



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

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

Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2021

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 20. Mai 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2021

**Ansprechpartnerinnen:**

Martina Dost, Lina Jürgens

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

31. März 2022, aktualisierte Version am 20. Mai 2022

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

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

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	6
1.1 Hintergrund.....	6
1.2 Auftrag.....	7
2 Methodik.....	8
2.1 Veröffentlichung von „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“.....	8
2.2 Ausnahmen von der Empfehlung zur standortbezogenen Veröffentlichung.....	10
3 Ergebnisse.....	12
4 Fazit.....	26
Literatur.....	27

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der QS-Verfahren, für die keine Veröffentlichung empfohlen wird .....	13
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund erheblicher Bedenken nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden .....	16
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bei denen eine Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit ihrer Ergebnisse nicht möglich ist, da sie z. B. nicht ausgewertet werden können, oder deren Ergebnisse keine zusätzliche Aussagekraft haben und die daher nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden .....	19
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund der erstmaligen Anwendung für das Erfassungsjahr 2021 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden .....	23
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bei denen eine Veröffentlichung ihrer Ergebnisse empfohlen wird, obwohl eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist .....	24

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit veröffentlichungspflichtigen und nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (EJ 2013–2021) .....	15
Abbildung 2: Zusammensetzung der nicht veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren und Kennzahlendes Erfassungsjahres 2021 .....	15

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
Kez	Kennzahl
KKez	Kalkulatorische Kennzahl
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
TKez	Transparenzkennzahl

# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund

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

§ 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V:

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

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

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

§ 136b Abs. 6 SGB V:

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

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

## 1.2 Auftrag

Das IQTIG hat für den oben genannten Zweck der verpflichtenden standortbezogenen Veröffentlichung von Indikatorergebnissen den Auftrag, jährlich eine Empfehlung an den G-BA auszusprechen, für welche Qualitätsindikatoren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>2</sup> die Indikatorwerte, die Referenzbereiche und die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren veröffentlicht werden sollen (G-BA 2015). Mit der Einführung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen wird seit dem Erfassungsjahr 2018 auch für Kennzahlen eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen (IQTIG 2018). Dieser Bericht umfasst neben Empfehlungen zu den Qualitätsindikatoren auch Empfehlungen zu den Kennzahlen. Eine Übersicht zu den Empfehlungen ist im Anhang enthalten. Zum Jahr 2021 sind die QS-Verfahren von der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)<sup>3</sup> in die DeQS-RL übergegangen, somit erfolgt jährlich eine Empfehlung, welche Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sich für die standortbezogene Veröffentlichung eignen, unter Berücksichtigung der DeQS-RL.

---

<sup>1</sup> Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 6. November 2021, in Kraft getreten am 2. Dezember 2021. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/> (abgerufen am 10.02.2022).

<sup>2</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, in der Fassung vom 19. Juli 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019, zuletzt geändert am 16. September 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am 10.02.2022).

<sup>3</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 20. Juli 2019, außer Kraft getreten am 1. Januar 2021. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 10.02.2022).

## 2 Methodik

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

Die Methodik sowie die Empfehlungen zur standortbezogenen Veröffentlichung von Qualitätsindikator- und Kennzahlergebnissen zum Erfassungsjahr 2021 werden im vorliegenden Bericht zusammenfassend dargestellt. Für eine weitergehende Darstellung der Methodik wird auf die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG verwiesen (IQTIG 2021).

### 2.1 Veröffentlichung von „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“

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

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

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen\\_Entwurf-fuer-Version-2.0\\_2021-08-16.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.0_2021-08-16.pdf)



- **für alle Qualitätsindikatoren mit festgelegtem Referenzbereich**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Resultaten von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen\\_Entwurf-fuer-Version-2.0\\_2021-08-16.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.0_2021-08-16.pdf)

- **für alle Kennzahlen**

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

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

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

- **für alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ohne Vergleichbarkeit**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresresultaten vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

- **für alle planungsrelevanten Qualitätsindikatoren**

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan.

QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

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

## **2.2 Ausnahmen von der Empfehlung zur standortbezogenen Veröffentlichung**

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bezüglich deren Eignung für eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse erhebliche Bedenken bestehen, z. B. aufgrund mangelnder Datenvalidität, werden nicht für eine Veröffentlichung empfohlen. Diese Bedenken werden im Einzelfall begründet (Tabelle 2 und Anhang).

Weiterhin werden Kennzahlen, die einen Teilaspekt eines Qualitätsindikators abbilden und keine wesentlichen Verbesserungen der Informationsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten darstellen, nicht zur Veröffentlichung empfohlen. Ebenfalls nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Auswertung nicht möglich ist, da z. B. bei Follow-up-Darstellungen eine Auswertung noch nicht über den entsprechenden Zeitraum vorliegt. Ebenso gibt es Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, die erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung stehen. Auch Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Entwicklungsprozess nicht abgeschlossen ist, da z. B. Informationen aus dem Stellungnahmeverfahren ausstehen, werden nicht zur Veröffentlichung empfohlen (Tabelle 3).

Darüber hinaus werden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich im ersten Jahr der Anwendung befinden, nicht für die standortbezogene Veröffentlichung ihrer Ergebnisse empfohlen. Hintergrund ist, dass die Aussagekraft von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen erst anhand der Erfahrungen aus dem Regelbetrieb beurteilt werden kann. Bei erstmals angewendeten Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ist eine solche Beurteilung nicht mit hinreichender Sicherheit möglich (Tabelle 4).

Da die Beurteilung von Qualitätsindikator- bzw. Kennzahlergebnissen nach umfassender Änderung ebenfalls nicht hinreichend sichergestellt ist, werden diese in der Regel ebenfalls nicht für die standortbezogene Veröffentlichung empfohlen. Im Einzelfall kann es gute Gründe geben, einige dieser Qualitätsindikator- bzw. Kennzahlergebnisse dennoch zu veröffentlichen. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn der betrachtete Qualitätsaspekt unverändert bleibt oder die

Änderungen wenig Auswirkungen auf die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen haben. Zum Erfassungsjahr 2021 werden 6 Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen zur Veröffentlichung empfohlen, obwohl diese nicht mit den Vorjahrsergebnissen vergleichbar sind. Jede Einzelfallentscheidung, die zu einer Veröffentlichung der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen geführt hat, ist begründet (Tabelle 5 und Anhang).

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

### 3 Ergebnisse

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es insgesamt 295 Qualitätsindikatoren und 112 Kennzahlen in den QS-Verfahren der DeQS-RL. Mit dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse von 158 Qualitätsindikatoren und 81 Kennzahlen (insgesamt 239 Ergebnisse) für die standortbezogene Veröffentlichung empfohlen.

Die Ergebnisse von 168 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2021 werden nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen, da

- die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021 das erste Mal angewendet werden (n = 14) oder
- erhebliche Bedenken bezüglich der standortbezogenen Veröffentlichung der jeweiligen Ergebnisse bestehen (n= 12) oder
- keine Auswertung für das Erfassungsjahr 2021 erfolgt, sie keine zusätzlichen Informationen bieten bzw. sie noch in der Weiterentwicklung sind (n = 142).

Welche Qualitätsindikatoren und Kennzahlen dies im Einzelnen sind und wie die jeweilige Begründung für diese Empfehlung lautet, ist Tabelle 2, Tabelle 3, Tabelle 4 und Tabelle 5 sowie dem Anhang zu entnehmen.

Unter Einbezug der jeweiligen Expertengremien auf Bundesebene wurden für alle 295 Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen des Erfassungsjahres 2021, deren Ergebnisse für eine Veröffentlichung empfohlen werden, ergänzende „Fachliche Hinweise des IQTIG“ (Abschnitt 2.1) formuliert. Das IQTIG empfiehlt dem G-BA, die verpflichtende Veröffentlichung dieser Hinweise in seine Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufzunehmen. Die Zuordnung der „Fachlichen Hinweise des IQTIG“ zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ist dem Anhang zu entnehmen.

