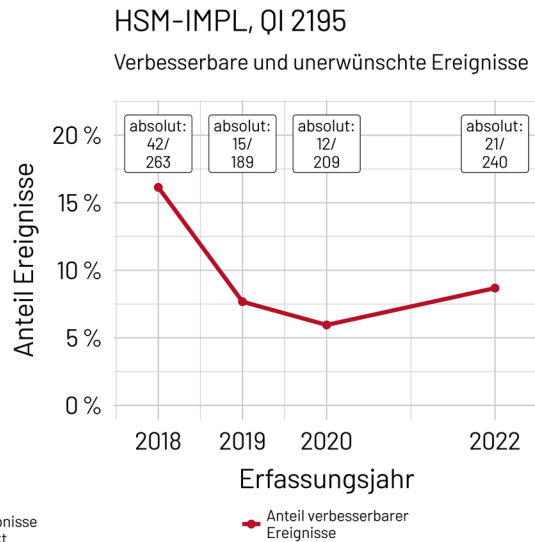
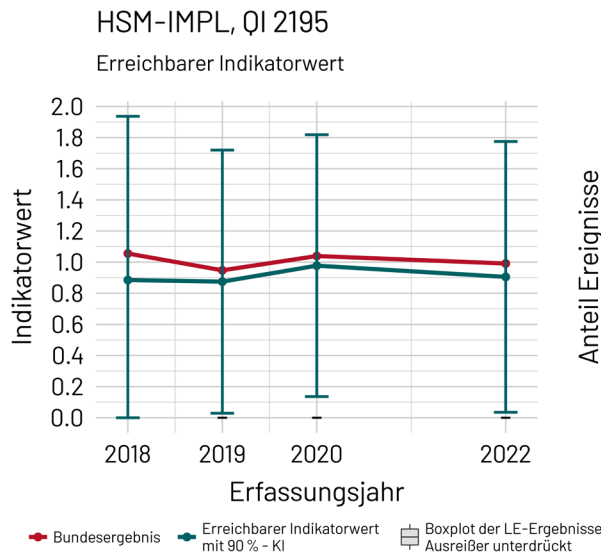
DEFI-IMPL: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (ID 132001)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 132001 aus DEFI-IMPL wird als **eher gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 67 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 6,64 % der Leistungserbringer, deren Ergebnisse statistisch signifikante Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert aufwiesen, ergibt sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung.



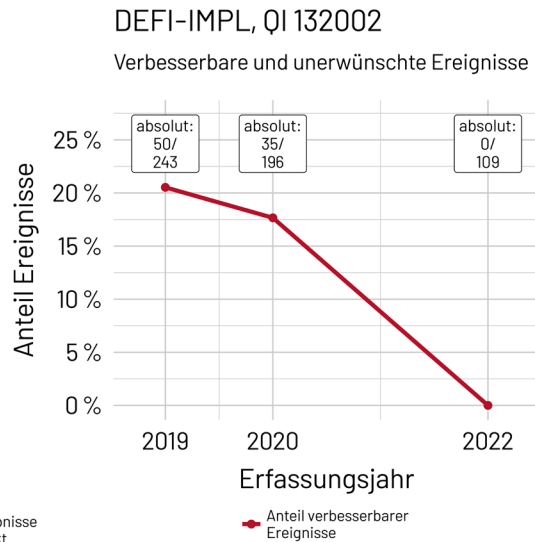
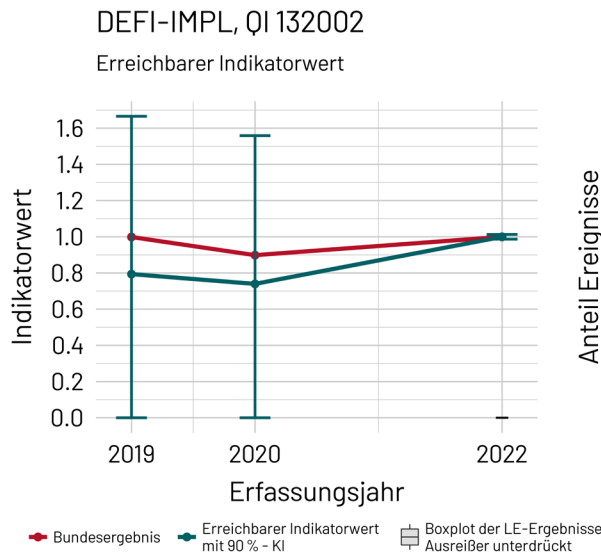
HSM-IMPL: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (ID 2195)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 2195 aus HSM-IMPL wird als **eher gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 12 verbesserbaren Ereignissen ergab sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung.



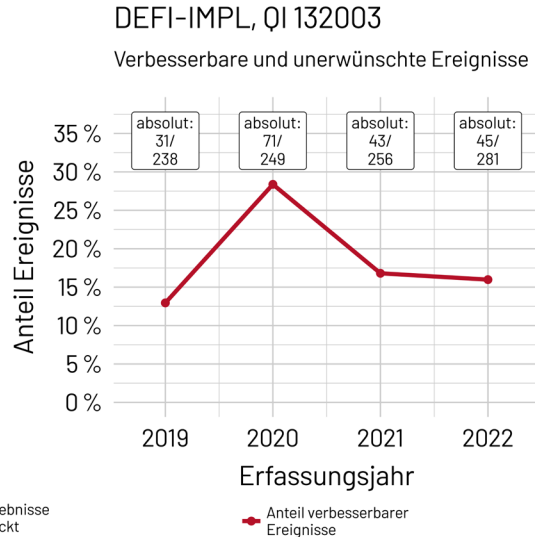
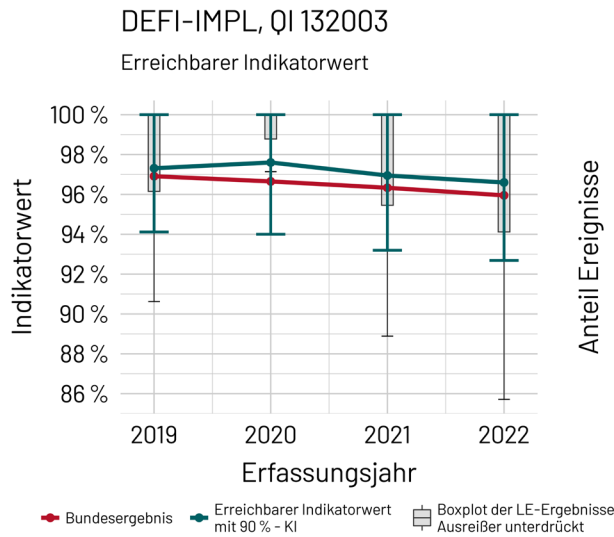
DEFI-IMPL: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (ID 132002)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 132002 aus DEFI-IMPL wird als **eher gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 35 verbesserbaren Ereignissen ergibt sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung.



DEFI-IMPL: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation (ID 132003)

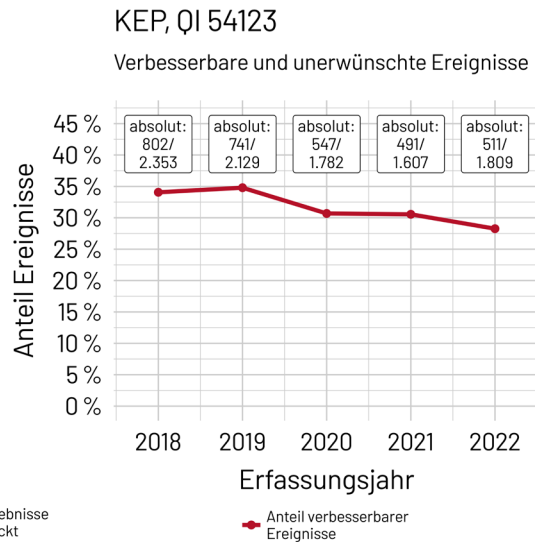
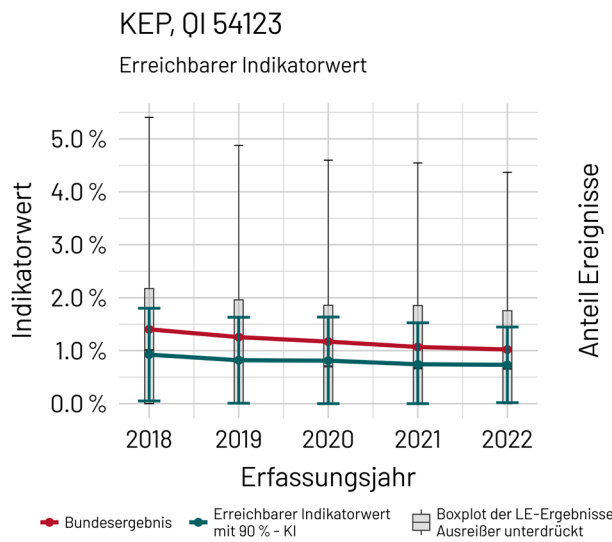
Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 132003 aus DEFI-IMPL wird als **eher gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 43 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil der Leistungserbringer, bei denen eine statistisch signifikante Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert vorlag, von 8,33 %, ergibt sich ein eher geringes Verbesserungspotenzial.



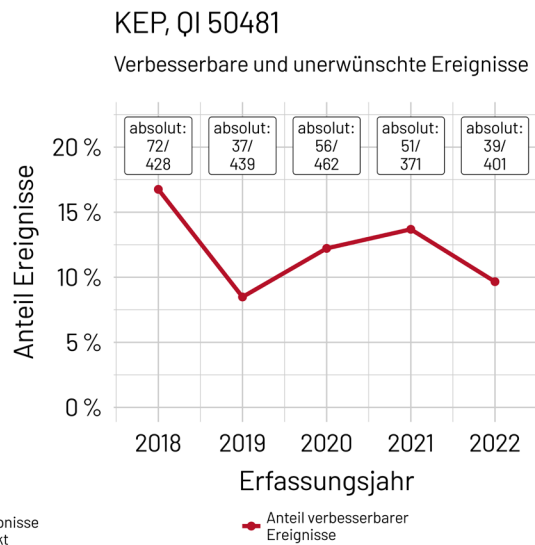
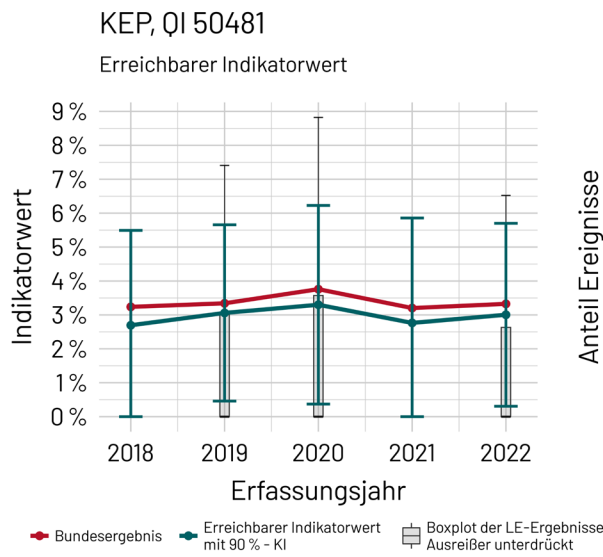
3.4 QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

54123: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

Das **Potenzial zur Verbesserung** würde bei angemessener Operationalisierung als **mittel** für den Indikator 54123 eingeschätzt werden. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre bei diesem Indikator die Bewertung der Kennzahl 1. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (s. u.) das Potenzial zur Verbesserung nicht angemessen anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen. Beim Indikator 54123 ergab sich auf Grundlage von 491 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 16,7 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial für das Erfassungsjahr 2021 ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.

