

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Berichts des Instituts nach § 137a SGB V über die Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen

Vom 21. Juni 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Juni 2018 beschlossen, den Bericht „Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen“ des Instituts nach § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 22. März 2018 gemäß **Anlage** zur Veröffentlichung auf den Internetseiten des Instituts nach § 137a SGB V freizugeben.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. Juni 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 22. März 2018

Impressum

Thema:

Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner:

Dr. Christof Veit, Gesine Schäfer-Reimers, Klaus Rittmeier, Alexandra Vogel

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

30. November 2017, geänderte Version vom 22. März 2018

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
1 Hintergrund	6
2 Beauftragung.....	7
3 Nomenklatur	8
4 Die neuen Kennzahlkategorien als Ergänzung zu Qualitätsindikatoren.....	10
4.1 Spezifikation berichts- bzw. veröffentlichungspflichtiger Kennzahlen in der QIDB	11
4.2 Darstellung berichts- bzw. veröffentlichungspflichtiger Kennzahlen	12
4.3 Kalkulatorische Kennzahlen	12
4.3.1 Beispiel 1: Darstellung der Einzelergebnisse von Indizes.....	13
4.3.2 Beispiel 2: Darstellung risikoadjustierter Qualitätsindikatoren	13
4.3.3 Kalkulatorische Kennzahlen in anderen Bereichen.....	14
4.3.4 Begleitende Informationen	14
4.4 Ergänzende Kennzahlen	14
4.4.1 Begleitende Informationen	15
4.5 Transparenzkennzahlen	15
4.5.1 Begleitende Informationen	16
4.6 Verfahrensspezifische Kennzahlen	16
4.6.1 Begleitende Informationen	17
5 Umsetzung des Konzeptes der neuen Kennzahlkategorien.....	18
5.1 Einteilung der 79 „gestrichenen Kennzahlen“ in das neue Kennzahlenkonzept	18
5.2 Stufenweise Einführung der Berichts- bzw. Veröffentlichungspflicht	19
5.3 1. Stufe – Interimslösung für 2017	20
5.4 2. Stufe – Umsetzung der Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifischen Kennzahlen (QIKDB und SQB 2018)	21
5.5 3. Stufe – Vollständige Umsetzung (QIKDB und SQB 2020).....	22
6 Veröffentlichungsfähigkeit und Veröffentlichungspflicht.....	23
7 Erfüllung der drei Punkte des Auftrags	24
8 Umsetzungszeitplan	26

9	Anhang	27
9.1	Übersicht der 79 „gestrichenen Kennzahlen“	27
9.2	SQB-Datensatzstruktur 2018.....	39
9.2.1	Neustrukturierung des Datensatzes.....	39
9.2.2	Minimalanpassung des Datensatzes	45
9.2.3	Erläuterung.....	48
9.3	Ergänzende Felder der QIDB	49
9.4	Darstellung in der QI- und Kennzahl-Datenbank (QIKDB).....	50
9.4.1	Qualitätsindikator mit kalkulatorischer Kennzahl.....	50
9.4.2	Transparenz (bzw. verfahrensspezifische)-Kennzahl mit ergänzender Kennzahl	53
9.5	Darstellung in der Bundesauswertung.....	56
9.5.1	Übersicht Kennzahlen	56
9.5.2	Qualitätsindikator mit kalkulatorischer Kennzahl.....	57
9.5.3	Ergänzende Kennzahlen in einer Kreuztabelle.....	61
9.5.4	Transparenzkennzahl (oder verfahrensspezifische Kennzahl).....	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Neue Inhalte der QIDB, die zur Spezifikation berichts- bzw. veröffentlichungs- pflichtiger Qualitätsindikatoren und Kennzahlen erforderlich sind	11
Tabelle 2: Begleitende Informationen zu kalkulatorischen Kennzahlen.....	14
Tabelle 3: Begleitende Informationen zu ergänzenden Kennzahlen	15
Tabelle 4: Begleitende Informationen zu Transparenzkennzahlen	16
Tabelle 5: Begleitende Informationen zu verfahrensspezifischen Kennzahlen	17
Tabelle 6: Übersicht der Änderungen der Feldbezeichnungen gegenüber dem ursprünglichen Datensatzformat	40
Tabelle 7: Ergebnisdarstellung eines Qualitätsindikators für ein Krankenhaus im QS-Verfahren "Gynäkologische Operationen" (fiktive Zahlen)	41
Tabelle 8: Ergebnisdarstellung einer Transparenzkennzahl für ein Krankenhaus im QS-Verfahren "Karotis-Revaskularisation" (fiktive Zahlen)	42
Tabelle 9: Ergebnisdarstellung eines Qualitätsindikators mit Risikoadjustierung für ein Krankenhaus im QS-Verfahren "Gynäkologische Operationen" (fiktive Zahlen).....	44
Tabelle 10: Ergebnisdarstellung einer Ergänzenden Kennzahl für ein Krankenhaus im QS-Verfahren "Herztransplantation" (fiktive Zahlen).....	45

1 Hintergrund

Das IQTIG hat in seinen „Methodischen Grundlagen“ dargelegt, dass Kennzahlen ohne Referenzbereich nicht geeignet sind, als Qualitätsindikatoren bezeichnet zu werden, da sie keine Wertung der Ergebnisse zulassen. Aus diesem Grund entschloss sich das IQTIG, die zuvor als Qualitätsindikatoren bezeichneten Kennzahlen aus diesem Status herauszunehmen. Damit folgte es auch Hinweisen verschiedener Seiten, die seit längerem beklagen, dass das gesetzliche QS-Verfahren immer die große Anzahl an Qualitätsindikatoren in der öffentlichen Darstellung hervorheben würde, dass aber bei genauem Hinsehen sehr viele Qualitätsindikatoren dabei seien, die aufgrund des fehlenden Referenzbereichs für Qualitätsbewertungen nicht geeignet seien.

Im Diskussionspapier des IQTIG vom 17. Januar 2017 wurde die Änderung der Einstufung von 91 Kennzahlen ohne Referenzbereich beschrieben, was auch Auswirkungen auf die Exporte aus der Qualitätsindikatorendatenbank (im Folgenden QIDB genannt) hatte. Bezüglich der Qualitätsberichte ist in der Folge die Befürchtung aufgetreten, dass etliche Kennzahlen wegfallen würden, die sehr patientenrelevant seien, und dass dadurch eine deutliche Verringerung der Transparenz in den Qualitätsberichten entstehen würde.

Die geäußerten Befürchtungen, dass die Änderungen des IQTIG zu größeren Einschränkungen bei der Transparenz führen würden, wurden vom IQTIG nicht geteilt. Wie von Dr. Christof Veit am 25. April 2017 in der AG QB dargelegt, werden alle patientenrelevanten Aspekte weiterhin in den Qualitätsberichten dargestellt werden.

Der G-BA hat aber entschieden, dass 79 von den gestrichenen 91 Kennzahlen weiterhin zur Veröffentlichung für die Qualitätsberichte zum Erfassungsjahr 2016 zur weiteren Information zur Verfügung stehen sollen. Von diesen 79 Kennzahlen sind 32 rohe Raten, 35 stammen aus den direkten Verfahren und bei 12 Kennzahlen handelt es sich um solche aus den indirekten Verfahren. Die Rechenregeln für diese 12 Kennzahlen wurden den LQS neben der QIDB zur Darstellung übermittelt. 12 Kennzahlen blieben gestrichen, weil sie inhaltlich als nicht valide angesehen worden sind.

2 Beauftragung

Des Weiteren hat das Plenum des G-BA am 20. Juli 2017 das IQTIG beauftragt, konkrete Empfehlungen zu erarbeiten:

1. welche Kennzahlen aus den indikatorgestützten Verfahren zur Veröffentlichung im Qualitätsbericht geeignet sind,
2. mit welchen zusätzlichen Informationen, fachlichen Hinweisen oder Bewertungen diese zu ergänzen sind, und
3. wie sie – insbesondere in Bezug auf die dazugehörigen Qualitätsindikatoren – darzustellen sind und wie sie ggf. die Information der Qualitätsindikatoren ergänzen können.

Zum Auftragsumfang gehört die Erstellung von Hinweisen bzw. Vorlagen zur Anpassung der Anlage 1 (hier insbesondere der Anhänge 1 und 3) der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) (Beschlusssentwurf des G-BA für die Plenumssitzung am 20. Juli 2017).

Das ausgearbeitete Konzept zur Einführung neuer Kennzahlkategorien (kalkulatorische Kennzahlen, ergänzende Kennzahlen, Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifische Kennzahlen) als Ergänzung von Qualitätsindikatoren wurde am 11. August 2017 von Dr. Christof Veit in der AG Qualitätsberichte vorgestellt.

3 Nomenklatur

Auch wenn einige der folgenden Begriffe erst in den folgenden Abschnitten näher erläutert werden, sollen hier bereits ihre Definitionen vorgestellt werden.

QS-Ergebnis

Ergebnis aus einem QS-Verfahren z. B. in Form eines Analyseergebnisses oder einer Bewertung. Zu den QS-Ergebnissen zählen sowohl Indikatorwerte, Indikatorbewertungen als auch Kennzahl-ergebnisse, die direkten Bezug zur Versorgungsqualität einer Einrichtung haben.

Qualitätsindikator

Qualitätsindikatoren messen den Grad der Erfüllung von Qualitätszielen über eine empirisch bestimmte Größe (den Indikatorwert), die mit Vergleichswerten in Beziehung gesetzt wird. Qualitätsindikatoren sind ein Konstrukt, das sich zusammensetzt aus der Definition eines Qualitätsziels, aus einem Messalgorithmus, der auf Versorgungsdaten angewendet wird, sowie aus einem Bewertungsschema, das auf den Indikatorwerten aufbaut, um zu einer Beurteilung der Versorgungsqualität einer Einrichtung zu gelangen.

Indikatormerkmal

Merkmal, das den Qualitätsaspekt eines Qualitätsindikators darstellt, z. B. das Vorkommen einer Komplikation oder das Einhalten eines Prozessstandards.

Indikatorwert

Ergebnis der Anwendung der Algorithmen eines Qualitätsindikators auf Versorgungsdaten. Da die extern-vergleichende Qualitätssicherung überwiegend statistisch arbeitet, handelt es sich fast immer um ein rechnerisches Ergebnis.