Folgende QS-Verfahren mit den betreffenden Auswertungsmodulen sind zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführt worden; alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen wurden neu entwickelt:

- Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen – Auswertungsmodul: Dialyse
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Auswertungsmodul: Kombinierte Herzklappenchirurgie
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Auswertungsmodul: Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Auswertungsmodul: Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Auswertungsmodul: Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Auswertungsmodul: Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe

Auch zum Erfassungsjahr 2021 werden die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen dieser QS-Verfahren nicht zur Veröffentlichung empfohlen, da entweder der Entwicklungsprozess noch nicht abgeschlossen ist und die Eignungskriterien noch nicht hinreichend geprüft sind oder die erforderlichen Daten erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung stehen.

Für das QS-Verfahren *Cholezystektomie* erfolgte die erstmalige Auswertung aller Qualitätsindikatoren im Jahr 2021 für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2019 sowie bereits in Teilen für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 (Indikatoren mit 30-Tage Follow-up). Die Auswertung der Qualitätsindikatoren befindet sich noch in der Weiterentwicklung bzw. Überarbeitung. Das Stellungnahmeverfahren wurde für 2021 ausgesetzt, sodass eine Veröffentlichung frühestens ab dem nächsten Berichtsjahr empfohlen werden kann.

Für das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* wurde im Jahr 2021 keine Daten erhoben, sodass die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden können.

Tabelle 1 enthält die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der o. g. QS-Verfahren, für die keine Veröffentlichung empfohlen wird.

*Tabelle 1: Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der QS-Verfahren, für die keine Veröffentlichung empfohlen wird*

QS-Verfahren (inkl. Auswertungsmodul)	Abkürzung Auswertungsmodul (Kürzel)	Qualitätsindikatoren	Kennzahlen	Gesamt
Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreas-transplantationen (Dialyse)	NET-DIAL	7	13	20
	davon neu	2	3	5
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (Offenchirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe)	KCHK-HK-CHIR	16	1	17
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe)	KCHK-HK-KATH	16	1	17
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie)	KCHK-KC-KOMB	20	2	22
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe)	KCHK-MK-CHIR	14	1	15
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe)	KCHK-MK-KATH	14	1	15

QS-Verfahren (inkl. Auswertungsmodul)	Abkürzung Auswertungsmodul (Kürzel)	Qualitätsindikatoren	Kennzahlen	Gesamt
Cholezystektomie	CHE	7	0	7
Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant)	WI-HI-A	1	0	1
	WI-NI-A	4	1	5
	davon neu	1	1	2
Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär)	WI-HI-S	1	0	1
	WI-NI-S	6	1	7
	davon neu	1	1	2

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Gesamtzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit 407 verringert (EJ 2020: 557). Ursache ist vor allem das Auslaufen der QSKH-RL. Infolge der Richtlinienüberführung werden Follow-up-Indikatoren, die im Vorjahr unter beiden Richtlinien (QSKH-RL und DeQS-RL) geführt wurden, in diesem Jahr nicht mehr miteinbezogen. Durch neu eingeführte QS-Verfahren zum Erfassungsjahr 2020 gibt es eine hohe Zahl neu entwickelter Qualitätsindikatoren, die sich noch in der Entwicklungsphase befinden. Weiterhin können viele Qualitätsindikatoren nicht ausgewertet werden, da es sich um Follow-up-Indikatoren handelt, deren Auswertung erst in den Folgejahren erfolgt. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung seit dem Erfassungsjahr 2013.

Abbildung 2 veranschaulicht die Zusammensetzung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden.