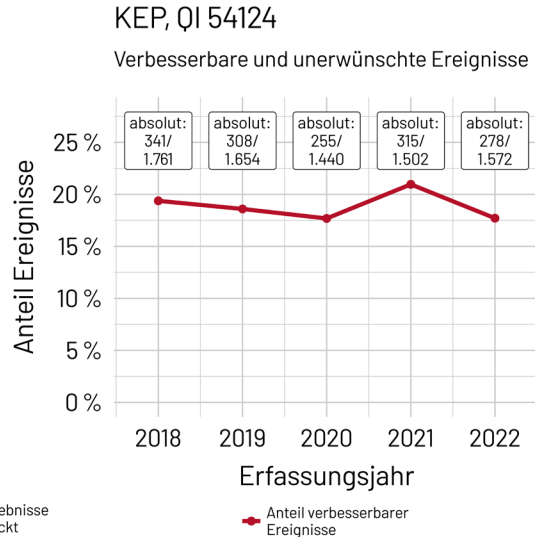
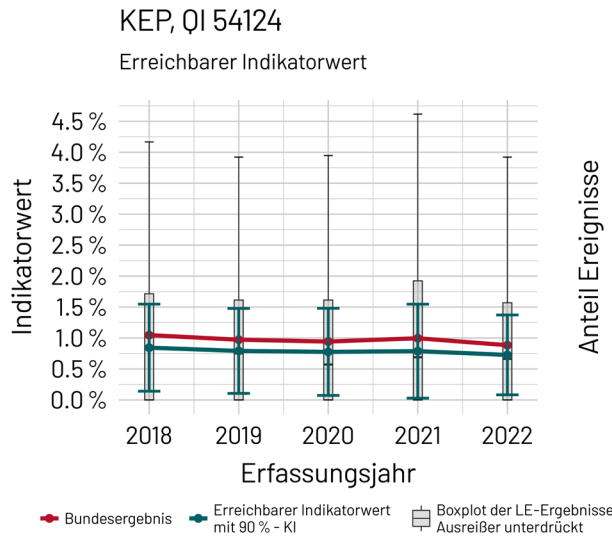


50481: Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Das **Potenzial zur Verbesserung** würde bei angemessener Operationalisierung als **eher gering** für den Indikator 50481 eingeschätzt werden. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre bei diesem Indikator die Bewertung der Kennzahl 1. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (s. u.) das Potenzial zur Verbesserung nicht angemessen anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen. Beim Indikator 50481 ergab sich auf Grundlage von 51 verbesserbaren Ereignissen ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung.



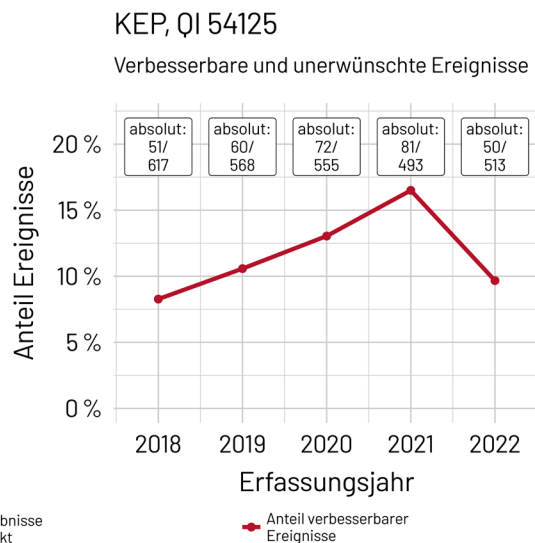
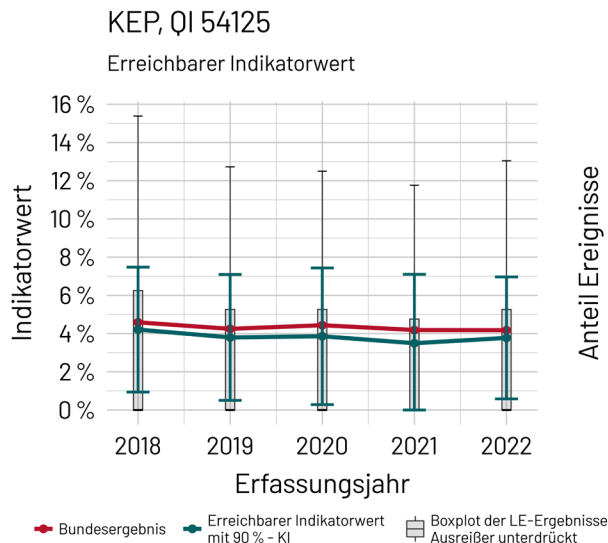
54124: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **mittel** für den Indikator 54124 eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Beim Indikator 54124 ergab sich auf Grundlage von 315 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 13,4 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



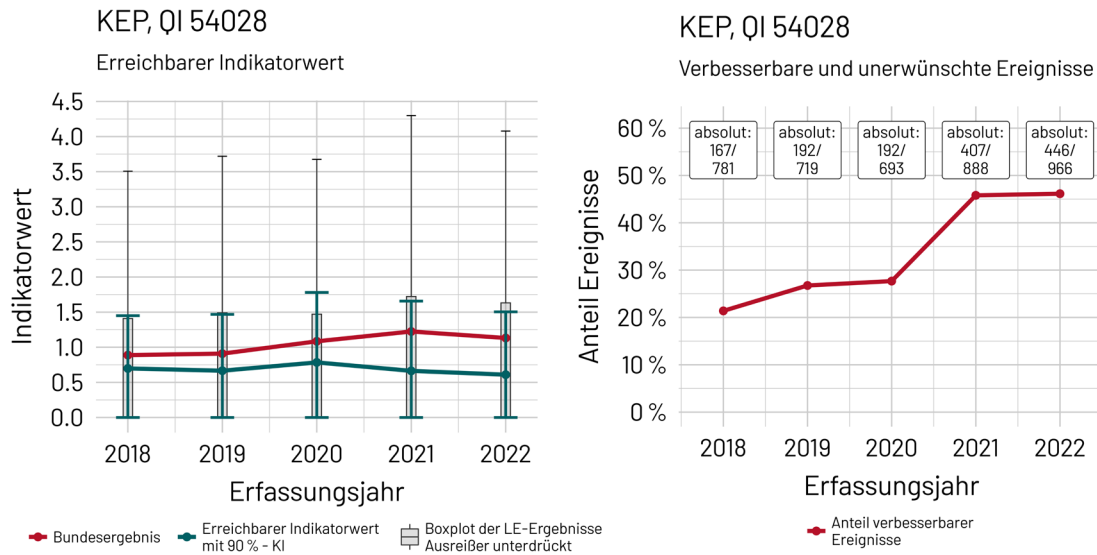
54125: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **eher gering** für den Indikator 54125 eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Beim Indikator 54125 ergab sich auf Grundlage von 81 verbesserbaren Ereignissen ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung.



54028: Gehunfähigkeit bei Entlassung

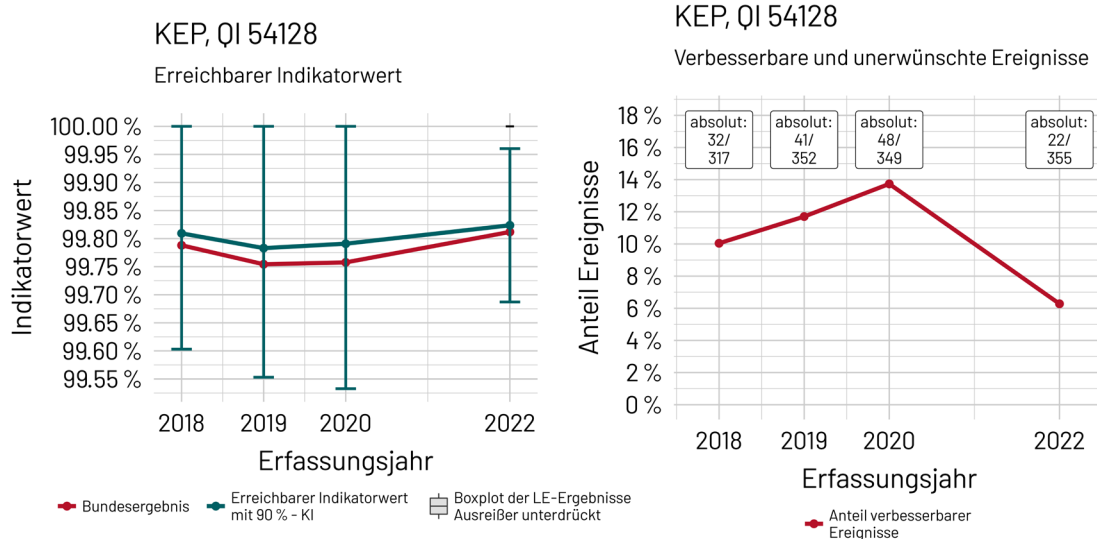
Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 407 verbesserbaren Ereignissen ergab sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



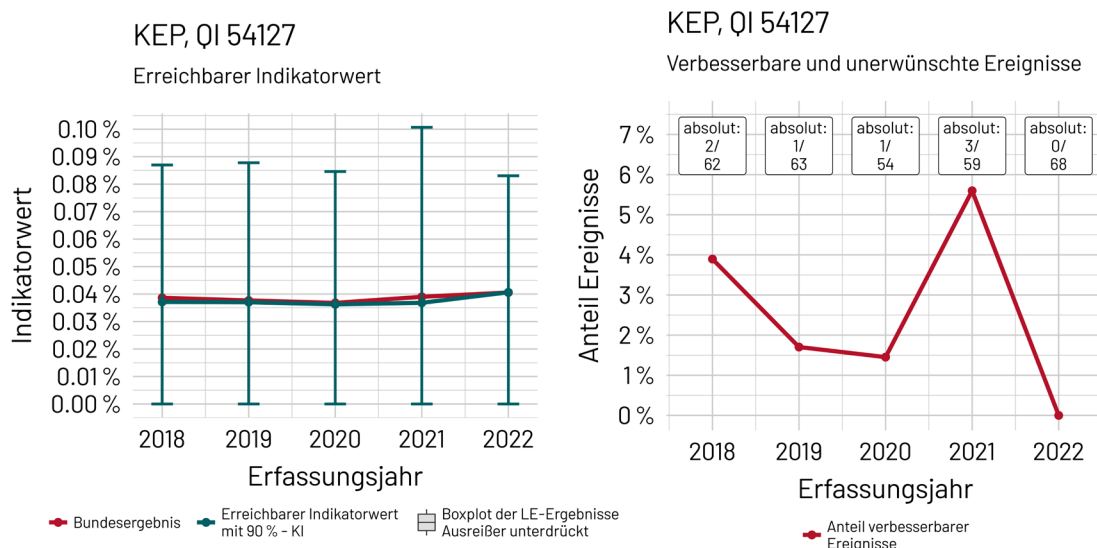
202300: Treppensteigen bei Entlassung (Kennzahl)

Die Einschätzung des **Potenzials zur Verbesserung** kann für diese Kennzahl nur **limitiert** erfolgen, da sie erstmals zum Erfassungsjahr 2023 berichtet wird. Entsprechend liegen auch keine Zeitverläufe vor.

54128: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **eher gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 48 verbesserbaren Ereignissen ergab sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung.



54127: Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Das **Potenzial zur Verbesserung** würde bei angemessener Operationalisierung als **gering** eingeschätzt, da alle drei Kennzahlen dieses Eignungskriteriums als gering beurteilt werden. Im Erfassungsjahr 2021 gab es nur drei verbesserbare Ereignisse, einen Anteil von 4,4 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial und 0,1 % Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis.



Die Einschätzung des Verbesserungspotenzial ist jedoch aufgrund der eingeschränkten Validität (s. u.) nicht aussagekräftig. Aufgrund dessen wurde eine Anpassung der Rechenregel und deren Auswirkung geprüft. Die Grundgesamtheit wurde auf alle Fälle im Verfahren ausgeweitet und nicht auf Patientinnen und Patienten mit einer geringen Sterbewahrscheinlichkeit eingeschränkt. Für die Risikoadjustierung wurden die bisher verwendeten (Risiko-)Faktoren der Fälle (mit Ausnahme der Polytrauma-Fälle) mit geringer Sterbewahrscheinlichkeit verwendet. Die angepasste Rechenregel der Kriterien zum Verbesserungspotenzial zeigt ein leicht höheres Potenzial zur Verbesserung. Auf Grundlage von 13 verbesserbaren Ereignissen würde sich bei dieser Optimierung der Operationalisierung für das Erfassungsjahr 2021 ein **eher geringes Potenzial zur Verbesserung** zeigen. Hinsichtlich des Anteils an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial (4,1 %) würde sich bei dieser Optimierung der Operationalisierung für das Erfassungsjahr 2021 **weiterhin ein geringes Potenzial zur Verbesserung** zeigen.