Kennzahl

Zahl zur Quantifizierung einer qualitativen Entität (z. B. Häufigkeit eines Merkmals, Mittelwert einer Messvariable über eine Grundgesamtheit von Fällen). Einer Kennzahl liegt ein Inhalt zugrunde, den die Kennzahl quantifiziert, sowie eine Berechnungsmethode. Es liegt (meist) kein definierter Bewertungsalgorithmus vor. Dies unterscheidet die meisten Kennzahlen von Qualitätsindikatoren.

Berichtspflichtige Kennzahl

Kennzahl, die in der QIDB spezifiziert wird mit der Verpflichtung, dass sie in den Auswertungen und Rückmeldeberichten für die Einrichtungen dargestellt wird. Hierbei geht es um eine Berichtspflicht auf Landes- und Bundesebene für alle teilnehmenden Einrichtungen und Ärztinnen/Ärzte.

Veröffentlichungspflichtige Kennzahl

Kennzahl, die in der QIDB spezifiziert wird mit der Verpflichtung, dass sie sowohl in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser als auch in den Auswertungen und Rückmeldeberichten für die Einrichtungen dargestellt wird. Die Veröffentlichungspflicht im SQB wird für die berichtspflichtigen Kennzahlen gesondert durch ein Fachgremium festgelegt und in einem Bericht zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen ausgewiesen.

Kalkulatorische Kennzahl

Berichts- bzw. veröffentlichungspflichtige Kennzahl, die zu einem Indikatorwert oder verfahrensspezifischen bzw. Transparenzkennzahlen weitere rechnerische Ergebnisse liefert, die mit dessen Berechnung in direktem Zusammenhang steht. Derzeit fallen darunter z. B. Kennzahlen als flankierende Information zu risikoadjustierten Qualitätsindikatoren (Angabe von Zähler und Nenner).

Ergänzende Kennzahl

Berichts- bzw. veröffentlichungspflichtige Kennzahl, die die Aussage eines Qualitätsindikators oder einer übergeordneten Kennzahl ergänzt, meist durch Differenzierung der Grundgesamtheit oder der Merkmalsmenge.

Transparenzkennzahl

Berichts- bzw. veröffentlichungspflichtige Kennzahl, die ohne direkten Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator über weitere wesentliche Aspekte der Versorgungsgeschehen einer einzelnen Einrichtung oder einrichtungsübergreifend informiert.

Verfahrensspezifische Kennzahl

Berichts- bzw. veröffentlichungspflichtige Kennzahl, die – über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren hinaus – die spezifischen Ergebnisse eines bestimmten Verfahrens wiedergibt.

4 Die neuen Kennzahlkategorien als Ergänzung zu Qualitätsindikatoren

Ein Kernelement der externen vergleichenden Qualitätssicherung ist die statistische Betrachtung von Versorgungsqualität anhand von qualitätsbezogenen Versorgungsdaten. Qualitätsindikatoren beschreiben dabei den Grad der Erfüllung von Qualitätszielen über eine empirisch bestimmte Größe (den Indikatorwert), die mit Vergleichswerten in Beziehung gesetzt wird („Methodischen Grundlagen“).

Bislang wurden in den Qualitätsberichten lediglich die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren sowie die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs dargestellt. Einige der in der Vergangenheit als Qualitätsindikatoren veröffentlichten Kennzahlen genügen aber den methodischen Anforderungen nicht und sollen daher nicht in den Qualitätsberichten dargestellt werden. Meist handelt es sich dabei um Kennzahlen, für die kein Referenzbereich definiert ist und die daher zur Bewertung von Versorgungsqualität nicht geeignet sind.

Andererseits gibt es auch Kennzahlen, die – weil sie keine Qualitätsindikatoren sind – bislang nicht in den Qualitätsberichten auftauchen, aber dennoch für die Information der Öffentlichkeit zur Versorgungsqualität einer Einrichtung wichtig wären.

Daher sollen künftig in Qualitätsberichten nicht nur die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren, sondern auch inhaltlich wichtige Kennzahlen ohne direkte Indikatorfunktion dargestellt werden. Das Konzept soll so gestaltet werden, dass es künftig verschiedene Optionen gibt, Kennzahlen in die Auswertungen und Veröffentlichungen verpflichtend einzubinden, ohne dass es dazu jedes Mal einer grundlegenden Änderung des Konzepts bedarf. Hierzu dient die Festlegung verschiedener Kennzahltypen mit unterschiedlichen Zwecken und Eigenschaften. Diese Typen stehen für künftige Entwicklungen als Muster zur Verfügung und können entsprechend vielfältig konkretisiert werden. Die Kennzahltypen, die derzeit das Spektrum erkennbarer Erfordernisse abdecken, umfassen

- kalkulatorische Kennzahlen (KKez),
- ergänzende Kennzahlen (EKez),
- Transparenzkennzahlen (TKez),
- verfahrensspezifische Kennzahlen (VKez).

Sie werden in den folgenden Kapiteln näher erläutert. Wesentlich für die Entscheidung, berichts- oder veröffentlichungspflichtige Kennzahlen einzusetzen, ist, ob ihre Darstellung in Auswertungen und Qualitätsberichten die Transparenz des Versorgungsgeschehens erhöhen kann. Diese Entscheidung kann nicht generisch gefällt werden, sondern muss im Einzelfall entschieden werden.

Die Spezifikationen dieser veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen werden künftig in der QIDB dokumentiert und von dort aus für die externen Umsetzungszwecke (Auswertungsformate,

Qualitätsberichtformate etc.) exportiert. Die Erweiterung der QIDB um berichtspflichtige Kennzahlen legt gleichzeitig auch die Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahlen in den Auswertungen und Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer verbindlich fest.

Die Zielsetzung, dass in der QIDB nicht nur Qualitätsindikatoren, sondern künftig auch berichts- bzw. veröffentlichungspflichtige Kennzahlen spezifiziert werden, macht es erforderlich, dass das Datenset der QIDB sowie die daraus abgeleiteten Exporte um bestimmte Felder erweitert werden. Diese Veränderungen wirken sich jedoch bei sehr vielen Beteiligten und bei etlichen Datenwegen aus.

4.1 Spezifikation berichts- bzw. veröffentlichungspflichtiger Kennzahlen in der QIDB

Die Einführung berichts- bzw. veröffentlichungspflichtiger Kennzahlen sowie deren Spezifikation in der QIDB stellt eine inhaltlich wichtige Erweiterung des Konzepts der Qualitätsberichte sowie der Standards für Auswertungen und Rückmeldeberichte dar.

Dies erfordert die prinzipielle Festlegung folgender Informationen, die aber nicht unbedingt bei allen zu berichtenden bzw. veröffentlichenden Kennzahlen zutreffen. Dies wird bei den einzelnen Typen von Kennzahlen in den jeweiligen Kapiteln definiert.

Tabelle 1: Neue Inhalte der QIDB, die zur Spezifikation berichts- bzw. veröffentlichungspflichtiger Qualitätsindikatoren und Kennzahlen erforderlich sind

Kategorie	Mögliche Inhalte
Art des Wertes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsindikator (QI) ▪ Kalkulatorische Kennzahl (KKez) ▪ Ergänzende Kennzahl (EKez) ▪ Transparenzkennzahl (TKez) ▪ Verfahrensspezifische Kennzahl (VKez)
Bezug zum Verfahren	z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ DeQS (QS-Maßnahmen nach QSKH-RL, Qesü-RL, DeQS-RL) ▪ QS-Planung ▪ Qualitätszu- und -abschläge ▪ Qualitätsverträge nach § 110a SGB V
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	Angabe des Indikators oder der Kennzahl, auf den sich diese Kennzahl bezieht.
Sortierung	Angabe zur Bestimmung der Reihenfolge der Darstellung bei ergänzenden oder kalkulatorischen Kennzahlen
Angaben zur Pflege	Zusammenfassende Bezeichnung für den bereits existierenden Informationsbereich, der sich mit der Entwicklung und Pflege eines Qualitätsindikators befasst. Diese Angaben sollen zukünftig auch zu Transparenzkennzahlen oder verfahrensspezifischen

Kategorie	Mögliche Inhalte
	Kennzahlen hinterlegt werden. Hierzu gehören z. B. die Bereiche „Hintergrund“, „Literatur“ oder weitere Erläuterungsfelder.
Darstellung	Optionale Angabe zu Anforderung an die Darstellung der Indikator- oder Kennzahlwerte. Vorgabe richtet sich primär an QIDB und Auswertungen. Eine Angabe im SQB ist denkbar, stellt aber lediglich eine Empfehlung dar.
Grafik	Optionale Angabe zu Anforderung zur grafischen Darstellung der Indikator- oder Kennzahlwerte. Die Vorgabe richtet sich primär an QIDB und Auswertungen. Eine Angabe im SQB ist denkbar, stellt aber lediglich eine Empfehlung dar. Anforderung an die grafische Darstellung, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grafik nicht erforderlich = keine Angabe in dem Feld ▪ Grafik zur Verteilung der Ergebnisse erforderlich ▪ Art der Grafik

4.2 Darstellung berichts- bzw. veröffentlichungspflichtiger Kennzahlen

Für die Qualitätsindikatoren gibt es einen mehr oder weniger klar definierten Standard der Darstellung, der aus einer Kombination von textueller Beschreibung, numerischer Auflistung, Gruppierung nach Fallzahl und unterschiedlicher grafischer Darstellung (Säulengrafik, Boxplot-Grafik) besteht. Für die einzelnen berichts- bzw. veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen sind die Mindestanforderungen zu definieren. So reicht bei den kalkulatorischen Kennzahlen meist die numerische Darstellung, während bei den verfahrensspezifischen Kennzahlen künftig neue grafische Darstellungsformen zu entwickeln sind. Die Form der Darstellung hängt davon ab, welche Inhalte auf welche Weise am besten kommuniziert werden können. Vergleichsaspekte werden z. B. durch Säulengrafiken, Verteilungaspekte z. B. durch Boxplots und erläuternde Kennzahlen, zu denen auch kalkulatorische Kennzahlen gehören, durch kurze Texte oder Zahlen am besten repräsentiert. Die Anforderungen an die Darstellung und die Grafiken richten sich primär an die Angaben in der QIDB und die Umsetzung in Auswertungen, die auf Landes- oder Bundesebene erstellt werden. Im SQB werden diese Felder für eine mögliche zukünftige Verwendung vorgesehen. Die Angaben dazu sind lediglich optional und auch nur als Empfehlung zu verstehen, deren Umsetzung freiwillig ist.