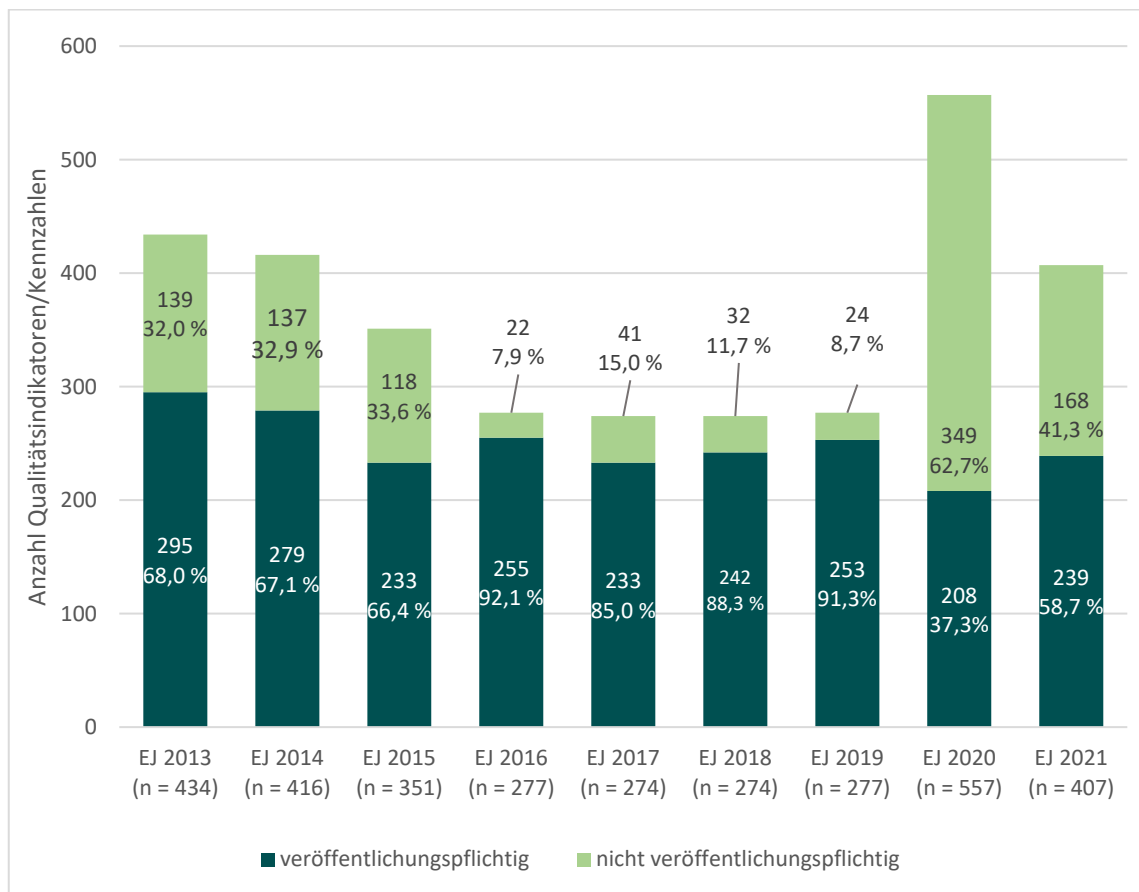


Abbildung 1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit veröffentlichungspflichtigen und nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (EJ 2013–2021)