4 Stichprobenkonzept

Das IQTIG hat im Abschlussbericht ein Konzept für eine fallbasierte Stichprobenziehung für die QS-Dokumentation vorgelegt. Das Stichprobenkonzept basiert auf Vorarbeiten im Rahmen der „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*“ (IQTIG 2023a: Abschnitt 8.3). Diese Vorarbeiten betrafen vor allem die technische Umsetzung einer Stichprobenziehung im QS-Filter basierend auf der Nummer der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung wurde diese technische Umsetzung mit Expertinnen und Experten sowie den Softwareanbietern besprochen. Außerdem unterlag der entsprechende Abschlussbericht einem Beteiligungsverfahren. In der Darstellung des Stichprobenkonzepts im Abschlussbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP“ fehlte leider ein Verweis auf diese Vorarbeiten.

Die technische Umsetzung des Stichprobenkonzepts basiert darauf, dass Fälle anhand numerischer Kriterien bezogen auf die eGK-Nummer der Patientin bzw. des Patienten ausgewählt werden. Eine einfache Zufallsstichprobe ließe sich über eine Anpassung des QS-Filters umsetzen. Das IQTIG empfiehlt, bei der Stichprobe zusätzlich die Fallzahl des Leistungserbringers zu berücksichtigen. Hierfür wurde im Abschlussbericht ein Konzept skizziert, welches auf einer Auswahl von verschiedenen QS-Filtern pro QS-Verfahren basiert, die jeweils verschiedenen Stichprobenanteilen entsprechen. Auch hier wäre das zentrale Hilfsmittel zur Ziehung der Stichprobe die eGK-Nummer. Die Anwendung eines solchen Konzepts bedürfte weiterer konzeptioneller Vorarbeiten. Insbesondere muss ein praktikables und umsetzbares Verfahren entwickelt werden, welches sicherstellt, dass jedem Leistungserbringer sein entsprechender QS-Filter zugeordnet wird.

Der G-BA wünscht in seiner Kommentierung eine weitergehende Prüfung und Konkretisierung des vom IQTIG vorgelegten Stichprobenkonzepts. Dabei sollen u. a. zur Absicherung der Machbarkeit die relevanten Stakeholder in den Prozess einbezogen werden. Inzwischen hat er einen entsprechenden Auftrag beschlossen, sodass hier ausschließlich auf die Aspekte eingegangen wird, die explizit in der Kommentierung aufgelistet sind.

4.1 Konkrete Operationalisierung

Der G-BA vermisst eine „konkrete Operationalisierung“, die die Aspekte patientenbezogene Verknüpfung verschiedener Datenquellen, Datenvalidierung und Datenschutz berücksichtigt.

Im Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung wurde vorgeschlagen, die Fallstichprobe anhand der eGK-Nummer zu ziehen. Eine derartige Operationalisierung wäre konkret und ließe sich (als einfache Zufallsstichprobe) im QS-Filter voraussichtlich umsetzen. Diese mögliche Operationalisierung ließe eine Datenvalidierung zu, da sie reproduzierbar, transparent und nicht manipulierbar wäre (IQTIG 2023a: 314 und 316).

Die Verknüpfung verschiedener Datenquellen bliebe von der vorgeschlagenen Stichprobenziehung unberührt: Da in sämtlichen Datenquellen passende Datensätze mit sämtlichen für die Verknüpfung benötigten fallidentifizierenden Datenfeldern vorliegen, könnten diese auch weiterhin verknüpft werden. Zum Datenschutz siehe Abschnitt 4.3.

4.2 Einbezug aller relevanter Stakeholder

Der G-BA kritisiert, dass nicht alle relevanten Stakeholder bei der Entwicklung des Konzepts einbezogen worden seien.

Im Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung wurde ausschließlich die Ziehung der Fallstichprobe diskutiert. Für den Umgang mit der Fallstichprobe in späteren Prozessschritten (insbesondere Berichtserzeugung und Stellungnahmeverfahren) wurde ein Folgeauftrag empfohlen. Für die Ziehung der Fallstichprobe wurden vom IQTIG zunächst die Softwarehersteller als hauptsächlich relevante Stakeholder identifiziert. Mit diesen fand ein Austausch im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* hinsichtlich einer möglichen Stichprobenziehung im Rahmen dieses Verfahrens statt. Eine übergreifende Analyse zur Umsetzbarkeit und Praktikabilität für weitere Verfahren erfolgte bisher nicht. Dies wäre jedoch essenziell, um etwaige Fallstricke aufseiten der technischen Seite zu erkennen und zu bewerten.

Wie in seinem Auftragsverständnis begründet, hat sich das IQTIG auf Zufallsstichproben auf Fallebene beschränkt. Im Folgeauftrag sollen hingegen auch Frequenzregelungen untersucht werden. Frequenzregelungen haben stärkere Auswirkungen auf die Arbeit der Leistungserbringer und LAGen (als Verfahrensteilnehmer), sodass diese dann ebenfalls als relevante und einzubeziehende Stakeholder gesehen werden müssen.

Bei der Bearbeitung des Folgeauftrags wird das IQTIG eine neue Bewertung vornehmen, welche Stakeholder für die Auftragsbearbeitung relevant sind.

4.3 Datenschutz und Datensparsamkeit

Die Kommentierung des G-BA weist auf das folgende datenschutzrechtliche Problem hin für Verfahren, bei denen sowohl QS-Daten als auch Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden: Derzeit werden QS-Daten und Sozialdaten vor der Auswertung verknüpft. Datensätze, die nicht verknüpft werden können, werden nicht ausgewertet. Würde man auf den QS-Daten eine Stichprobe ziehen, auf den Sozialdaten aber eine Vollerhebung durchführen, so hätte dieses Vorgehen die Konsequenz, dass ein großer Anteil der Sozialdaten erhoben, aber nicht ausgewertet werden würde. Dieses Vorgehen wäre nicht datensparsam im Sinne der Sozialdaten, erlaubt aber die Nutzung von bereits etablierten Datenflüssen.

Der Bericht wurde in der Erwartung geschrieben, dass die erhobenen Sozialdaten auch ohne verknüpfte QS-Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung ausgewertet werden können. Sollte es für die Sozialdatensätze, die nicht verknüpft werden können, keine Verwendung für die Qualitätssicherung geben, erweist sich die vorgeschlagene Operationalisierung dennoch als robust: Den Krankenkassen liegt die eGK-Nummer ebenfalls vor. Die Krankenkassen könnten daher die Fallstichprobe anhand der eGK-Nummer nachvollziehen. Damit lägen bei den QS-Daten und bei den Sozialdaten konsistente Fallstichproben vor, die nach gewohnter Art verknüpft und gemeinsam ausgewertet werden könnten. Dieses Vorgehen wäre für die Sozialdaten datensparsam, würde aber den Aufwand bei den Krankenkassen mutmaßlich erhöhen.

Bei der Patientenbefragung ist dieses Problem derzeit nicht zu erwarten: Die Daten werden derzeit nicht mit QS-Daten verknüpft, sondern separat ausgewertet. Bei der Patientenbefragung wäre das Vorgehen anhand der eGK-Nummer robust, falls in Zukunft eine Verknüpfung mit QS-Daten eingeführt werden sollte: Bei der Patientenbefragung beruht der Versand der Fragebögen darauf, dass die Leistungserbringer anhand eines QS-Filters Fälle identifizieren und die notwendigen Daten an eine Versendestelle verschicken. Hier könnte in diesen QS-Filter eine Bedingung an die eGK-Nummer eingebaut werden, um bei der Patientenbefragung eine Stichprobe zu ziehen, die konsistent mit einer Stichprobe in anderen Datenquellen ist. Diese Stichprobe wäre ggf. zusätzlich zu der Stichprobenziehung, die derzeit in der Versendestelle stattfindet.

Allerdings ist zu berücksichtigen: Derzeit wird in den Modulen *PCI* (QS-Daten und Sozialdaten) und *PPCI* (Patientenbefragung) derselbe QS-Filter verwendet. Dabei werden die Informationen, die die Versendestelle von den Leistungserbringern benötigt, aus den QS-Daten extrahiert. Da dies automatisiert möglich ist, fallen im Modul *PPCI* keine zusätzlichen Aufwände zur Dokumentation bei den Leistungserbringern an. Wenn aufseiten der QS-Daten die Dokumentation auf eine Stichprobe eingeschränkt wird, so gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder man akzeptiert, dass nur diese Stichprobe für die Patientenbefragung zur Verfügung steht, oder die Leistungserbringer müssen für diejenigen Fälle, die für *PPCI* relevant sind und nicht in der Fallstichprobe landen, zusätzliche

Informationen dokumentieren. Dies würde bedeuten, dass für PCI und PPCI zwei separate QS-Fil-ter implementiert werden müssten.

Literatur

- [GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Krankenkassen]]; [DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft]]; [KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]] (2023): Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus [Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V]. Stand: 01.01.2023. [Berlin]: [DKG [u. a.]]. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/AOP-Katalog_2023.pdf (abgerufen am: 30.01.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung in Teil 1 § 26 und Teil 2. [Stand:] 19.02.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3204/2015-02-19_Qesue-RL_Teil1-26-Teil2_TrG.pdf (abgerufen am: 02.08.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Themenspezifische Bestimmungen für das Verfahren Cholezystektomie. [Stand:] 19.07.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5328/2018-07-19_DeQS-RL_Bestimmung_Verfahren_Cholezystektomie_TrG.pdf (abgerufen am: 31.01.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Prüfung und Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. [Stand:] 19.05.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5456/2022-05-19_IQTIG-Beauftragung_Empfehlungen-Weiterentwicklung-DeQS.pdf (abgerufen am: 04.08.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] ([2023]): Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung: Kommentierung zum Abschlussbericht des IQTIG vom 19. Juli 2023. Berlin: IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen]. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/8.4.12_Kommentierung_AB_Weiterentw._Musterverfahren_2023-11-16.pdf (abgerufen am: 09.01.2024).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022):
Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 16.05.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023a):
Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement. Abschlussbericht.
Stand: 15.02.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_QI-Neuentwicklung_Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-02-15-barrierefrei.pdf
(abgerufen am: 31.01.2024).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023b):
Versorgung mit implantierten Herzschrittmachern und Defibrillatoren.
Weiterentwicklungsstudie. Abschlussbericht. [Stand:] 01.03.2023. [Berlin]: IQTIG.
[unveröffentlicht].
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2024): Verzeichnis zertifizierter Software für
Dokumentationen. IT in der Arztpraxis. [Stand:] 31.01.2024. [Berlin]: KBV. URL:
https://update.kbv.de/ita-update/Service-Informationen/Zulassungsverzeichnisse/KBV_ITA_SIEX_Verzeichnis_Dokumentationen.pdf (abgerufen am: 29.01.2024).