4.3 Kalkulatorische Kennzahlen

Qualitätsindikatoren zielen stets auf einen eindeutigen Indikatorwert, der dann der Wertung unterzogen wird. Bei der Berechnung dieses Indikatorwerts gibt es bisweilen assoziierte Kennzahlen, die direkt mit dessen Berechnung zusammenhängen und deren Darstellung das Indikatorergebnis besser verstehen lässt.

4.3.1 Beispiel 1: Darstellung der Einzelergebnisse von Indizes

Zwischenergebnisse eines komplexeren Qualitätsindikators können als kalkulatorische Kennzahlen dargestellt werden. So können z. B. bei der Zusammenfassung mehrerer Komplikationen zu einem Index die Einzelergebnisse als kalkulatorische Kennzahlen dem Indexwert erläuternd zugeordnet sein:

Indikatorwert: Index I_{1-n} über die Komplikationen K_1 bis K_n

Dieser Indikatorwert I_{1-n} berechnet sich aus den Einzelkennzahlen der Komplikationen K_1 bis K_n . Diese können daher als kalkulatorische Kennzahlen zugeordnet und somit begleitend im Qualitätsbericht als auch in den Auswertungen dargestellt werden. Es werden dadurch nicht nur der Indikatorwert, sondern auch die Einzelwerte, aus denen er sich zusammensetzt, transparent gemacht.

4.3.2 Beispiel 2: Darstellung risikoadjustierter Qualitätsindikatoren

Ein weiteres Beispiel für kalkulatorische Kennzahlen ist die Darstellung risikoadjustierter Qualitätsindikatoren. Zu deren fachlicher Bewertung ist es erforderlich, dass nicht nur der Indikatorwert dargestellt wird, sondern gleichzeitig auch weitere kalkulatorische Kennzahlen aufgelistet werden. Der Indikatorwert ist definiert als das Verhältnis der Anzahl Fälle O, bei denen das Zielmerkmal eines Qualitätsindikators (z. B. eine Komplikation) festgestellt wurde („O“ von „observed“) zur Anzahl Fälle E, bei denen nach Risikoadjustierung in der gleichen Einrichtung das Merkmal bzw. Ereignis zu erwarten gewesen wäre („E“ von „expected“).

Folgende Zahlen sollten künftig für die Darstellung von risikoadjustierten Kennzahlen zur Pflicht werden:

- Qualitätsindikatorwert $I_{Qi} = O_i / E_i$ (Verhältnis der beobachteten Fälle O zu den erwarteten Fällen E einer Einrichtung i)
- Zusammen mit Qualitätsindikatoren der Art O / E sind stets folgende kalkulatorischen Kennzahlen verbindlich zu berechnen und darzustellen:
 - Anzahl Fälle n (Anzahl der behandelten Fälle, auf die sich ein Indikatorwert bezieht)
 - Anzahl Fälle O (Anzahl der Fälle mit dem beobachteten Indikatormerkmal)
 - Anzahl Fälle E (Anzahl der Fälle, die mit dem Indikatormerkmal auf der Basis der Adjustierung erwartet werden)
- Risikoadjustierte Rate der Einrichtung i: $R_i = \text{Gesamtrate} * O_i / E_i$

Die grafische Darstellung in den Auswertungen der Länder und der Bundesebene umfasst sowohl eine Säulengrafik der Indikatorwerte I_{Qi} als auch eine Säulengrafik der risikoadjustierten Raten R_i sämtlicher Einrichtungen i. Entsprechende Angaben werden in der QIDB hinterlegt. Im SQB kann dies als Empfehlung hinterlegt werden, die Angabe ist freiwillig.

4.3.3 Kalkulatorische Kennzahlen in anderen Bereichen

Mit der Zunahme komplexerer Kalkulationen zur Ermittlung eines Indikatorwerts wird die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der ergänzenden Darstellung kalkulatorischer Kennzahlen wachsen, z. B. bei der Darstellung von komplexen Indexergebnissen oder Ergebnissen der Ereigniszeitanalyse. Hier ist stets im Einzelnen zu prüfen, welche kalkulatorischen Kennzahlen das Verständnis eines Indikatorwerts wesentlich unterstützen können.

4.3.4 Begleitende Informationen

Tabelle 2: Begleitende Informationen zu kalkulatorischen Kennzahlen

Kategorie	Mögliche Inhalte
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl (KKez)
Bezug zum Verfahren	Angabe nicht zwingend erforderlich, da ergänzende Kennzahlen sich primär auf einen übergeordneten Qualitätsindikator bzw. Kennzahl beziehen, die das Verfahren bestimmen
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	Angabe des Indikators oder der Kennzahl, auf den sich diese Kennzahl bezieht
Sortierung	Angabe zur Bestimmung der Reihenfolge der Darstellung
Rechenregel	erläuternde Informationen zur Kennzahl
Darstellung	Optionale Angabe zu Anforderung an die Darstellung der Werte Kalkulatorische Kennzahlwerte werden meist nur als numerischer Wert dargestellt, in Einzelfällen kann auch eine grafische Darstellung dies ergänzen. Die Vorgabe richtet sich primär an QIDB und Auswertungen. Eine Angabe im SQB stellt lediglich eine Empfehlung dar.
Grafik	Optionale Angabe. Grafik meist nicht erforderlich. Vorgabe richtet sich primär an QIDB und Auswertungen. Eine Angabe im SQB ist denkbar, stellt aber lediglich eine Empfehlung dar.

4.4 Ergänzende Kennzahlen

Qualitätsindikatoren fassen oft mehrere Facetten eines Qualitätsaspekts zusammen. Zum Verständnis eines konkreten Indikatorwerts kann es jedoch hilfreich sein zu analysieren, aus welchen Einzelfacetten dieser sich zusammensetzt, z. B. welche Teilergebnisse in bestimmten Subgruppen der Grundgesamtheit erzielt wurden. So kann es z. B. von Interesse sein, bei einer erhöhten Rate an Wundinfektionen zu analysieren, ob diese Wundinfektionen sich besonders bei Patienten ohne Antibiose finden, ob sie sich bei bestimmten Behandlungsstrategien gehäuft finden oder ob Risikopatienten mehr betroffen sind als andere. Solche Differenzierungen können helfen, die Ursachen auffälliger Indikatorwerte zu finden. Die Unterteilung der Grundge-

samtheit oder der Indikatormerkmale in relevante Subgruppen ist dabei einer der Wege, sinnvolle ergänzende Kennzahlen zu finden. Sie dienen sowohl dem Verständnis der Indikatorwerte im Strukturierten Dialog als auch im internen Qualitätsmanagement. Im Gegensatz zu den kalkulatorischen Kennzahlen ist der Rechenalgorithmus der ergänzenden Kennzahlen nicht bereits im Rechenalgorithmus des Qualitätsindikators explizit enthalten.

4.4.1 Begleitende Informationen

Tabelle 3: Begleitende Informationen zu ergänzenden Kennzahlen

Kategorie	Mögliche Inhalte
Art des Wertes	Ergänzende Kennzahl (EKez)
Bezug zum Verfahren	Angabe nicht zwingend erforderlich, da ergänzende Kennzahlen sich primär auf einen übergeordneten Qualitätsindikator bzw. Kennzahl beziehen, die das Verfahren bestimmen
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	Angabe des Indikators oder der Kennzahl, auf den sich diese Kennzahl bezieht
Sortierung	Angabe zur Bestimmung der Reihenfolge der Darstellung
Rechenregel	erläuternde Informationen zur Kennzahl
Darstellung	Optionale Anforderung an die Darstellung der Kennzahlwerte. Vorgabe richtet sich primär an QIDB und Auswertungen. Eine Angabe im SQB ist denkbar, stellt aber lediglich eine Empfehlung dar.
Grafik	Optionale Angabe. Grafik ggf. sinnvoll, wenn das Verhältnis der Subgruppen zueinander und das Verhältnis ihrer Ergebnisse visualisiert werden soll. Vorgabe richtet sich primär an QIDB und Auswertungen. Eine Angabe im SQB ist denkbar, stellt aber lediglich eine Empfehlung dar.

4.5 Transparenzkennzahlen

Qualitätsindikatoren adressieren Versorgungsaspekte, die von besonderer Qualitätsrelevanz sind. Es gibt aber auch Kennzahlen, die die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators nicht erfüllen, die jedoch für eine allgemeine Bewertung von Einrichtungen oder für eine übergreifende Beschreibung des Versorgungsgeschehens von großem Nutzen sind. Sie erhöhen die Transparenz als zusätzliche Information, ohne mit einem Qualitätsindikator verbunden zu sein. Hierzu zählt z. B. die Fallzahl behandelter Patienten im Beobachtungszeitraum. Künftig könnten z. B. auch strukturelle Parameter wie Personalausstattung als Transparenzkennzahlen eingesetzt werden. Die mütterliche Sterblichkeit in der Geburtshilfe ist zum Beispiel eine Transparenzkennzahl, die in der Bundes- oder den Landesauswertungen dargestellt werden soll, die aber wegen der geringen Fallzahl im SQB nicht bei der einzelnen Einrichtung aufgelistet sein soll, da sie ggf. eine abschreckende Wirkung haben könnte, die sachlich nicht gerechtfertigt ist.

4.5.1 Begleitende Informationen

Tabelle 4: Begleitende Informationen zu Transparenzkennzahlen

Kategorie	Mögliche Inhalte
Art des Wertes	Transparenzkennzahl (TKez)
Bezug zum Verfahren	Sofern eine Transparenzkennzahl Fakten darstellt, die in einem bestimmten Verfahren als Zusatzinformation dient, soll hier das spezifische Verfahren genannt werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ DeQS ▪ QS-Planung ▪ Qualitätszu- und -abschläge ▪ Qualitätsverträge nach § 110a SGB V
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	Angabe des Indikators oder der Kennzahl, auf den sich diese Kennzahl bezieht
Rechenregel	erläuternde Informationen zur Kennzahl
Angaben zur Pflege	Zusammenfassende Bezeichnung für den bereits existierenden Informationsbereich, der sich mit der Entwicklung und Pflege eines Qualitätsindikators befasst. Diese Angaben sollen zukünftig auch zu Transparenzkennzahlen oder verfahrensspezifischen Kennzahlen hinterlegt werden. Hierzu gehören z. B. die Bereiche „Hintergrund“, „Literatur“ oder weitere Erläuterungsfelder
Darstellung	Optionale Anforderung an die Darstellung der Kennzahlwerte. Vorgabe richtet sich primär an QIDB und Auswertungen. Eine Angabe im SQB ist denkbar, stellt aber lediglich eine Empfehlung dar.
Grafik	Optionale Angabe. Sinnhaftigkeit einer Grafik ist im Einzelnen zu prüfen. Vorgabe richtet sich primär an QIDB und Auswertungen. Eine Angabe im SQB ist denkbar, stellt aber lediglich eine Empfehlung dar.