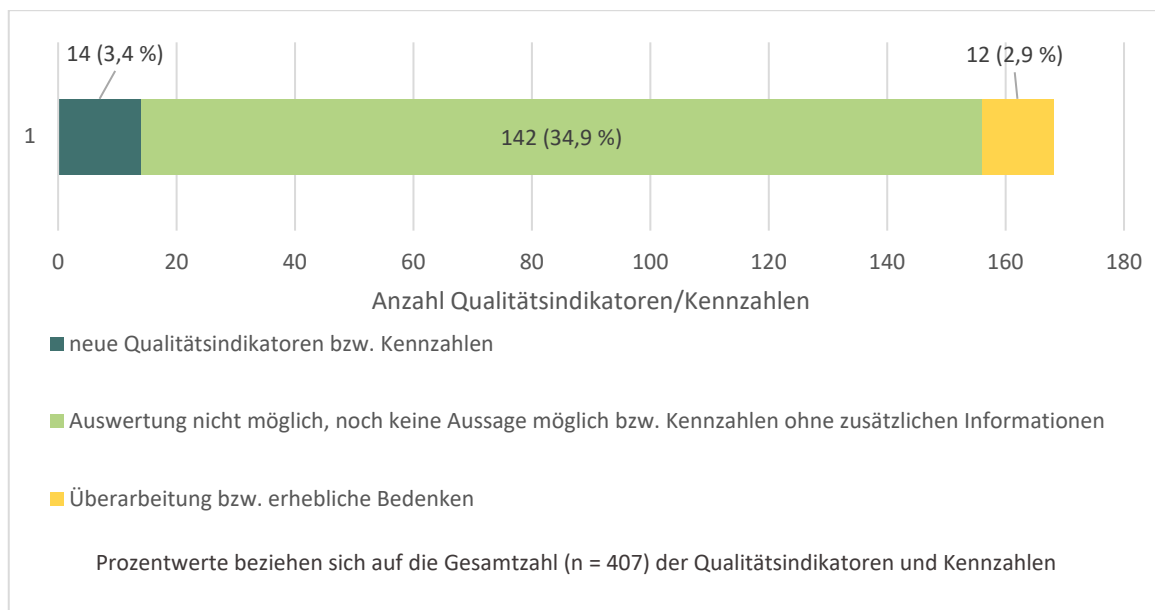


Abbildung 2: Zusammensetzung der nicht veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren und Kennzahlendes Erfassungsjahres 2021

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund erheblicher Bedenken nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Geburtshilfe (PM-GEBH)	331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	TKez	Da dies eine Kez mit geringer Fallzahl ist und es sich um ein seltenes, häufig schicksalhaftes Ereignis handelt, wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen.
Herzschrillmacher - Implantation (HSMDEF - HSM-IMPL)	102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	Der QI ist hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit noch zu überprüfen. Zudem ist derzeit noch kein Referenzbereich definiert. Für den QI gilt eine Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Qualitätsindikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.
	54143	Systeme 3. Wahl	QI	Aufgrund der Veröffentlichung einer neuen ESC-Leitlinie <sup>4</sup> Ende August 2021 entspricht dieser Indikator nicht mehr der aktuellen Evidenz. Der QI wird deshalb für das EJ 2021 nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen.
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (HSMDEF - DEFI-IMPL)	132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	Der QI ist hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit noch zu überprüfen. Zudem ist derzeit noch kein Referenzbereich definiert. Für den QI gilt eine Sonder-situation einer prolongierten Erprobungsphase. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Qualitätsindikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.

<sup>4</sup> Europäische Gesellschaft für Kardiologie (European Society of Cardiology)



Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)	54010	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	Durch den medizinischen Fortschritt kommt es zu einer verkürzten Verweildauer. Darüber hinaus werden verschiedene Messmethoden angewandt. Eine standortbezogene Veröffentlichung des Kennzahlerngebnisses wird daher nicht empfohlen.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	54026	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	Durch den medizinischen Fortschritt kommt es zu einer verkürzten Verweildauer. Darüber hinaus werden verschiedene Messmethoden angewandt. Eine standortbezogene Veröffentlichung des Kennzahlerngebnisses wird daher nicht empfohlen.
Mamma-chirurgie (MC)	52267	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	Der QI wird hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit und seiner Referenzbereiche noch überprüft: Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase, in der ermittelt werden soll, wie relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik dargestellt und durch das Stellungnahmeverfahren konkret identifizierbar gemacht werden können. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.
	52278	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	Der QI wird hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit und seiner Referenzbereiche noch überprüft: Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase, in der ermittelt werden soll, wie relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik dargestellt und durch das Stellungnahmeverfahren konkret identifizierbar gemacht werden können. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	QI	Nach der Erstausswertung im EJ 2020 erfolgte im Rahmen der Systempflege die Empfehlung zur Beschränkung des Nenners auf brusterhaltende Operationen. Wegen dieser wesentlichen Änderung wird eine standortbezogene Veröffentlichung der QI-Ergebnisse daher nicht empfohlen.
	212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	QI	Nach der Erstausswertung im EJ 2020 erfolgte im Rahmen der Systempflege die Empfehlung zur Beschränkung des Nenners auf brusterhaltende Operationen. Wegen dieser wesentlichen Änderung wird eine standortbezogene Veröffentlichung der QI-Ergebnisse daher nicht empfohlen.
Neonatologie (PM-NEO)	51077	Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	Für diese Kez wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen, da aktuell Unschärfen bei der Diagnostik und bei der Dokumentation einer PVL bestehen.
	50051	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an zystischen periventriculären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	Für diese Kez wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen, da aktuell Unschärfen bei der Diagnostik und bei der Dokumentation einer PVL bestehen.

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bei denen eine Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit ihrer Ergebnisse nicht möglich ist, da sie z. B. nicht ausgewertet werden können, oder deren Ergebnisse keine zusätzliche Aussagekraft haben und die daher nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappen-chirurgie (KCHK-AK-CHIR)	382003	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	382004	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	Diese Kez kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
				auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie (KCHK-AK-KATH)	372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	372003	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	372004	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)	352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	352003	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	352004	PCI innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	352005	PCI innerhalb eines Jahres	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.
	352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	Dieser QI kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	Diese Kez kann bezogen auf die Indexeingriffe des Jahres 2021 erst im Kalenderjahr 2023 berichtet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (PCI)	56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QI	Für diesen sozialdatenbasierten QI mit erster Auswertung zum Erfassungsjahr 2020 sind noch keine Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren auf Landesebene zur Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit verfügbar.
	56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QI	Für diesen sozialdatenbasierten QI mit erster Auswertung zum Erfassungsjahr 2020 sind noch keine Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren auf Landesebene zur Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit verfügbar.
	56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	QI	Für diesen sozialdatenbasierten QI mit erster Auswertung zum Erfassungsjahr 2020 sind noch keine Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren auf Landesebene zur Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit verfügbar.
	56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QI	Für diesen sozialdatenbasierten QI mit erster Auswertung zum Erfassungsjahr 2020 sind noch keine Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren auf Landesebene zur Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit verfügbar.
	56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	QI	Für diesen sozialdatenbasierten QI mit erster Auswertung zum Erfassungsjahr 2020 sind noch keine Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren auf Landesebene zur Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit verfügbar.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	QI	Für diesen sozialdatenbasierten QI mit erster Auswertung zum Erfassungsjahr 2020 sind noch keine Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren auf Landesebene zur Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit verfügbar.

Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund der erstmaligen Anwendung für das Erfassungsjahr 2021 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

QS-Verfahren (Auswertungsmodul)	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
Geburtshilfe (PM-GEBH)	182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	TKez
	182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	TKez
	182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	TKez
Nierentransplantation (NET-NTX)	572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	QI
	572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	QI

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bei denen eine Veröffentlichung ihrer Ergebnisse empfohlen wird, obwohl eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Nierentransplantation (NET-NTX)	572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2021 nach DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2144 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Anpassungen der Rechenregel wurden nicht vorgenommen.
	572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2021 nach. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 12809 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Anpassungen der Rechenregel wurden nicht vorgenommen.
	572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2021 nach DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 12729 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Anpassungen der Rechenregel wurden nicht vorgenommen.
Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)	572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2021 nach DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 12493 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Anpassungen der Rechenregel wurden nicht vorgenommen.
	572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2021 nach DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 51524 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Anpassungen der Rechenregel wurden nicht vorgenommen.