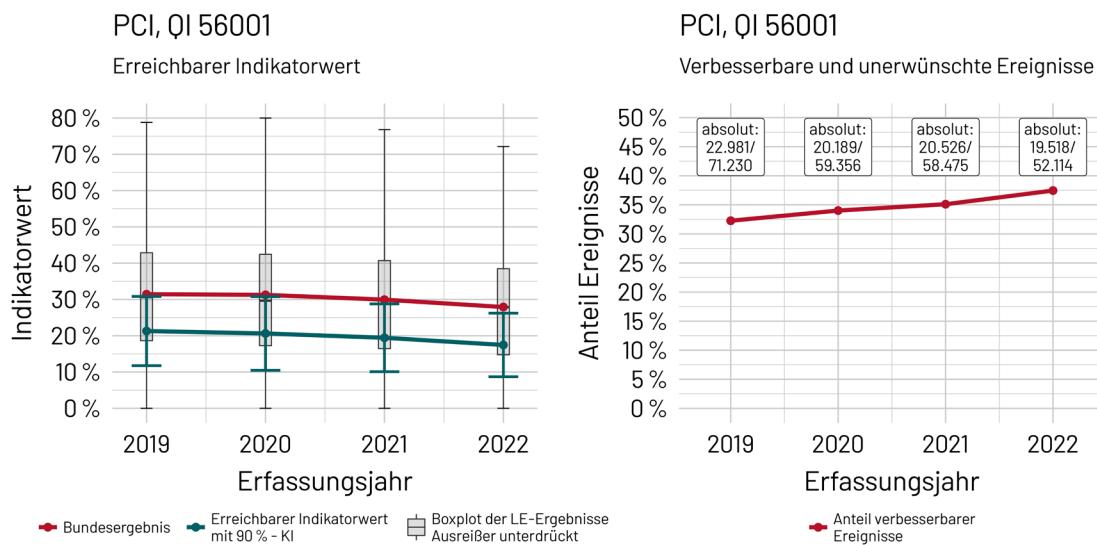
Anhang

Langzeitergebnisse der Qualitätsindikatoren, die zur Abschaffung empfohlen wurden

QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*

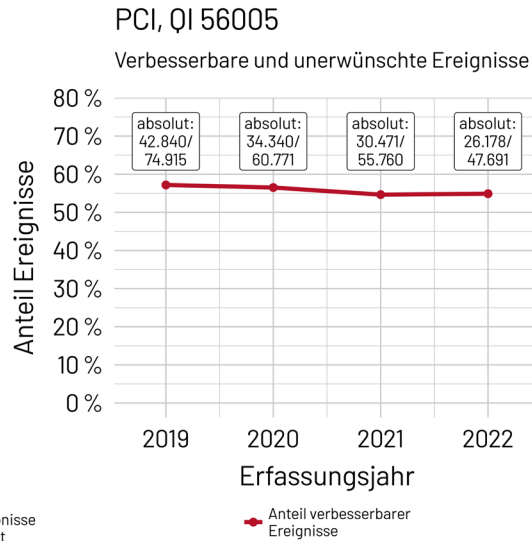
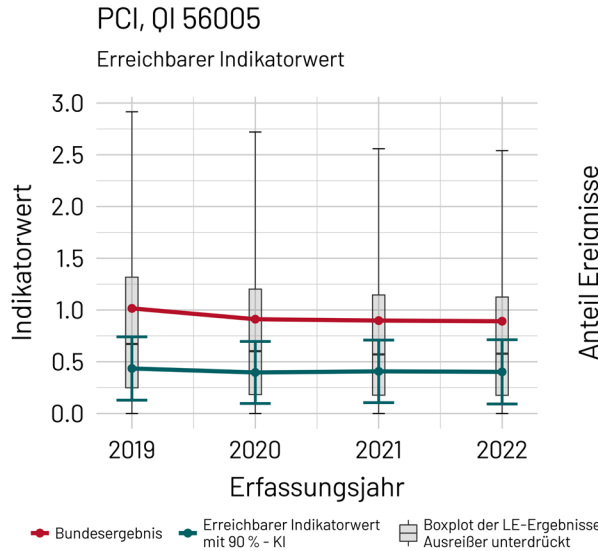
56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie - Anteil ohne pathologischen Befund

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 20.526 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 51,13 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (s. u.) das Potenzial zur Verbesserung nicht angemessen anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen.



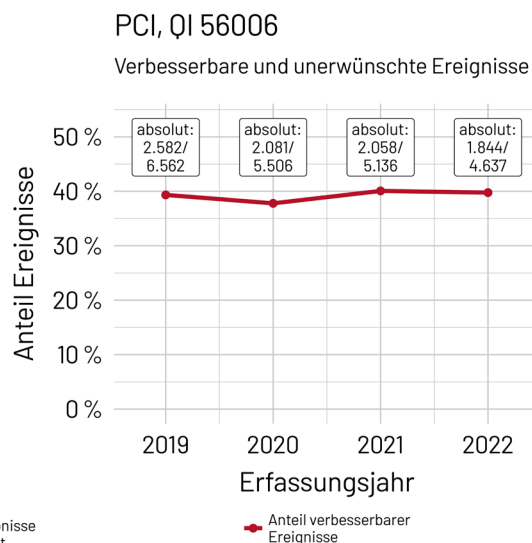
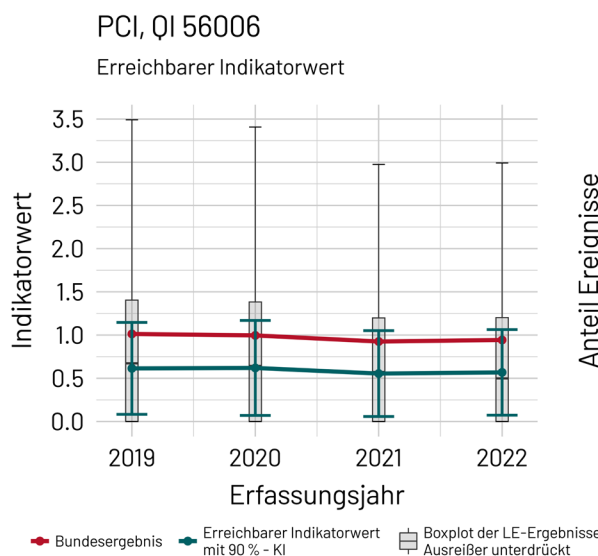
56005: Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 30.471 verbesserbaren Ereignissen und eines Anteils von 45,48 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung.



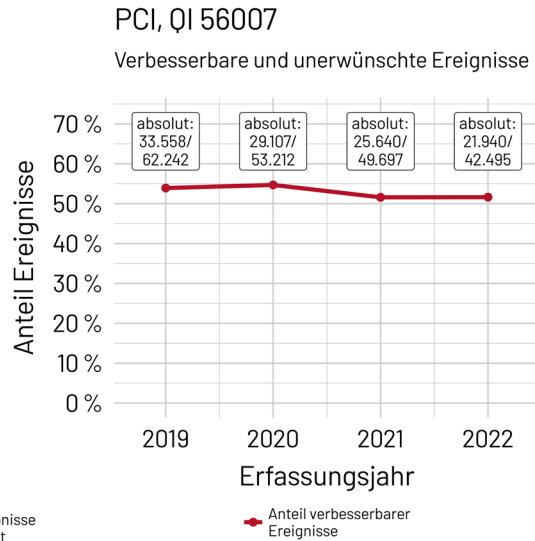
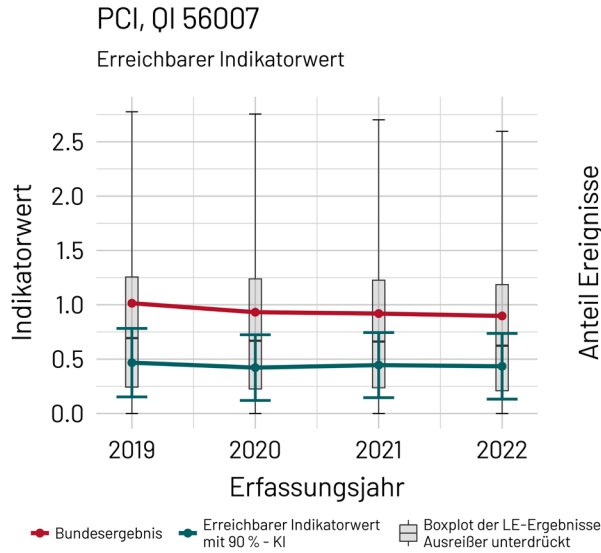
56006: Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **eher hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 2.058 verbesserbaren Ereignissen und eines Anteils von 22,64 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein eher hohes Potenzial zur Verbesserung.



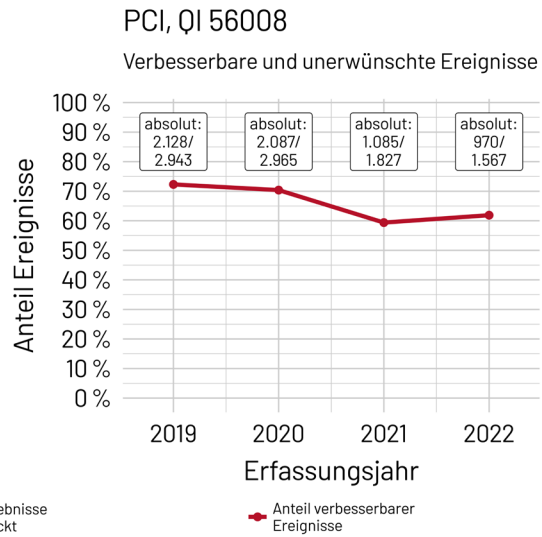
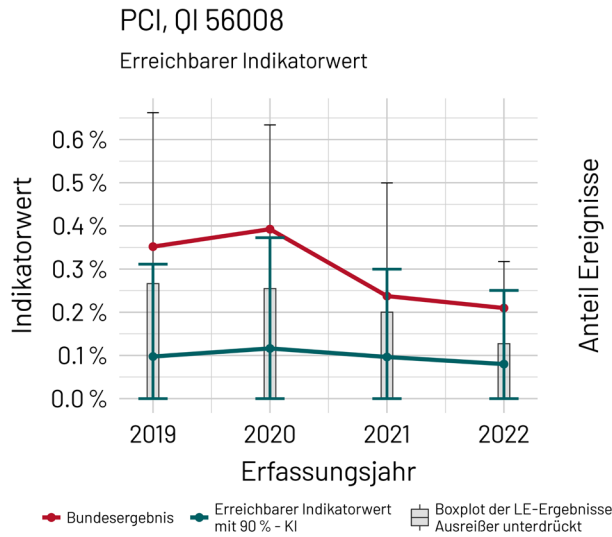
56007: Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 25.640 verbesserbaren Ereignissen und eines Anteils von 45,94 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung.



56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

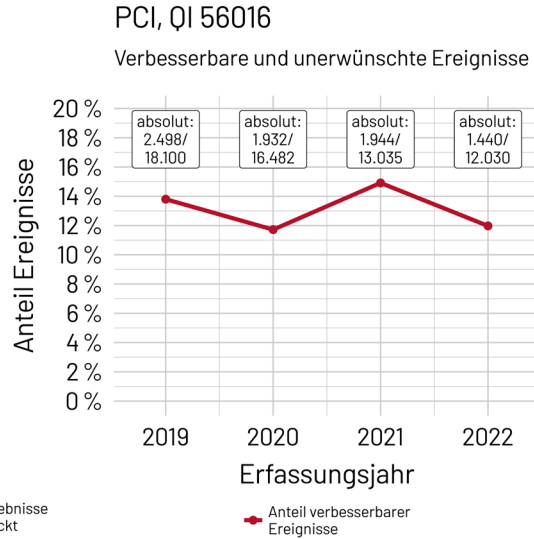
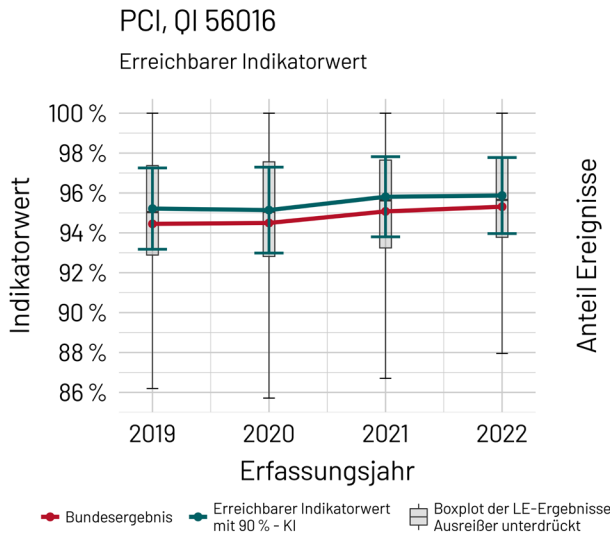
Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **eher hoch** eingeschätzt werden. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 1.085⁵ verbesserbaren Ereignissen und eines Anteils von 19,71 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergäbe sich ein eher hohes Potenzial zur Verbesserung.