4.6 Verfahrensspezifische Kennzahlen

Bestimmte Verfahren wie z. B. Qualitätszu- und -abschläge oder planungsrelevante Qualitätsindikatoren erzeugen bestimmte Informationen, Mess- und Entscheidungswerte, die selbst keine Qualitätsindikatoren sind, die aber dennoch zur Transparenz in den Qualitätsberichten benötigt werden. So spielt z. B. die Dauer einer statistischen Auffälligkeit bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren eine wichtige Rolle. Die Werte von Zuschlagsindizes bei Qualitätszu- und -abschlägen wäre ein anderes Beispiel. Sollte künftig die Begründung, warum eine rechnerische Auffälligkeit im Strukturierten Dialog dennoch als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurde, veröffentlicht werden, so könnte diese auch als eine „verfahrensspezifische Kennzahl“ eingeordnet werden, auch wenn sie als Text formatiert ist. Mit den neuen regulativen Verfahren wird die

Anzahl der verfahrensspezifischen Kennzahlen zur transparenten Darstellung der Ergebnisse als auch der getroffenen Entscheidungen und Vereinbarungen schnell wachsen.

4.6.1 Begleitende Informationen

Tabelle 5: Begleitende Informationen zu verfahrensspezifischen Kennzahlen

Kategorie	Mögliche Inhalte
Art des Wertes	Verfahrensspezifische Kennzahl (VKez)
Bezug zum Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DeQS ▪ QS-Planung ▪ Qualitätszu- und -abschläge ▪ Qualitätsverträge nach § 110a SGB V
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	Angabe des Indikators oder der Kennzahl, auf den sich diese Kennzahl bezieht
Rechenregel	erläuternde Informationen zur Kennzahl
Angaben zur Pflege	Zusammenfassende Bezeichnung für den bereits existierenden Informationsbereich, der sich mit der Entwicklung und Pflege eines Qualitätsindikators befasst. Diese Angaben sollen zukünftig auch zu Transparenzkennzahlen oder verfahrensspezifischen Kennzahlen hinterlegt werden. Hierzu gehören z. B. die Bereiche „Hintergrund“, „Literatur“ oder weitere Erläuterungsfelder
Darstellung	Optionale Anforderung an die Darstellung der Kennzahlwerte. Vorgabe richtet sich primär an QIDB und Auswertungen. Eine Angabe im SQB ist denkbar, stellt aber lediglich eine Empfehlung dar.
Grafik	Optionale Angabe. Grafik ggf. sinnvoll. Vorgabe richtet sich primär an QIDB und Auswertungen. Eine Angabe im SQB ist denkbar, stellt aber lediglich eine Empfehlung dar.

Die neuen Kennzahltypen erweitern den Informationsgehalt in Auswertungen und Berichten auf Bundes- und Landesebene, sie sind jedoch nicht als eine Beschränkung der Auswertungen auf nur diese Kennzahlen und Qualitätsindikatoren zu verstehen. Die neuen Kennzahltypen haben keine Relevanz für den Strukturierten Dialog bzw. das Stellungnahmeverfahren.

5 Umsetzung des Konzeptes der neuen Kennzahlkategorien

Im Rahmen der Vorstellung des Konzeptes in der AG QB wurde eine Interimslösung für 2017 vereinbart, da eine kurzfristige Anpassung des Datensatzes für den Export der Daten zum Qualitätsbericht (im folgenden SQB genannt) vermieden werden sollte. Für eine Umsetzung nach der Interimszeit soll ein Feinkonzept erstellt werden, welches hier näher beschrieben wird. Es mündet in einer Anpassung des Datensatzes für den SQB.

Die neuen Kennzahlkategorien, die die Kennzahltypen kalkulatorische Kennzahlen, ergänzende Kennzahlen, Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifische Kennzahlen vorsehen, sollen für künftige neue Kennzahlen herangezogen werden, können aber auch auf die 79 Kennzahlen angewandt werden, die aus methodischen Gründen nicht mehr als Qualitätsindikatoren infrage kommen.

5.1 Einteilung der 79 „gestrichenen Kennzahlen“ in das neue Kennzahlenkonzept

Hier wird dargestellt, wie die bereits oben beschriebenen 79 Kennzahlen, die zukünftig wieder zur Veröffentlichung zur Verfügung stehen sollen, vom IQTIG in die neuen Kennzahlkategorien eingeteilt werden:

- 32 Kennzahlen der rohe Raten: Diese Kennzahlen werden den kalkulatorischen Kennzahlen zugeordnet. Sie wurden bisher als Teil eines Qualitätsindikators im SQB und in der QIDB veröffentlicht. 4 Kennzahlen davon werden im Rahmen der Verfahrenspflege gestrichen.
- 35 Kennzahlen aus den direkten Verfahren: Davon werden 2 Kennzahlen im Rahmen der Verfahrenspflege gestrichen, 24 den ergänzenden Kennzahlen und 9 den Transparenzkennzahlen zugeordnet. Sie wurden bisher als Qualitätsindikator im SQB und in der QIDB veröffentlicht.
- 12 Kennzahlen aus den indirekten Verfahren werden den Transparenzkennzahlen zugeordnet. Diese waren bis 2015 Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich und wurden deshalb in der QIDB 2016 nicht berücksichtigt. Sie wurden entsprechend nicht als eigenständiger Qualitätsindikator in der QIDB und im SQB behandelt und somit nicht veröffentlicht. Sie wurden den LQS zur optionalen Darstellung für die Auswertung 2016 als Kennzahl übermittelt.

Zusammenfassend hat das IQTIG von den 79 „gestrichenen Kennzahlen“ 28 als kalkulatorische Kennzahlen, 21 als Transparenzkennzahlen und 24 als ergänzende Kennzahl eingeteilt. 6 Kennzahlen wurden im Rahmen der Verfahrenspflege gestrichen. Die detaillierte Übersicht der Einteilung können Sie dem Anhang 9.1 entnehmen (Stand: 4. Januar 2018). Es ist jedoch zu beachten, dass die Zahlen sich ändern können, falls im Rahmen der Verfahrenspflege weitere Kennzahlen gestrichen oder ergänzt werden müssen.

5.2 Stufenweise Einführung der Berichts- bzw. Veröffentlichungspflicht

Die Einführung der neuen Kennzahlkategorien hat nicht nur Auswirkungen auf den SQB, sondern auch auf das Instrument der Qualitätsindikatoren- und Kennzahlindikatorenbank, die zukünftig eine Qualitätsindikatoren- und Kennzahlindikatorenbank (im Verlauf QIKDB genannt) sein wird, sowie auf die Auswertungen auf Landes- und Bundesebene. Die Kennzahlen aus den neuen Kennzahlkategorien sind verpflichtend auf Landes- und Bundesebene zu berechnen und müssen, sofern sie als veröffentlichungspflichtig eingestuft worden sind, für den SQB exportiert werden. Deshalb müssen sie mit den dazugehörigen Rechenregeln in der QIKDB veröffentlicht werden. Es muss die Struktur der bestehenden QIDB geändert werden, um die einzelnen Kennzahlkategorien zu kennzeichnen und ihre Abhängigkeiten darzustellen. Zudem müssen in den Auswertungen in PDF und in maschinenlesbarer Form die Merkmale der neuen Kennzahlkategorien aufgenommen werden, um eine Zuordnung zu ermöglichen. Das bedeutet, dass die verantwortlichen Stellen, die den Export der Ergebnisse der Krankenhäuser für den SQB durchführen, ihre Exportsoftware anpassen müssen, um auch die Ergebnisse der neuen Kennzahltypen gemäß der neu zu definierenden Datensatzstruktur des SQB an die ITSG übermitteln zu können.

Neben den bereits genannten Gründen erfolgt die Einführung der neuen Kennzahlkategorien nach augenblicklichem Kenntnisstand gleichzeitig mit der Einführung von prospektiven Rechenregeln in der QSKH, was vom IQTIG gleichzeitig mit der Einführung der IQTIG-eigenen Softwarelösung zur Erstellung der QIDB und der Auswertungen realisiert werden muss. Das IQTIG empfiehlt, auf eine strukturelle Anpassung der QIDB in dieser Umstellungsphase zu verzichten, um Stabilität in der Umsetzung von QIDB, Auswertungen und SQB-Export zu gewährleisten. Zur Abmilderung verschiedener Risiken wird vor der vollständigen Umsetzung daher ein Zwischenschritt empfohlen.

Um den Umfang der Veränderung bei allen beteiligten Stellen moderat zu halten und somit die verpflichtende Umsetzung nicht zu gefährden, wird eine stufenweise Umsetzung vorgeschlagen:

1. Stufe: Interimslösung (QIDB 2017 und SQB 2017)
2. Stufe: Aufnahme der Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifischen Kennzahlen (QIKDB 2018 und SQB 2018)
3. Stufe: Aufnahme der ergänzenden Kennzahlen und risikoadjustierten Rate (QIKDB 2020 und SQB 2020)

Die stufenweise Einführung über den genannten Zeitraum gibt allen Beteiligten die Möglichkeit, ihre Systeme und Prozesse schrittweise umzustellen und so den SQB mit vergleichbaren Ergebnissen zu bedienen. Der enorme Anpassungsaufwand auf Landesebene, der sich durch die deutliche Erhöhung der verpflichtend zu berechnenden Kennzahlen ergibt, kann so verteilt werden. Zudem können Erfahrungen aus dem Export für das Erfassungsjahr 2018 gesammelt und ggf. in 2019 noch Optimierungen vorgenommen werden, bevor das gesamte Kennzahlset 2020 veröffentlicht werden muss.

Eine Auswirkung auf die Spezifikation hat die neue Darstellung der Kennzahlen nicht. Die prospektive Veröffentlichung von Rechenregeln für Qualitätsindikatoren erstreckt sich nicht auf die berichts- bzw. veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen.