Auswertungs- modul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2021 nach DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 12824 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Anpassungen der Rechenregel wurden nicht vorgenommen.

## 4 Fazit

Die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden, hat sich für das Erfassungsjahr 2021 mit 239 (58,7 %) im Vergleich zum Erfassungsjahr 2020 (208 / 37,3 %) nur leicht verändert. Betrachtet man den Anteil der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse bisher veröffentlichungspflichtig waren, ist im Verlauf bis zum Erfassungsjahr 2019 ein steigender Trend zu erkennen (EJ 2013: 60,0 %; EJ 2019: 91,3 %). Durch erhebliche Änderungen und insbesondere durch den Übergang in die DeQS-RL hat sich diese Entwicklung nicht fortgesetzt. Hauptursachen hierfür sind:

- die Einführung von neuen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sowie der Einbezug mehrerer neuer QS-Verfahren, deren Ergebnisse auch im zweiten Regelbetriebsjahr noch nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden
- Follow-up-Indikatoren in den Transplantationsverfahren, deren sukzessive Auswertung erst in den Folgejahren wieder möglich ist
- sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Auswertung erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann

Die bereits zum Erfassungsjahr 2021 erwartete deutliche Steigerung der zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem erfolgten Übergang in die DeQS-RL sollte in den kommenden Erfassungsjahren erfolgen.

Hinweis: Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung sind die endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 vom G-BA noch nicht beschlossen worden. In Abhängigkeit der endgültigen Rechenregeln des Erfassungsjahres 2021 bedarf es eventuell umfassender Anpassungen des vorliegenden Berichts. Basis des Berichts sind die endgültigen Rechenregeln 2021 mit Stand vom 29. März 2022.

## Literatur

- BR-Drucksache 151/14 vom 11.04.2014. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG). 11.04.2014. URL: [http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0101-0200/151-14.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0101-0200/151-14.pdf?__blob=publicationFile&v=1) (abgerufen am: 20.03.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des IQTIG zur Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen. [Stand:] 27.11.2015. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2408/2015-11-27\\_IQTIG-Beauftragung\\_Beteiligung-Qesue.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2408/2015-11-27_IQTIG-Beauftragung_Beteiligung-Qesue.pdf) (abgerufen am: 19.03.2019).
- Geraedts, M; Auras, S; Hermeling, P; de Cruppé, W (2009): Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Qualitätsberichterstattung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134(Suppl. 6): S232-S233. DOI: 10.1055/s-0029-1241920.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Krankenhausbezogene öffentliche Berichterstattung von Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung. Empfehlungen des IQTIG zum Erfassungsjahr 2016. Stand: 20.04.2017. Berlin: IQTIG. URL: [https://www.iqtig.org/downloads/sqb/2016/IQTIG\\_Krankenhausbezogene-%C3%B6ffentliche-Berichterstattung-von-Qualit%C3%A4tsindikatoren\\_EJ-2016\\_Bericht\\_2017-04-20.pdf](https://www.iqtig.org/downloads/sqb/2016/IQTIG_Krankenhausbezogene-%C3%B6ffentliche-Berichterstattung-von-Qualit%C3%A4tsindikatoren_EJ-2016_Bericht_2017-04-20.pdf) (abgerufen am: 09.03.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen. Stand: 22.03.2018. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf) (abgerufen am: 28.03.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): Methodische Grundlagen. Entwurf für Version 2.0. Stand: 16.08.2021. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen\\_Entwurf-fuer-Version-2.0\\_2021-08-16.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.0_2021-08-16.pdf) (abgerufen am: 07.02.2022).
- Schwenk, U; Schmidt-Kaehler, S (2016): Public Reporting. Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. [Stand:] Januar 2016. (Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven, Nr. 1). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue\\_Publikationen/SpotGes\\_PubRep\\_dt\\_final\\_web.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue_Publikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf) (abgerufen am: 20.03.2019).

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