⁵ Redaktionelle Änderung der im Abschlussbericht dargestellten Zahl.

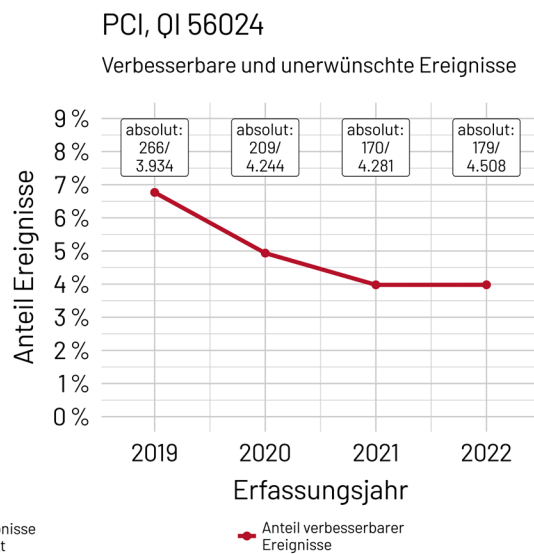
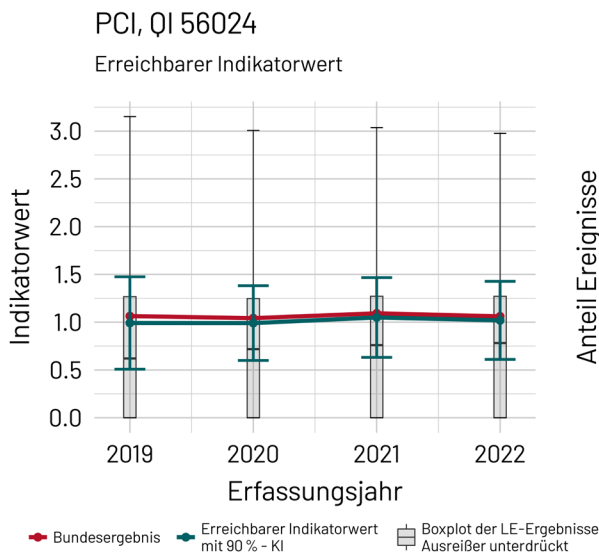
56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **eher hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 1.944 verbesserbaren Ereignissen und eines Anteils von 24,92 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein eher hohes Potenzial zur Verbesserung.



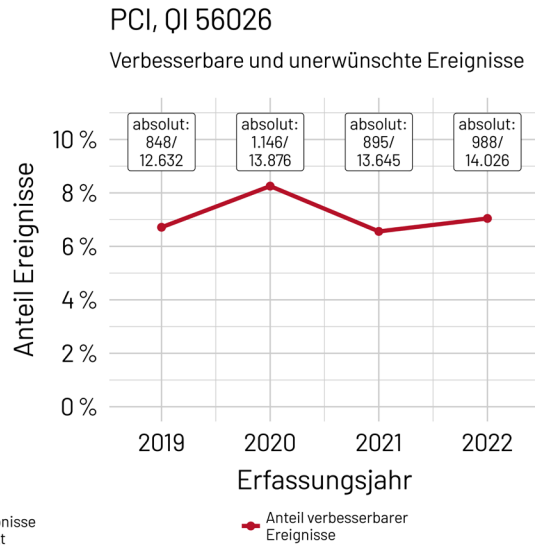
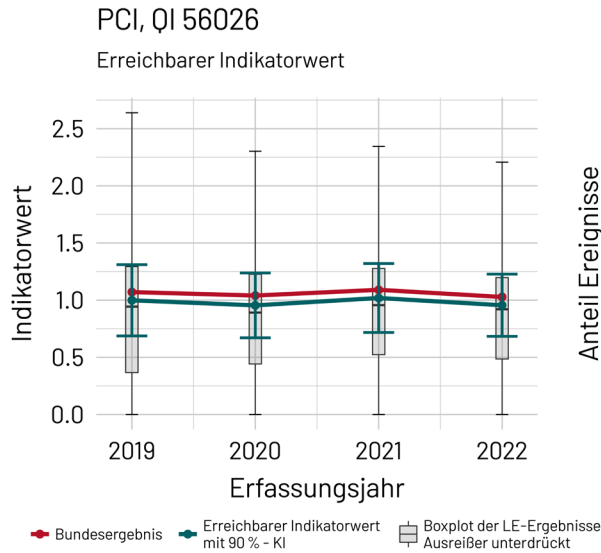
56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 170 verbesserbaren Ereignissen ergab sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)

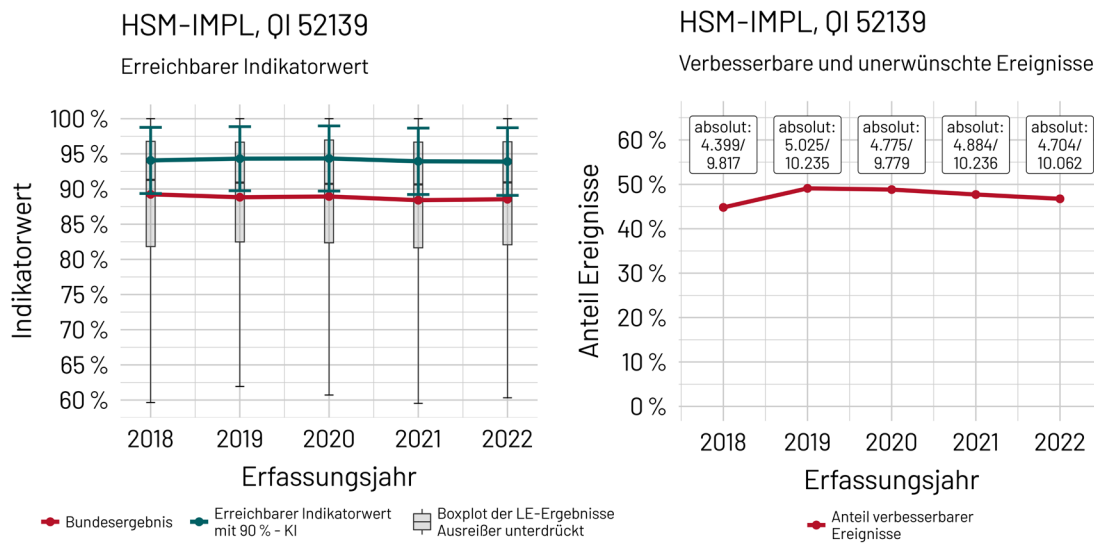
Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 895 verbesserbaren Ereignissen ergab sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



QS-Verfahren Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

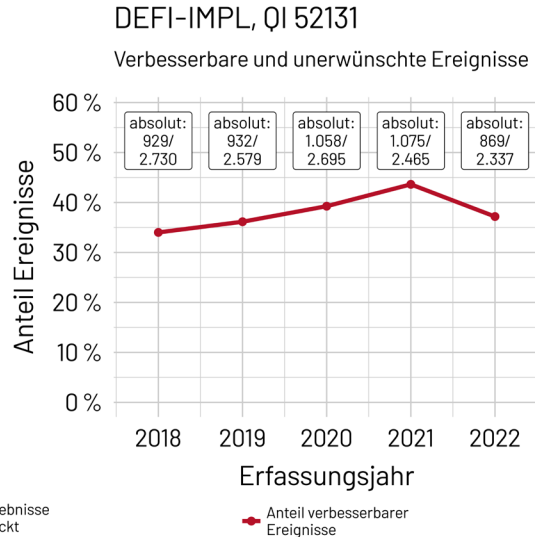
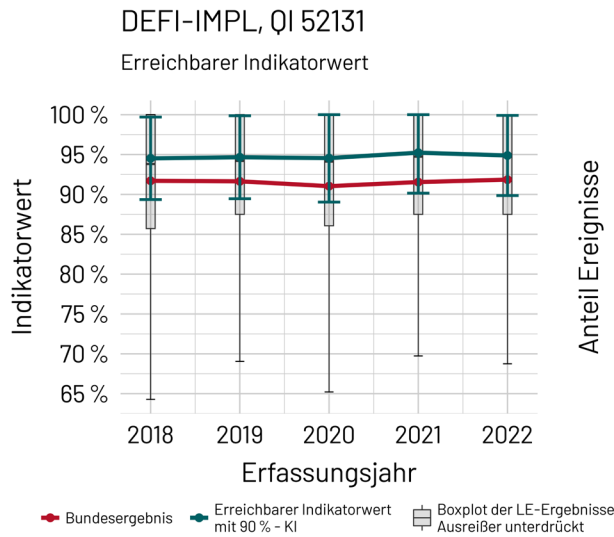
HSM-IMPL: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln (ID 52139)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 52139 aus HSM-IMPL wird als **hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für diese Gesamtbewertung ist die Bewertung der Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils der Leistungserbringer, bei denen die Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln von Herzschrittmachern vom erreichbaren Indikatorwert abweicht, von 41,49 %, ergibt sich ein hohes Verbesserungspotenzial.



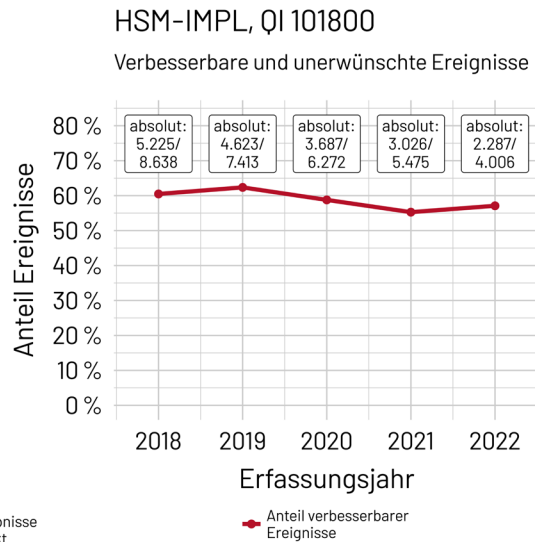
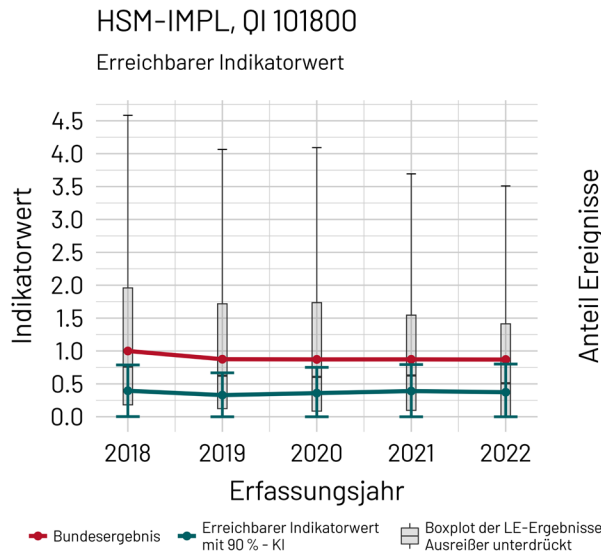
DEFI-IMPL: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln (ID 52131)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 52131 aus DEFI-IMPL wird als **eher hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für diese Gesamteinschätzung war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 1.075 verbesserbaren Ergebnissen und einem Anteil von 24,97 % Leistungserbringern mit statistisch signifikanten Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert ergab sich ein eher hohes Verbesserungspotenzial.