5.3 1. Stufe – Interimslösung für 2017

Eine Änderung der Datenstruktur der QIDB betrifft viele Datenflüsse und Beteiligte im Bereich Auswertungen und Qualitätsberichte. Da die Zeitdauer für eine sorgfältige Realisierung bis zur QIDB 2017 zu kurz ist, hat sich die AG Qualitätsberichte in ihrer Sitzung am 11. August 2017 auf eine Interimslösung geeinigt. Das bedeutet, dass für den SQB und die QIDB 2017 keine Änderungen der Datenstrukturen erfolgen, da dennoch weiterhin wichtige ergänzende Werte zu den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren dargestellt werden können.

Des Weiteren werden die Anforderungen der plan. QI-RL im SQB umgesetzt (§ 11 Abs. 9 plan. QI-RL). Somit werden statistisch auffällige Krankenhäuser bei der Ergebnisdarstellung im Teil C des SQB für den jeweiligen planungsrelevanten Qualitätsindikator über einen neuen Schlüssel für das Feld „Bewertung durch den Strukturierten Dialog“ dargestellt.

In der Interimslösung erfolgt daher:

- Keine Anpassung des Datensatzes des SQB 2017 und der QIDB 2017.
- Unveränderte Darstellung der kalkulatorischen Kennzahlen (28 O und E Kennzahlen) bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren in der QIDB 2017 im SQB 2017 („Beobachtete Ergebnisse“ und „Erwartete Ergebnisse“).
- Bundesweit einheitliche Berechnung der Qualitätsindikatoren und der kalkulatorischen Kennzahlen der risikoadjustierten Qualitätsindikatoren.
- Ergebnisexport für den SQB 2017 wie zuvor mit einheitlicher Berechnung auf Bundes- und Landesebene inkl. 73 der „gestrichenen Kennzahlen“ aus 2016, die als Qualitätsindikator ohne Referenzbereich dargestellt werden. 6 der Kennzahlen wurden im Rahmen der Verfahrenspflege gestrichen.
- Darstellung der Auswertungsergebnisse sowie die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens bei statistischer Auffälligkeit im SQB 2017:
 - „U34“ für „statistisch auffällig, aber nach Stellungnahmeverfahren unauffällig“ oder
 - „A43“ für „statistisch auffällig, auch nach Stellungnahmeverfahren auffällig“.Wenn keine statistische Auffälligkeit vorliegt, erfolgt die Bewertung analog zu den Qualitätsindikatoren für die externe Qualitätssicherung (rechnerische Auffälligkeit).

Die Änderungen der Datenstruktur der QIDB kann dann für die Version des Jahres 2018 sorgfältig spezifiziert und von allen Beteiligten mit genügend Vorlauf realisiert werden.

5.4 2. Stufe – Umsetzung der Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifischen Kennzahlen (QIKDB und SQB 2018)

Diese Stufe sieht die Darstellung der Transparenzkennzahlen sowie der noch festzulegenden verfahrensspezifischen Kennzahlen vor. Dazu erfolgt eine einfache Erweiterung der QIDB, die damit zur Qualitätsindikatoren- und Kennzahl-Datenbank (QKDB) wird, und die Anpassung der Datensatzspezifikation des SQB. Dies bringt umfassende Änderungen der Anlagen 1 und 3 der Regelungen zum SQB mit sich, da neben den neuen Feldern auch die Bezeichnungen für die dargestellten Werte überarbeitet werden müssen.

Der Datensatz des SQB wird in Teilen neu strukturiert und erweitert um die Felder

- Art des Wertes (Art_Wert)
- Bezug zum Verfahren (Bezug_Verfahren)
- Bezug zu anderen QS-Ergebnissen (BezugsID)
- Sortierung
- Rechenregel
- Angaben zur Pflege (Informationsbereich)
- Darstellung (optionale Angabe, Empfehlung)
- Grafik (optionale Angabe, Empfehlung)

„Art des Wertes“ soll über Schlüssel eine Zuordnung des dargestellten Wertes zu den neuen Kennzahlkategorien bzw. die Kennzeichnung eines Qualitätsindikators ermöglichen. Im Feld „Bezug zum Verfahren“ kann z. B. angegeben werden, ob es sich um eine Kennzahl für die Qualitätssicherung nach QSKH-RL, Qesü-RL, bzw. DeQS-RL oder für die Planung handelt (Mehrfachnennungen sind möglich). Wenn die Art des Wertes eine ergänzende Kennzahl bestimmt, so ist über „Bezug zu anderen QS-Ergebnissen“ die Relation zu einem übergeordneten Qualitätsindikator oder einer übergeordneten Transparenzkennzahl oder verfahrensspezifischen Kennzahl abbildbar. Mithilfe von „Sortierung“ können die abhängigen ergänzenden Kennzahlen in eine Reihenfolge gebracht werden. Ein Umsetzungsvorschlag für das XML des SQB ist dem Anhang 9.2 zu entnehmen.

In der QIKDB werden in dieser Umsetzungsstufe neue Merkmale hinterlegt werden, mit denen die Transparenzkennzahlen und die verfahrensspezifischen Zahlen von den Qualitätsindikatoren abgegrenzt werden und der Bezug zu den zugrunde liegenden Richtlinien und Regelungen hergestellt werden.

In dieser Stufe erfolgt somit:

- Die Einführung der neuen Datenfelder im SQB.
- Darstellung der neuen Merkmale in der QIKDB (teilweise befüllt).
- Unveränderte Darstellung der kalkulatorischen Kennzahlen (28 O- und E-Kennzahlen).
- Die Erweiterung um die Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifischen Kennzahlen zusätzlich zu den Qualitätsindikatoren. Dies schließt die 12 Kennzahlen der indirekten Verfahren

ein, die 2016 optional zur Umsetzung an die Landesebene gegeben wurden, sowie die 9 Kennzahlen der direkten Verfahren. Sie werden als Qualitätsindikator ohne Referenzbereich dargestellt.

- Fortführung von 24 Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich aus den direkten Verfahren, die ab 2020 als ergänzende Kennzahlen klassifiziert werden.
- Eine bundesweit einheitliche Berechnung der Qualitätsindikatoren, kalkulatorischen Kennzahlen sowie der Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifischen Kennzahlen.
- Ergebnisexport für den SQB im neuen Datensatzformat.

5.5 3. Stufe – Vollständige Umsetzung (QIKDB und SQB 2020)

In dieser Stufe werden auch die ergänzenden Kennzahlen sowie ein festgeschriebenes Set für die risikoadjustierten Qualitätsindikatoren eingeführt. An der Struktur des SQB erfolgen keine weiteren Änderungen.

In der QIKDB werden weitere Merkmale hinterlegt, die eine hierarchische Darstellung der ergänzenden Kennzahlen ermöglichen. Insgesamt wird die QIKDB dann folgende Felder und Informationsbereiche enthalten, die im Anhang 9.3 dargelegt werden:

- Art des Wertes
- Bezug zum Verfahren
- Bezug zu anderen QS-Ergebnissen
- Sortierung
- Rechenregel
- Angaben zur Pflege (Informationsbereich)
- Darstellung
- Grafik

In dieser Stufe erfolgt somit:

- Aufnahme der ergänzenden Kennzahlen in den SQB sowie die Ergänzung der risikoadjustierten Rate als Teil eines Qualitätsindikators (analog O und E).
- Bundesweit einheitliche Berechnung der Qualitätsindikatoren und aller berichts- bzw. veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen.
- Ergebnisexport für den SQB für alle Qualitätsindikatoren und alle veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen. Dieser Export enthält alle 73 Kennzahlen, die vormals gestrichen worden sind. 6 Kennzahlen entfallen im Rahmen der Verfahrenspflege.

6 Veröffentlichungsfähigkeit und Veröffentlichungspflicht

Prinzipiell sind alle Indikatorergebnisse zu veröffentlichen, die zur Bewertung von Leistungserbringern herangezogen werden. Dies sind primär Indikatorwerte und künftig verfahrensspezifische Kennzahlen. Weiterhin sind Kennzahlen zu veröffentlichen, die für Patientinnen und Patienten hilfreich sind, um für sich oder Angehörige ein Krankenhaus oder eine passende Abteilung zur medizinischen Behandlung zu suchen. Da erfahrungsgemäß viele zusätzliche Kennzahlen neben den Indikatorwerten eher zu Unübersichtlichkeit führen, sind diese zusätzlichen Kennzahlen auf das Notwendige zu beschränken. Dabei bleibt immer ein Ermessensspielraum, der formal nicht geregelt werden kann. Indikatorwerte von Qualitätsindikatoren, die sich noch in der Erprobung befinden, sind von der Veröffentlichung ausgeschlossen, da ihre Ergebnisse noch nicht belastbar sind.

Derzeit liegen zwei besondere Konstellationen hinsichtlich der Veröffentlichungsfähigkeit vor: Einerseits haben die Indikatoren im Bereich der Transplantationsmedizin wegen der meist kleinen Fallzahlen oft keine Risikoadjustierung und auch keine festgelegten Referenzbereiche. Dennoch werden sie zur Information der Patientinnen und Patienten als veröffentlichungspflichtig eingestuft. Andererseits ist die Müttersterblichkeit im Bereich Geburtshilfe eine Kennzahl, die in den Einzel- und Bundesauswertungen dargestellt wird, die aber wegen der Singularität der Ereignisse nicht pro Einrichtung im Qualitätsbericht erscheinen sollte. Dort könnte sie eher zur Zurückhaltung von Schwangeren führen, in Einrichtungen zu gehen, die sich besonders um Problemschwangerschaften kümmern. Hier könnte eine missverständliche Transparenz eher zu unerwünschten Abschreckungsreaktionen führen.

Da nicht alle veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen, die in die QIDB und Auswertung kommen, zwingend in den SQB (z. B. Müttersterblichkeit) exportiert werden müssen, werden für die Veröffentlichung von Kennzahlen folgende Schritte vorgesehen:

1. Schritt: Festlegung der Kennzahlen, welche von der Landesebene ausgewertet müssen (Vorgabe über die QIKDB und somit Veröffentlichung der Rechenregel).
2. Schritt: Festlegung der Kennzahlen, die im SQB veröffentlicht werden. Dies muss vor der Veröffentlichung der endgültigen Version der QIKDB im April des Auswertungsjahres kommuniziert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ggf. Kennzahlen ausgenommen werden, deren Ergebnis für Patienten irreführend ist. Als Beispiel seien mütterliche Todesfälle in der Geburtshilfe genannt. Hier könnte ein Leistungserbringer, der sich auf Risikogeburten spezialisiert hat und dadurch eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Todesfällen hat, im Rahmen der Veröffentlichung in ein schlechtes Licht gerückt werden, obwohl hier gerade die risikobehafteten Geburten eine höhere Erfolgschance hätten.

Das Vorgehen zur Auswahl nur eines Teils der Maßzahlen in der QIKDB entspricht dem bisherigen Verfahren zur Bestimmung der Veröffentlichungsfähigkeit bei Qualitätsindikatoren.

7 Erfüllung der drei Punkte des Auftrags

Ad 1. „... welche Kennzahlen aus den indikatorgestützten Verfahren zur Veröffentlichung im Qualitätsbericht geeignet sind“

Das Konzept schlägt eine Systematik veröffentlichungsfähiger Kennzahlen vor, für die eine Veröffentlichungspflicht sinnvoll erscheint. Anhand des Konzepts sollten die QS-Verfahren zusammen mit den Experten der Bundesfachgruppen systematisch nach passenden Kennzahlen durchforstet oder solche neu generiert werden. Dabei ist aber auch zu beachten, dass eine zu große Vielzahl an Informationen die Transparenz wieder senken kann.

Ad 2. „... mit welchen zusätzlichen Informationen, fachlichen Hinweisen oder Bewertungen diese zu ergänzen ...“

Das Konzept schlägt eine Erweiterung des Datensatzes der QIDB um ganz bestimmte Informationsfelder vor, in der solche Hinweise zur Umsetzung und zur Information der Öffentlichkeit festgehalten werden können.

Ad 3. „... wie sie – insbesondere in Bezug auf die dazugehörigen Qualitätsindikatoren – darzustellen sind und wie sie ggf. die Information der Qualitätsindikatoren ergänzen können.“

Das Konzept erläutert für jeden der spezifizierten Kennzahltypen Aspekte der Informationen, die diese liefern können, und ihre mögliche Darstellung, sofern dies auf generischer Ebene geleistet werden kann.

Aufbauend auf dem beschriebenen Konzept empfiehlt das IQTIG für den Qualitätsbericht 2017 zunächst eine Interimslösung. Diese Lösung nutzt weiterhin die bestehende Struktur zur Darstellung der Ergebnisse und erfordert daher keine Anpassungen der QIDB für 2017.

Die stärkere Differenzierung der unterschiedlichen Kennzahlen wie auch die stärkere Differenzierung im Verfahrensbezug, also der zugrunde liegenden Richtlinien und Regelungen, legen es nahe, in künftigen Regelungen zum Qualitätsbericht vier zusätzliche Merkmale vorzusehen, die bei der künftigen Anpassung der Anlage 1 und den zugehörigen Anhängen berücksichtigt werden sollten.

Art des Wertes

Mit dieser Angabe kann der Typ des QS-Ergebnisses gekennzeichnet werden:

- Qualitätsindikator
- Kalkulatorische Kennzahl
- Ergänzende Kennzahl
- Transparenzkennzahl
- Verfahrensspezifische Kennzahl

Bezug zum Verfahren

Mit dieser Angabe kann der Bezug des QS-Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Richtlinien und Regelungen des G-BAs und ihren Zielsetzungen gekennzeichnet werden:

- Datengestützte Qualitätssicherung nach QSKH-RL, Qesü-RL, DeQS-RL (DeQS)
- QS-Planung
- Qualitätszu- und -abschläge
- Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

Mit dieser optionalen Angabe kann das Ergebnis einem anderen Ergebnis zugeordnet werden. Auf dieser Basis lassen sich für die öffentliche Berichterstattung beispielsweise Kennzahlen einem konkreten Indikator oder auch einem übergeordneten Kennzahl zuordnen. Vorteil dieser optionalen Angabe ist, dass auch Kennzahlen veröffentlicht werden können, die keinen konkreten Bezug zu einem Qualitätsindikator besitzen.

Sortierung

Wenn ergänzend zu einem Qualitätsindikator oder einer übergeordneten Kennzahl mehrere Kennzahlen dargestellt werden, die beispielsweise eine Stratifizierung abbilden, soll mit diesem Parameter die vorgesehene Reihenfolge in der Darstellung vorgegeben werden.

Indikatoren und berichts- oder veröffentlichungspflichtige Kennzahlen sind in der Hierarchie des Qualitätsberichts als gleichrangige Elemente anzusehen, da sie Versorgungsqualität abbilden. Bei berichts- oder veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen gibt es meist keine Referenzbereiche. Sie sind auch nicht Ausgangspunkt des Strukturierten Dialoges, sondern bleiben entweder ohne Bewertung oder sie sind bei den verfahrensspezifischen Kennzahlen bereits das Endergebnis einer solchen Bewertung. Wird bei der Weiterentwicklung der QIDB ein eigenständiges Element für die veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen gebildet, könnte auf einige Merkmale der Qualitätsindikatoren verzichtet werden. Wird die Integration in das bestehende Element „Indikator“ gewählt, ist dies bei der Aufbereitung der Ergebnisse für den strukturierten Qualitätsbericht voraussichtlich mit weniger Aufwand verbunden. Diese Aspekte sollten im Rahmen der weiteren Ausarbeitung und Diskussion der Berücksichtigung veröffentlichungspflichtiger Kennzahlen noch betrachtet werden.

Ein weiterer Aspekt, der noch im Detail zu entwickeln ist, ist die Vergleichbarkeit von Ergebnissen bei sich weiterentwickelnden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Man kann absolute Werte, Prozentwerte, rechnerische Auffälligkeiten und qualitative Auffälligkeiten vergleichen, um damit Zeitreihen zu bilden, die für die Darstellung und Trendbewertung von Qualitätsergebnissen sehr wichtig sind. Die Ergebnisse werden Auswirkung auf den Qualitätsbericht haben. Hierfür wird das IQTIG perspektivisch eine Schnittstelle zwischen QIDB und Qualitätsbericht vorsehen. In der QIDB (bzw. zukünftig QIKDB) werden die Zuordnungen der o. g. Merkmale pro Qualitätsindikator oder Kennzahl vom IQTIG hinterlegt.

8 Umsetzungszeitplan

In Anlehnung an das im Konzept vorgestellte Dreistufenkonzept wird die im Folgenden genannte Umsetzung empfohlen. Die Aufgaben beziehen sich auf den SQB. Der Zeitplan für die QIDB und Auswertungserstellung erfolgt im Rahmen der Verfahrenspflege.

Zeitplan SQB

Die Zeitplanung der Regelung für die Qualitätsberichte sieht für die Festlegungen zu den QS-Ergebnissen jeweils zwei wichtige Fristen als Ziel vor:

- a) Alle formalen Parameter werden in Anlage 1 der Qb-R verankert und sollen von der AG im Juli des zugehörigen Erfassungsjahres beschlossen werden.
- b) Die inhaltliche Entscheidung über die konkrete Auflistung der zu veröffentlichenden Inhalte erfolgt auf Basis des entsprechenden IQTIG-Berichts im April nach Abschluss des Erfassungsjahres.

Daraus ergibt sich, dass alle Änderungen, die sich auf die Struktur oder die Bezeichnungen der einzelnen Parameter auswirken, rechtzeitig zur Beratung der Anlage 1 zur Verfügung stehen müssen.

Für die Vorbereitung der nächsten Berichtsjahre ist unter Beibehaltung des empfohlenen Stufenkonzeptes konkret der folgende Zeitplan zu erwarten:

Regelung für Qualitätsberichte 2018

- a) Beschluss der Qb-R 2018 inkl. Anlage 1 in der AG QB 31.07.2018
Maßnahmen: Umsetzung der neuen Datensatzstruktur gemäß Stufe 2 und Beschreibung der auszufüllenden Felder für dieses Berichtsjahr
- b) Beschluss Anlage 3 (Veröffentlichung QS-Ergebnisse) 15.04.2019
Maßnahmen: Berücksichtigung der Kennzahlen gemäß Stufe 2

Regelung für Qualitätsberichte 2019

- a) Beschluss der Qb-R 2019 inkl. Anlage 1 in der AG QB 31.07.2019
Maßnahmen: keine strukturellen Anpassungen und keine Veränderung der auszufüllenden Felder. Ggf. Fehlerkorrekturen
- b) Beschluss Anlage 3 (Veröffentlichung QS-Ergebnisse) 15.04.2020
Maßnahmen: Berücksichtigung der Kennzahlen gemäß Stufe 2

Regelung für Qualitätsberichte 2020

- a) Beschluss der Qb-R 2020 inkl. Anlage 1 in der AG QB 31.07.2020
Maßnahmen: keine strukturellen Anpassungen und Beschreibung der zusätzlich auszufüllenden Felder (Hierarchiedarstellung, Risikoadjustierte Rate) für dieses Berichtsjahr.
- b) Beschluss Anlage 3 (Veröffentlichung QS-Ergebnisse) 15.04.2021
Maßnahmen: Berücksichtigung aller Kennzahlen gemäß Stufe 3

9 Anhang

9.1 Übersicht der 79 „gestrichenen Kennzahlen“

QI-ID	Modul	QI-Bezeichnung	Erläuterung aus dem Bericht von Herrn Veit vom 25. April 2017	Erfassungsjahr 2020	Erfassungsjahr 2019/2018	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2015
1100	09n1	Sterblichkeit im Krankenhaus	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 51191 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
54141	09n1	Systeme 1. Wahl	Rechenregel wurde den LQS übermittelt, Kennzahl steht wie bisher zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	keine Darstellung in der QIDB, als Neben-kennzahl in der BuAw	QI ohne Referenzbereich
54142	09n1	Systeme 2. Wahl	Rechenregel wurde den LQS übermittelt, Kennzahl steht wie bisher zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	keine Darstellung in der QIDB, als Neben-kennzahl in der BuAw	QI ohne Referenzbereich
51399	09n3	Sterblichkeit im Krankenhaus	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 51404 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
50020	09n4	Sterblichkeit im Krankenhaus	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 51186 (O/E)	QI ohne Referenzbereich