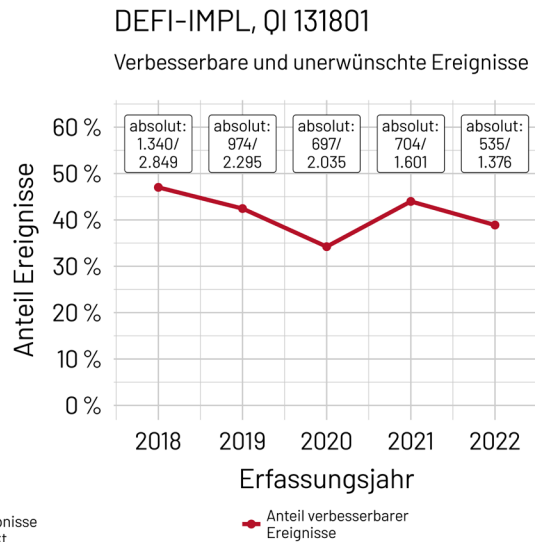
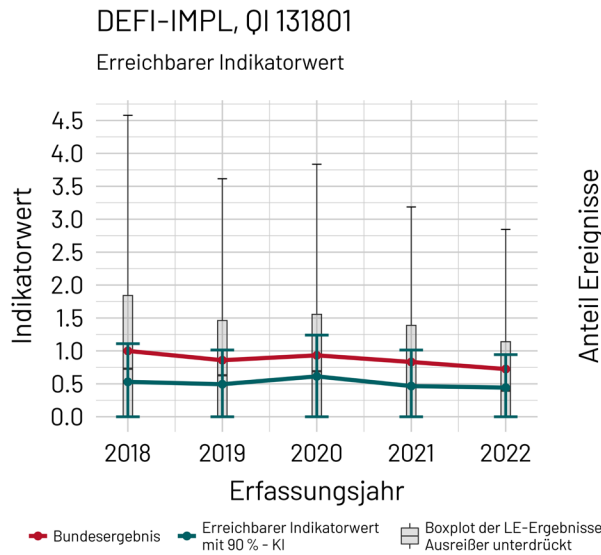
HSM-IMPL: Dosis-Flächen-Produkt (ID 101800)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 101800 aus HSM-IMPL wird als **hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 2. Auf Grundlage von einem Anteil an Leistungserbringern mit statistisch signifikanten Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert von 38,46 % ergibt sich ein hohes Verbesserungspotenzial.



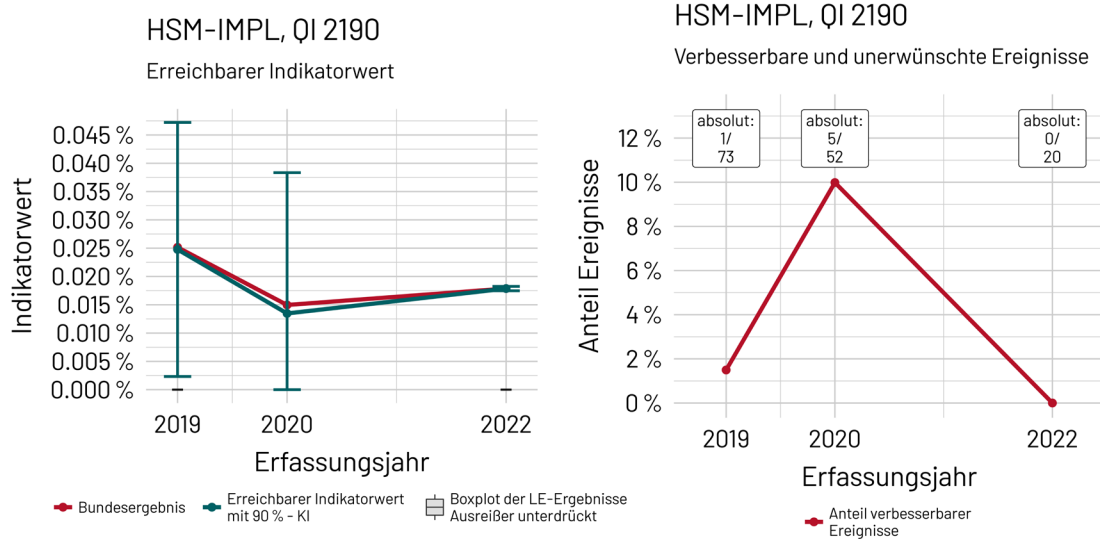
DEFI-IMPL: Dosis-Flächen-Produkt (ID 131801)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 131801 aus DEFI-IMPL wird als **eher hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahl 2. Auf Grundlage von einem Anteil an Leistungserbringern mit statistisch signifikanten Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert von 22,66 % ergibt sich ein eher hohes Verbesserungspotenzial.



HSM-IMPL: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen (ID 2190)

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird als **gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1, 2 und 3. Auf Grundlage von 5 verbesserbaren Ereignissen, einem Anteil von 2,87 % Leistungserbringern mit Ergebnissen, die statistisch signifikant vom erreichbaren Indikatorwert abwichen, und einem Anteil von 0,00 % der Leistungserbringer mit einer Einstufung als qualitativ auffällig ergibt sich ein geringes Potenzial zur Verbesserung.



HSM-IMPL: Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren (ID 2191)

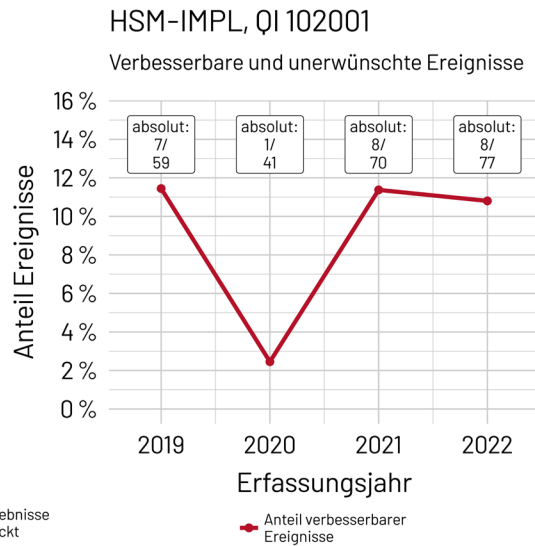
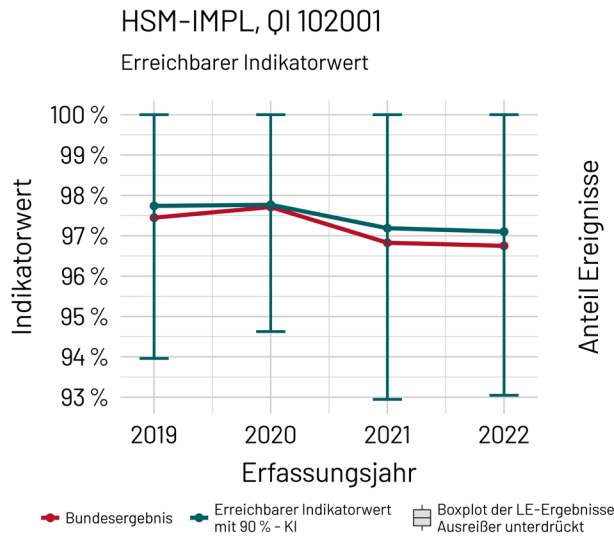
Das **Potenzial zur Verbesserung** kann derzeit **noch nicht berechnet werden**, da die Qualitätsindikatoren mit einem vollständigen Follow-Up-Zeitraum von 8 Jahren (HSM-IMPL) bzw. 6 Jahren (DEFI-IMPL) noch nicht ausgewertet werden können. Aus dem gleichen Grund ist kein Zeitverlauf vorhanden.

DEFI-IMPL: Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardware-problems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren (ID 132000)

Das **Potenzial zur Verbesserung** kann derzeit **noch nicht berechnet werden**, da die Qualitätsindikatoren mit einem vollständigen Follow-Up-Zeitraum von 8 Jahren (HSM-IMPL) bzw. 6 Jahren (DEFI-IMPL) noch nicht ausgewertet werden können. Aus dem gleichen Grund ist kein Zeitverlauf vorhanden.

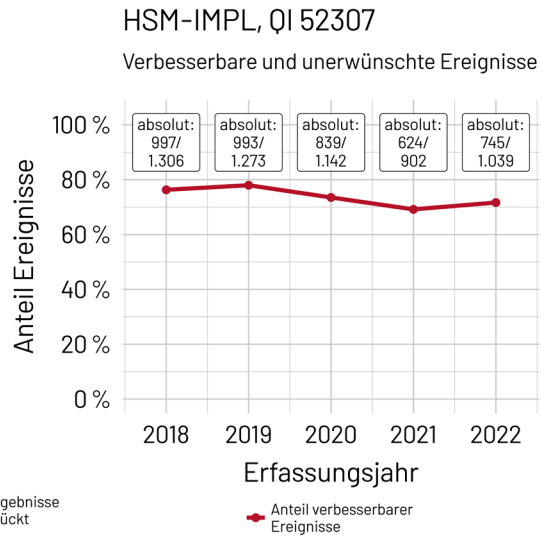
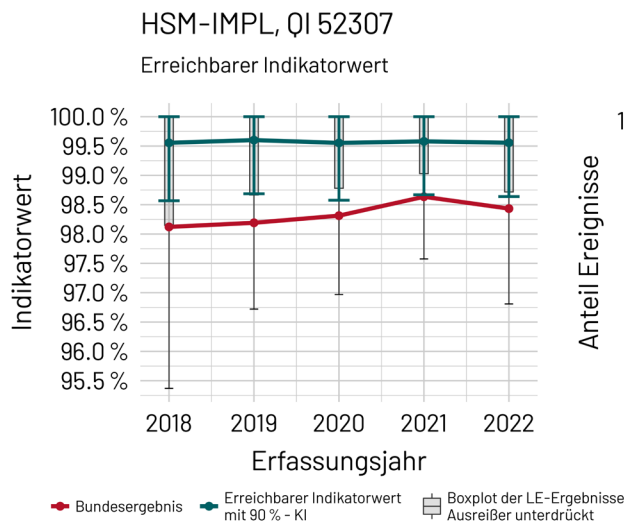
HSM-IMPL: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation (ID 102001)

Das **Potenzial zur Verbesserung** bei Indikator 102001 aus HSM-IMPL wird als **gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 8 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil der Leistungserbringer, bei denen eine statistisch signifikante Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert vorlag, von 5,61 % ergibt sich ein geringes Verbesserungspotenzial.



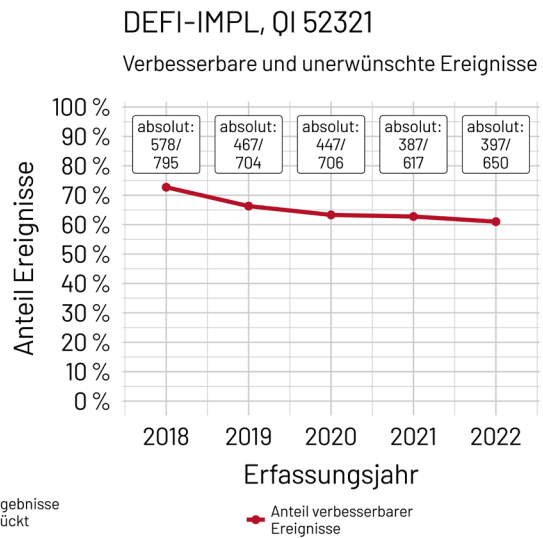
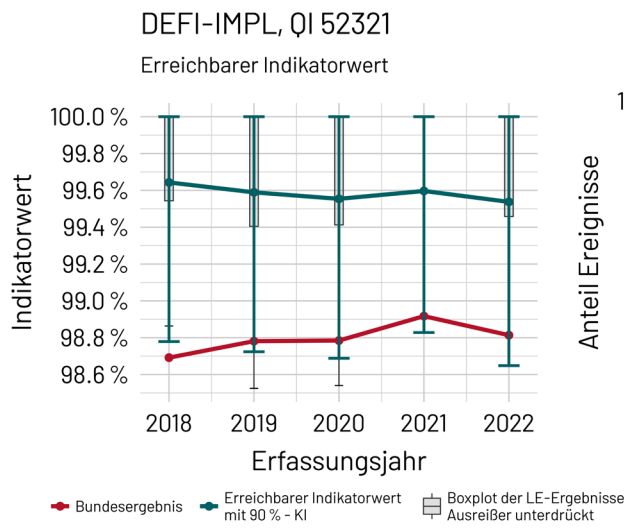
HSM-AGGW: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden (ID 52307)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 52307 aus HSM-AGGW würde anhand der quantitativen Kriterien als **eher hoch** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre die Bewertung der Kennzahl 2, da der Anteil der Leistungserbringer, die im Erfassungsjahr 2021 statistisch signifikante Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert aufwiesen, bei 18,79 % lag. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (siehe Eignungskriterium Datenqualität) das Potenzial zur Verbesserung nicht angemessen anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen.