QI-ID	Modul	QI-Bezeichnung	Erläuterung aus dem Bericht von Herrn Veit vom 25. April 2017	Erfassungsjahr 2020	Erfassungsjahr 2019/2018	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2015
50044	09n6	Sterblichkeit im Krankenhaus	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 51196 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
51175	10n2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 11704 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
51176	10n2	Schwere Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 11724 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
51457	10n2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - kathetergestützt	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 51873 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
51478	10n2	Schwere Schlaganfälle oder Tod - kathetergestützt	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 51865 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
605	10n2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	Rechenregel wurde den LQS übermittelt, Kennzahl steht wie bisher zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	keine Darstellung in der QIDB, als Neben-kennzahl in der BuAw	QI ohne Referenzbereich
606	10n2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	Rechenregel wurde den LQS übermittelt, Kennzahl steht wie bisher zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	keine Darstellung in der QIDB, als Neben-kennzahl in der BuAw	QI ohne Referenzbereich

QI-ID	Modul	QI-Bezeichnung	Erläuterung aus dem Bericht von Herrn Veit vom 25. April 2017	Erfassungsjahr 2020	Erfassungsjahr 2019/2018	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2015
51445	10n2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	Rechenregel wurde den LQS übermittelt, Kennzahl steht wie bisher zur Verfügung.	Transparenzkennzahl	Transparenzkennzahl	QI ohne Referenzbereich	keine Darstellung in der QIDB, als Nebenkennzahl in der BuAw	QI ohne Referenzbereich
51448	10n2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	Rechenregel wurde den LQS übermittelt, Kennzahl steht wie bisher zur Verfügung.	Transparenzkennzahl	Transparenzkennzahl	QI ohne Referenzbereich	keine Darstellung in der QIDB, als Nebenkennzahl in der BuAw	QI ohne Referenzbereich
51859	10n2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	Rechenregel wurde den LQS übermittelt, Kennzahl steht wie bisher zur Verfügung.	Transparenzkennzahl	Transparenzkennzahl	QI ohne Referenzbereich	keine Darstellung in der QIDB, als Nebenkennzahl in der BuAw	QI ohne Referenzbereich
51860	10n2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	Rechenregel wurde den LQS übermittelt, Kennzahl steht wie bisher zur Verfügung.	Transparenzkennzahl	Transparenzkennzahl	QI ohne Referenzbereich	keine Darstellung in der QIDB, als Nebenkennzahl in der BuAw	QI ohne Referenzbereich
51417	15n1	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 51906 (O/E)	QI ohne Referenzbereich

Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen

Umsetzung

QI-ID	Modul	QI-Bezeichnung	Erläuterung aus dem Bericht von Herrn Veit vom 25. April 2017	Erfassungsjahr 2020	Erfassungsjahr 2019/2018	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2015
322	16n1	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 51181 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
51826	16n1	Azidose bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH- Bestimmung	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 51831 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
52243	16n1	Kaiserschnittgeburten	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 52249 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
52244	16n1	Mütter und Kinder, die zusammen nach Hause entlassen wurden	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	Streichung	Streichung	Streichung	zu 5254 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
54032	17n1	Gehunfähigkeit bei Entlassung	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 54033 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
54035	17n1	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 54036 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
54037	17n1	Postoperative Wundinfektion	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	Streichung	Streichung	Streichung	zu 54038 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
54039	17n1	Wundhämatome / Nachblutungen	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 54040 (O/E)	QI ohne Referenzbereich

QI-ID	Modul	QI-Bezeichnung	Erläuterung aus dem Bericht von Herrn Veit vom 25. April 2017	Erfassungsjahr 2020	Erfassungsjahr 2019/2018	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2015
54041	17n1	Allgemeine postoperative Komplikationen	Rohe Rate als Ergänzung der Risiko-adjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	zu 54042 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
54045	17n1	Sterblichkeit im Krankenhaus	Rohe Rate als Ergänzung der Risiko-adjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 54046 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
52326	DEK	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	Rechenregel wurde den LQS übermittelt, Kennzahl steht wie bisher zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	keine Darstellung in der QIDB, als Nebenkennzahl in der BuAw	QI ohne Referenzbereich
52008	DEK	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	Rohe Rate als Ergänzung der Risiko-adjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 52009 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
52327	DEK	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet	Rechenregel wurde den LQS übermittelt, Kennzahl steht wie bisher zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	keine Darstellung in der QIDB, als Nebenkennzahl in der BuAw	QI ohne Referenzbereich
341	HCH-AORT-CHIR	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich

QI-ID	Modul	QI-Bezeichnung	Erläuterung aus dem Bericht von Herrn Veit vom 25. April 2017	Erfassungsjahr 2020	Erfassungsjahr 2019/2018	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2015
343	HCH-AORT-CHIR	Sterblichkeit nach 30 Tagen	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
345	HCH-AORT-CHIR	Status am 30. postoperativen Tag	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
2263	HCH-AORT-CHIR	Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
340	HCH-AORT-CHIR	Sterblichkeit im Krankenhaus	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	QI ohne Referenzbereich, gehört zu 12092 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
11995	HCH-AORT-KATH	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
11996	HCH-AORT-KATH	Sterblichkeit nach 30 Tagen	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
11997	HCH-AORT-KATH	Status am 30. postoperativen Tag	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich

QI-ID	Modul	QI-Bezeichnung	Erläuterung aus dem Bericht von Herrn Veit vom 25. April 2017	Erfassungsjahr 2020	Erfassungsjahr 2019/2018	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2015
51915	HCH-AORT-KATH	Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Aortenklappenscore 2.0	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
11994	HCH-AORT-KATH	Sterblichkeit im Krankenhaus	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	QI ohne Referenzbereich, gehört zu 12168 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
349	HCH-KCH	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
351	HCH-KCH	Sterblichkeit nach 30 Tagen	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
353	HCH-KCH	Status am 30. postoperativen Tag	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
2256	HCH-KCH	Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
348	HCH-KCH	Sterblichkeit im Krankenhaus	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	QI ohne Referenzbereich, gehört zu 11617 (O/E)	QI ohne Referenzbereich

Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen

Umsetzung

QI-ID	Modul	QI-Bezeichnung	Erläuterung aus dem Bericht von Herrn Veit vom 25. April 2017	Erfassungsjahr 2020	Erfassungsjahr 2019/2018	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2015
360	HCH-KOMB	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
362	HCH-KOMB	Sterblichkeit nach 30 Tagen	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
2283	HCH-KOMB	Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
11391	HCH-KOMB	Status am 30. postoperativen Tag	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
359	HCH-KOMB	Sterblichkeit im Krankenhaus	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	QI ohne Referenzbereich, gehört zu 12193 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
54011	HEP	Gehunfähigkeit bei Entlassung	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 54012 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
52383	HTXM-MKU	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines BiVAD	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	Transparenzkennzahl	Transparenzkennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
52384	HTXM-MKU	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines TAH	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	Transparenzkennzahl	Transparenzkennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich

Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen

Umsetzung

QI-ID	Modul	QI-Bezeichnung	Erläuterung aus dem Bericht von Herrn Veit vom 25. April 2017	Erfassungsjahr 2020	Erfassungsjahr 2019/2018	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2015
52386	HTXM-MKU	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
52387	HTXM-MKU	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
52389	HTXM-MKU	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
52390	HTXM-MKU	Sepsis bei Implantation eines TAH	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
52392	HTXM-MKU	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
52393	HTXM-MKU	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
12542	HTXM-TX	30-Tages-Überleben (bei bekanntem Status)	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	Streichung	Streichung	Streichung	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
54027	KEP	Gehunfähigkeit bei Entlassung	Rohe Rate als Ergänzung der Risiko-adjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 54028 (O/E)	QI ohne Referenzbereich

Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen

Umsetzung

QI-ID	Modul	QI-Bezeichnung	Erläuterung aus dem Bericht von Herrn Veit vom 25. April 2017	Erfassungsjahr 2020	Erfassungsjahr 2019/2018	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2015
51594	LTX	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich und O/E	QI ohne Referenzbereich
51070	NEO	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)	Rohe Rate als Ergänzung der Risiko-adjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	Streichung	Streichung	Streichung	zu 50048 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
51085	NEO	Kinder mit nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	Rohe Rate als Ergänzung der Risiko-adjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 50060 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
51086	NEO	Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1.000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	Rohe Rate als Ergänzung der Risiko-adjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	Streichung	Streichung	Streichung	zu 50061 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
51087	NEO	Pneumothorax bei Kindern unter oder nach Beatmung	Rohe Rate als Ergänzung der Risiko-adjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 50062 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
51120	NEO	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten	Rohe Rate als Ergänzung der Risiko-adjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 51119 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
12667	NLS	Neu aufgetretene arterielle Hypertonie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	Streichung	Streichung	Streichung	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich

QI-ID	Modul	QI-Bezeichnung	Erläuterung aus dem Bericht von Herrn Veit vom 25. April 2017	Erfassungsjahr 2020	Erfassungsjahr 2019/2018	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2015
12729	NTX	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
12735	NTX	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
12741	NTX	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
12810	NTX	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
12811	NTX	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
11878	PNEU	Sterblichkeit im Krankenhaus	Rohe Rate als Ergänzung der Risikoadjustierung, QI steht unverändert zur Verfügung.	kalkulatorische Kennzahl	kalkulatorische Kennzahl	im risikoadjustierten QI enthalten	zu 50778 (O/E)	QI ohne Referenzbereich
2006	PNEU	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	Rechenregel wurde den LQS übermittelt, Kennzahl steht wie bisher zur Verfügung.	Transparenzkennzahl	Transparenzkennzahl	QI ohne Referenzbereich	keine Darstellung in der QIDB, als Nebenkennzahl in der BuAw	QI ohne Referenzbereich

Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen

Umsetzung

QI-ID	Modul	QI-Bezeichnung	Erläuterung aus dem Bericht von Herrn Veit vom 25. April 2017	Erfassungsjahr 2020	Erfassungsjahr 2019/2018	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2015
2007	PNEU	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)	Rechenregel wurde den LQS übermittelt, Kennzahl steht wie bisher zur Verfügung.	Transparenz-kennzahl	Transparenz-kennzahl	QI ohne Referenzbereich	keine Darstellung in der QIDB, als Neben-kennzahl in der BuAw	QI ohne Referenzbereich
12824	PNTX	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
12841	PNTX	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich
12861	PNTX	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	QI eines direkten Verfahrens, daher steht die Kennzahl zur Publikation im QB zur Verfügung.	ergänzende Kennzahl	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich	QI ohne Referenzbereich

9.2 SQB-Datensatzstruktur 2018

Eine Anpassung des SQB-Datensatzes ist als Vollumstellung zur Abbildung von Qualitätsindikatoren, Transparenzkennzahlen oder verfahrensspezifischen Kennzahlen sowie kalkulatorischen und ergänzenden Kennzahlen denkbar. Diese Variante wird im Folgenden „Neustrukturierung des Datensatzes“ bezeichnet. Sie wird vom IQTIG empfohlen. Alternativ kann eine Minimalanpassung vorgenommen werden, die aufgrund der Beibehaltung der alten Struktur und ihrer Bezeichnungen jedoch zu Irritationen führen kann. Sie wird im Folgenden als „Minimalanpassung des Datensatzes“ bezeichnet. Hiervor rät das IQTIG ab.