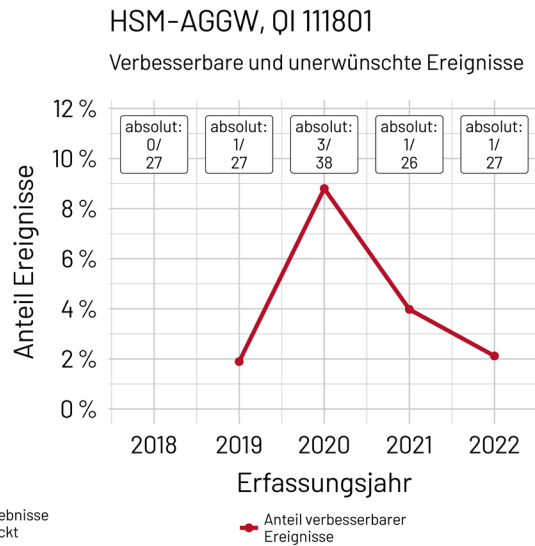
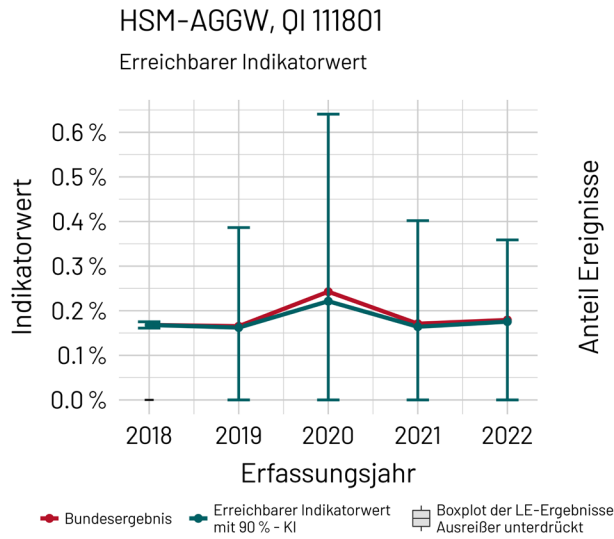
DEFI-AGGW: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden (ID 52321)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 52321 aus DEFI-AGGW würde anhand der quantitativen Kriterien als **mittel** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzial wäre die Bewertung der Kennzahl 1, da im Erfassungsjahr 2021 insgesamt 387 verbesserbare Ergebnisse bei Patientinnen und Patienten vorlagen. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (siehe Eignungskriterium Datenqualität) das Potenzial zur Verbesserung nicht angemessen anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen.



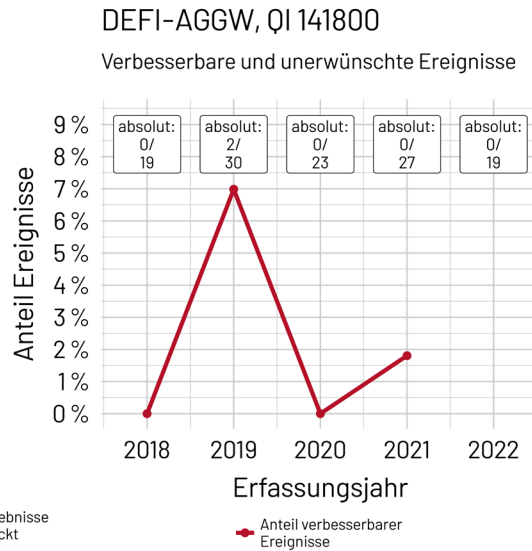
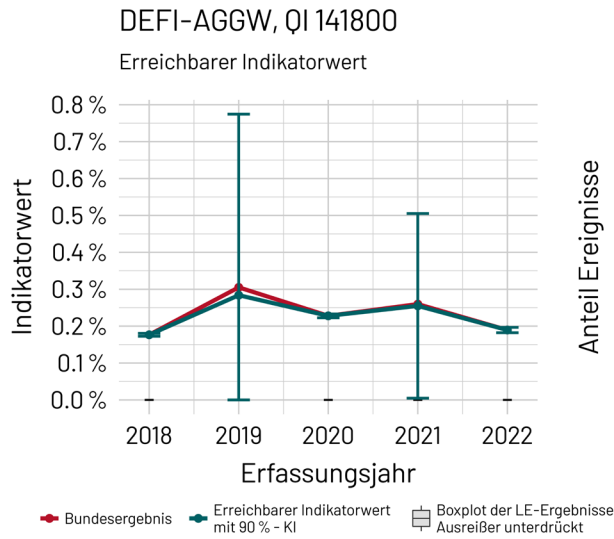
HSM-AGGW: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) (ID 111801)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 111801 aus HSM-AGGW wird als **gering** eingeschätzt. Auf Grundlage von 1,03 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 2,32 % Leistungserbringern mit statistisch signifikanten Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert und einem Anteil von 0,11 % Leistungserbringern mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ ergibt sich die Gesamteinschätzung eines geringen Potenzials zur Verbesserung.



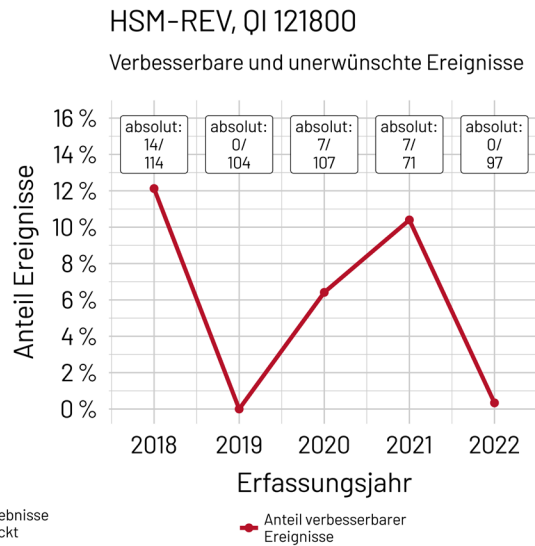
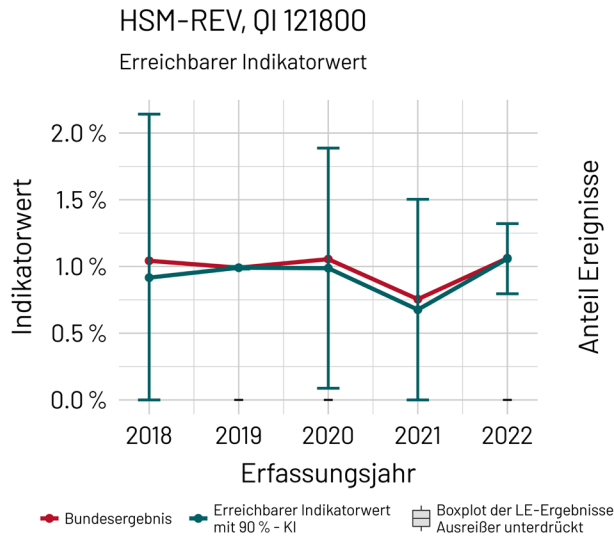
DEFI-AGGW: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) (ID 141800)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 141800 aus DEFI-AGGW wird als **gering** eingeschätzt. Auf Grundlage von 0,5 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 3,19 % Leistungserbringern mit statistisch signifikanten Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert und einem Anteil von 0,15 % Leistungserbringern mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ ergibt sich die Gesamteinschätzung eines geringen Potenzials zur Verbesserung.



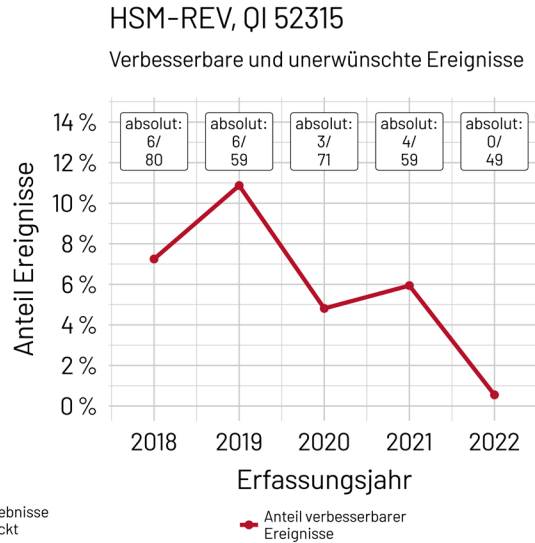
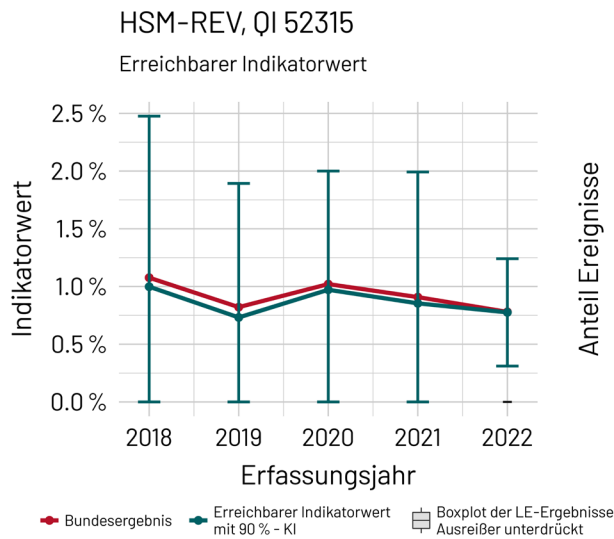
HSM-REV: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) (ID 121800)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 121800 aus HSM-REV wird als **gering** eingeschätzt. Auf Grundlage von 7 verbesserbaren Ereignissen sowie einem Anteil von 3,65 % Leistungserbringern mit statistisch signifikanten Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert und keinem Anteil von Leistungserbringern mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ ergibt sich die Gesamteinschätzung eines geringen Potenzials zur Verbesserung.



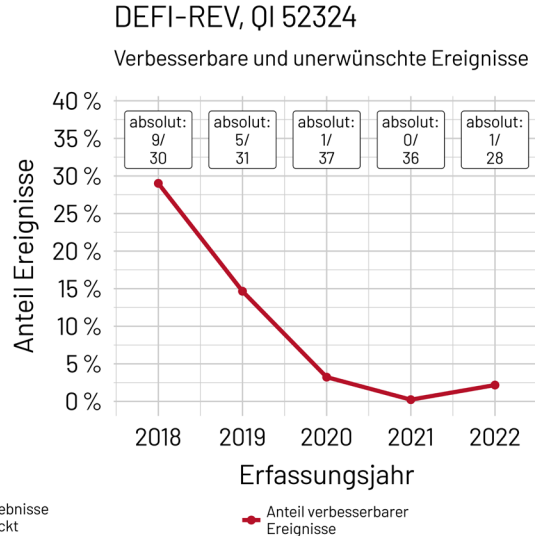
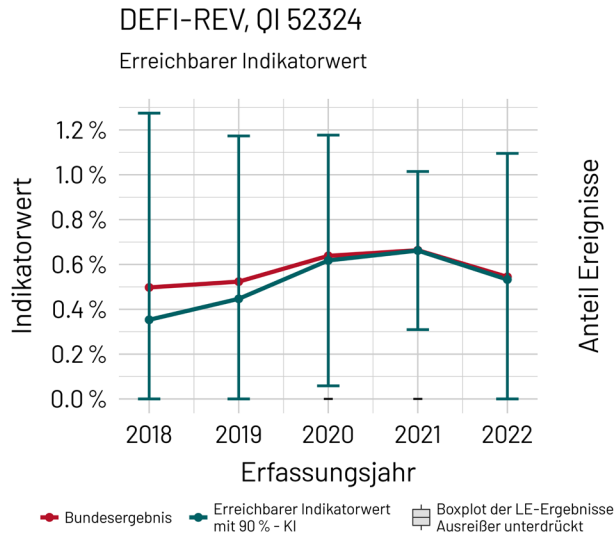
HSM-REV: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden (ID 52315)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 52315 aus HSM-REV wird **gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung war die Bewertung der Kennzahlen 1, 2 und 3. Auf Grundlage von 4 verbesserbaren Ereignissen, einem Anteil von 4,24 % Leistungserbringern mit statistisch signifikanten Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert sowie einem Anteil von 0,12 % mit einer Einstufung als „qualitativ auffällig“ im Stellungnahmeverfahren ergibt sich ein geringes Verbesserungspotenzial.



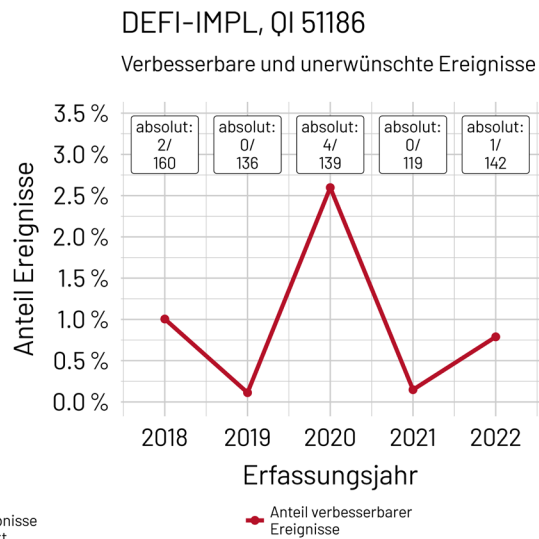
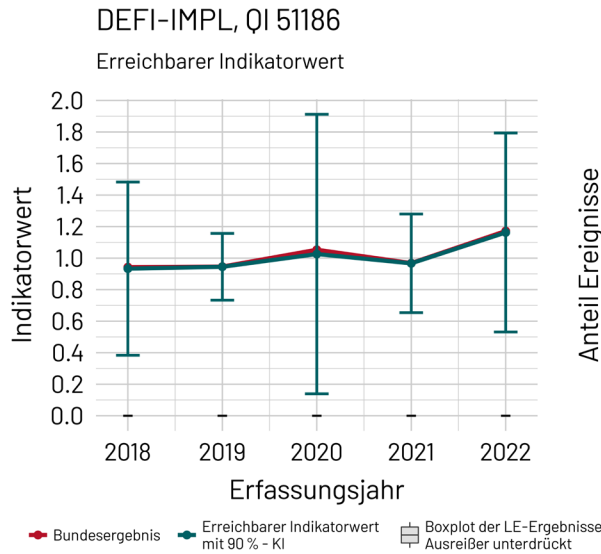
DEFI-REV: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden (ID 52324)

Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 52324 aus DEFI-REV wird **gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung war die Bewertung der Kennzahlen 1, 2 und 3. Auf Grundlage von keinem verbesserbaren Ereignis, einem Anteil von 3,68 % Leistungserbringern mit statistisch signifikanten Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert sowie einem Anteil von 0,00 % mit einer Einstufung als „qualitativ auffällig“ im Stellungnahmeverfahren ergibt sich ein geringes Verbesserungspotenzial.



DEFI-IMPL: Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 51186)

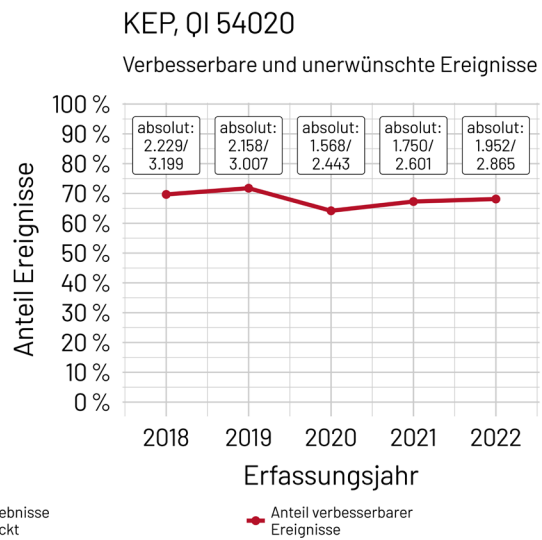
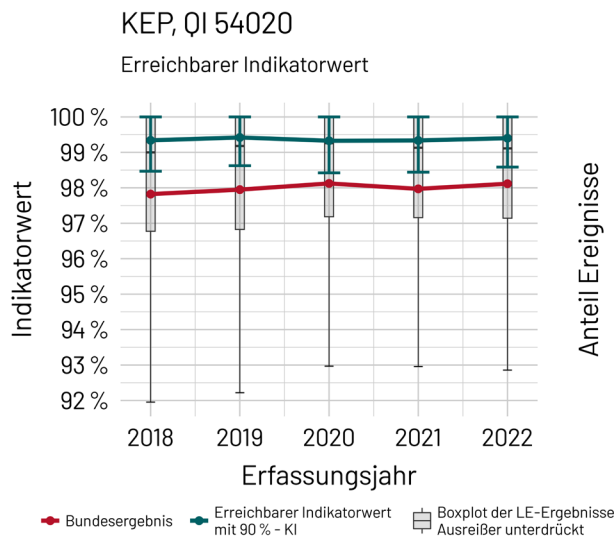
Das **Potenzial zur Verbesserung** beim Indikator 51186 aus DEFI-IMPL wird als **gering** eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1, 2 und 3. Auf Grundlage von 0,18 verbesserbaren Ereignissen, einem Anteil der Leistungserbringer mit vom erreichbaren Indikatorwert abweichenden Ergebnissen von 3,09 % sowie einem Anteil derjenigen, die im Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig eingestuft wurden, von 0,27 %, ergibt sich ein geringes Potenzial zur Verbesserung.



QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

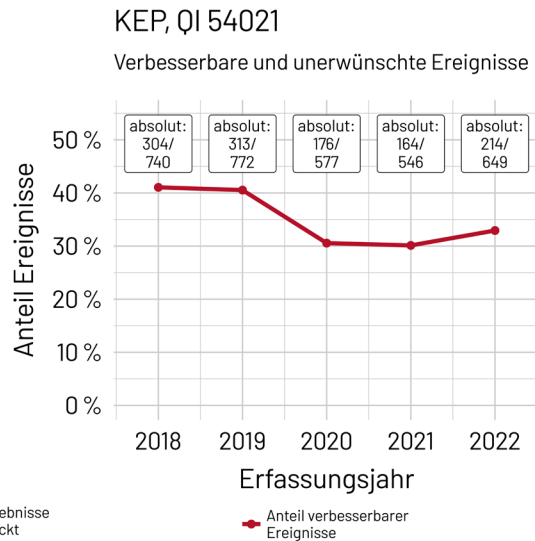
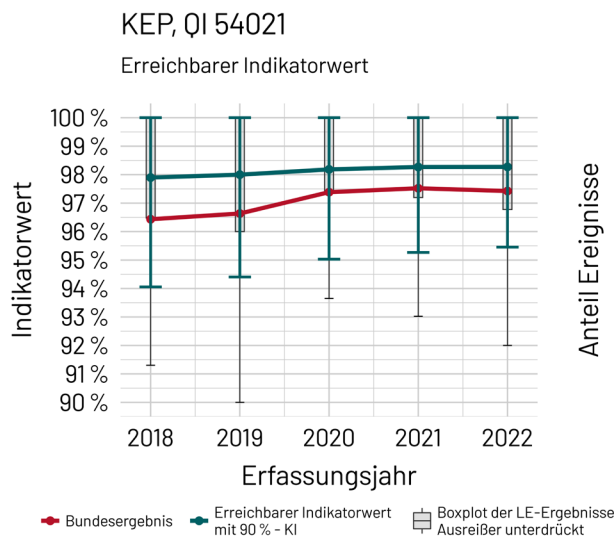
54020: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation

Das **Potenzial zur Verbesserung** würde bei angemessener Operationalisierung als **hoch** für den Indikator 54020 eingeschätzt werden. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre bei diesem Indikator die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (s. u.) das Potenzial zur Verbesserung nicht angemessen anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen. Beim Indikator 54020 liegt hinsichtlich des Anteils der Leistungserbringer mit Verbesserungspotenzial ein hohes Verbesserungspotenzial (28,3 % für das Erfassungsjahr 2021) vor.



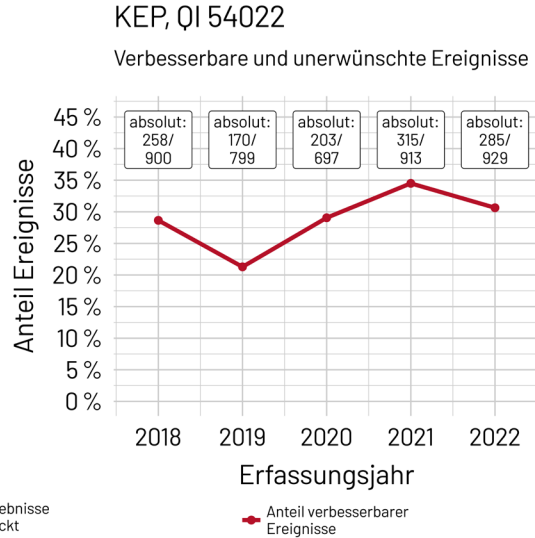
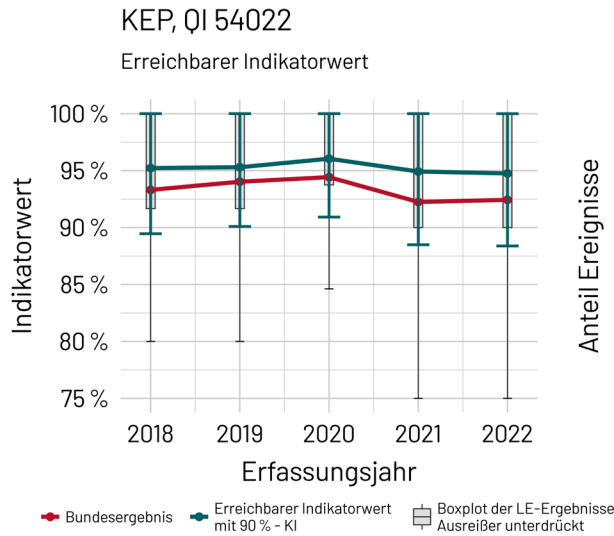
54021: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese

Das **Potenzial zur Verbesserung** würde bei angemessener Operationalisierung als **mittel** für den Indikator 54021 eingeschätzt werden. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre bei diesem Indikator die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (s. u.) das Potenzial zur Verbesserung nicht angemessen anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen. Beim Indikator 54021 ergab sich auf Grundlage von 164 verbesserbaren Ereignissen ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.



54022: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Das **Potenzial zur Verbesserung** würde bei angemessener Operationalisierung als **mittel** eingeschätzt werden. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre bei diesem Indikator die Bewertung der Kennzahl 1. Auf Grundlage von 315 verbesserbaren Ereignissen ergab sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (s. u.) das Potenzial zur Verbesserung nicht angemessen anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen.



54026: Beweglichkeit bei Entlassung (Kennzahl)

Das **Potenzial zur Verbesserung** würde bei angemessener Operationalisierung als **hoch** eingeschätzt werden. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre hier die Bewertung der Kennzahl 2. Hinsichtlich des Anteils der Leistungserbringer mit Verbesserungspotenzial liegt ein hohes Verbesserungspotenzial (45,6 % für das EJ 2021) vor. Das hohe Verbesserungspotenzial zeigt, dass eine 0-0-90°-Beweglichkeit bei Entlassung häufig nicht erreicht wird. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (s. u.) das Potenzial zur Verbesserung nicht angemessen anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen.