Folgend werden pro Variante zwei Beispiele des ab 2018 gültigen Datensatzes für den SQB dargestellt. Sie zeigen anhand eines Qualitätsindikators, der einmal ohne und einmal mit Risikoadjustierung dargestellt wird, die Unterschiede in der Darstellung von kalkulatorischen und ergänzenden Kennzahlen dar. Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifische Kennzahlen können analog zum Qualitätsindikator hinterlegt werden.

Die neuen Felder sind rot markiert. Umbenennungen oder eine Änderung in der Hierarchie wurde an diversen Stellen durchgeführt, diese werden jedoch nicht farblich markiert. Die in grün dargestellten Felder können leer gelassen werden, wenn die dargestellten Kennzahlen keine Qualitätsindikatoren sind. Kursiv dargestellte Elemente sind Ersatzelemente für die vorangegangenen.

9.2.1 Neustrukturierung des Datensatzes

Um die neuen Kennzahltypen analog zu Qualitätsindikatoren darstellen zu können, ist eine Umbenennung von Feldern notwendig sowie eine Änderung der Hierarchie, weil z. B. für die Kennzahlkategorien kein Strukturierter Dialog geführt wird und entsprechend dieser Bereich im Datensatz nur für Qualitätsindikatoren benötigt wird. Dadurch müssen Angaben zu Ergebnissen und Grundgesamtheit außerhalb platziert werden. Qualitätsindikatoren, Transparenzkennzahlen, verfahrensspezifische Kennzahlen und ergänzende Kennzahlen können alle mit demselben Schema abgebildet werden. Die Änderungen der Feldbezeichnungen gegenüber dem ursprünglichen Datensatzformat sind am Ende des Beispiels tabellarisch dargestellt. Im Folgenden ist exemplarisch ein Ergebnis ohne und ein Ergebnis mit Kalkulatorischer Kennzahl am Beispiel einer risikoadjustierten Kennzahl dargestellt. Dieses Beispiel bezieht sich auf den Fall, dass nur eine Auswertungseinheit geliefert wurde. Die Struktur ist jedoch übertragbar auf den Fall mehrerer Auswertungseinheiten (bestehend aus <Auswertungseinheit> ergänzt um <Nummer> und <Bezeichnung>).

Übersicht der Änderungen der Feldbezeichnungen gegenüber dem ursprünglichen Datensatzformat

Tabelle 6: Übersicht der Änderungen der Feldbezeichnungen gegenüber dem ursprünglichen Datensatzformat

neue Feldbezeichnung	alte Feldbezeichnung
<Ergebnisdarstellung>	<Qualitätsindikator>
<Ergebnis_ID>	<Kuerzel_Qualitätsindikator>
<Bezeichnung_Ergebnis>	<Bezeichnung_Qualitätsindikator>
<Ergebnis_Bewertung>	<Abgeschlossener_Strukt_Dialog>

Ergebnisse ohne Risikoadjustierung

<Ergebnis>

<Einziges_Auswertungseinheit>

<Ergebnisdarstellung>

<Kuerzel_Leistungsbereich>15n1-GYN-OP</Kuerzel_Leistungsbereich>

<Bezeichnung_Leistungsbereich>Gynäkologische Operationen </Bezeichnung_Leistungsbereich>

<Ergebnis_ID>10210</Ergebnis_ID >

<Bezeichnung_Ergebnis >Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung </Bezeichnung_Ergebnis >

<Bezug_Infektion/>

<Fachlicher_Hinweis_IQTIG>Text</Fachlicher_Hinweis_IQTIG >

<Art_Wert>QI</Art_Wert>

<Bezug_Verfahren>DeQS, QS-Planung</Bezug_Verfahren>

<BezugsID />

<Sortierung/>

<Darstellung/>

<Grafik/>

<Ergebnis_Bewertung>

<Ergebnis_Berichtsjahr>R10</Ergebnis_Berichtsjahr>

<Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr>eingeschränkt/nicht vergleichbar

</Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr>

<Keine_Bewertung> </ Keine_Bewertung >

</Ergebnis_Bewertung >

<Vertrauensbereich_Krankenhaus>

<Vertrauensbereich_Untere_Grenze>11,55

</Vertrauensbereich_Untere_Grenze>

<Vertrauensbereich_Obere_Grenze>12,55

</Vertrauensbereich_Obere_Grenze>

```

</Vertrauensbereich_Krankenhaus>
<Vertrauensbereich_Bundesweit>
  <Vertrauensbereich_Untere_Grenze>10,55
  </Vertrauensbereich_Untere_Grenze>
  <Vertrauensbereich_Obere_Grenze>15,55
  </Vertrauensbereich_Obere_Grenze>
</Vertrauensbereich_Bundesweit>
<Ergebnis>8,89</Ergebnis>
<Fallzahl>
  <Grundgesamtheit>45</Grundgesamtheit>
  <Beobachtete_Ereignisse>4</Beobachtete_Ereignisse>
</Fallzahl>
<Fallzahl_Datenschutz/>
<Einheit>%</Einheit>
<Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr>unverändert
</Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr>
<Bundesdurchschnitt>12,04</Bundesdurchschnitt>
<Referenzbereich><![CDATA[<= 20,00 % (Toleranzbereich)]]></Referenzbereich>
<Kommentar_Beauftragte_Stelle>Text</Kommentar_Beauftragte_Stelle>
<Kommentar_Krankenhaus> Text</Kommentar_Krankenhaus>
<Ergebnis_Mehrfach/>
</Ergebnisdarstellung >

```

Beispiele zur Umsetzung in tabellarischer Form (QI, TKez, VKez)

Tabelle 7: Ergebnisdarstellung eines Qualitätsindikators für ein Krankenhaus im QS-Verfahren "Gynäkologische Operationen" (fiktive Zahlen)

Ergebnis ID	10210
Bezeichnung Ergebnis	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
Art des Wertes	Qualitätsindikator (QI)
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis Bewertung Ergebnis Berichtsjahr	R10
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich Krankenhaus Untere Grenze	11,55
Vertrauensbereich Krankenhaus Obere Grenze	12,55
Vertrauensbereich Bundesweit Untere Grenze	10,55
Vertrauensbereich Bundesweit Obere Grenze	15,55

Ergebnis	8,89
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Einheit	%
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	12,04
Referenzbereich	<= 20,00 % (Toleranzbereich)

Tabelle 8: Ergebnisdarstellung einer Transparenzkennzahl für ein Krankenhaus im QS-Verfahren "Karotis-Revaskularisation" (fiktive Zahlen)

Ergebnis ID	51860
Bezeichnung Ergebnis	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Art des Wertes	Transparenzkennzahl (TKez)
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Vertrauensbereich Krankenhaus Untere Grenze	11,55
Vertrauensbereich Krankenhaus Obere Grenze	12,55
Vertrauensbereich Bundesweit Untere Grenze	10,55
Vertrauensbereich Bundesweit Obere Grenze	15,55
Ergebnis	8,89
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Einheit	%
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	12,04

Qualitätsindikator mit Risikoadjustierung

<Ergebnis>

<Einziges_Auswertungseinheit>

```

<Ergebnisdarstellung>
  <Kuerzel_Leistungsbereich>15n1-GYN-OP</Kuerzel_Leistungsbereich>
  <Bezeichnung_Leistungsbereich>Gynäkologische Operationen </Bezeichnung_
  Leistungsbereich>
  <Ergebnis_ID>10210</Ergebnis_ID >
  <Bezeichnung_Ergebnis >Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaft-
  en Befund nach Gewebeuntersuchung </Bezeichnung_Ergebnis >
  <Bezug_Infektion/>
  <Fachlicher_Hinweis_IQTIG>Text</Fachlicher_Hinweis_IQTIG >
  <Art_Wert>QI</Art_Wert>
  <Bezug_Verfahren>DeQS, QS-Planung</Bezug_Verfahren>
  <BezugsID />
  <Sortierung/>
  <Darstellung/>
  <Grafik/>
  <Ergebnis_Bewertung>
    <Ergebnis_Berichtsjahr>R10</Ergebnis_Berichtsjahr>
    <Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr>eingeschränkt/nicht vergleichbar
    </Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr>
    <Keine_Bewertung> </ Keine_Bewertung >
  </Ergebnis_Bewertung >
  <Vertrauensbereich_Krankenhaus>
    <Vertrauensbereich_Untere_Grenze>11,55
    </Vertrauensbereich_Untere_Grenze>
    <Vertrauensbereich_Obere_Grenze>12,55
    </Vertrauensbereich_Obere_Grenze>
  </Vertrauensbereich_Krankenhaus>
  <Vertrauensbereich_Bundesweit>
    <Vertrauensbereich_Untere_Grenze>11,55
    </Vertrauensbereich_Untere_Grenze>
    <Vertrauensbereich_Obere_Grenze>12,55
    </Vertrauensbereich_Obere_Grenze>
  </Vertrauensbereich_Bundesweit>
  <Ergebnis>0,00</Ergebnis>
  <Fallzahl>
    <Grundgesamtheit>45</Grundgesamtheit>
    <Beobachtete_Ereignisse>0</Beobachtete_Ereignisse>
    <Erwartete_Ereignisse >2,3</Erwartete_Ereignisse >
    <Risikoadjustierte_Rate>0,2</ Risikoadjustierte_Rate>
  </Fallzahl>
  <Fallzahl_Datenschutz />
  <Einheit>%</Einheit>

```

```

<Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr>unverändert
</Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr>
<Bundesdurchschnitt>12,04</Bundesdurchschnitt>
<Referenzbereich><![CDATA[<= 20,00 % (Toleranzbereich)]]></Referenzbereich>
<Kommentar_Beauftragte_Stelle>Text</Kommentar_Beauftragte_Stelle>
<Kommentar_Krankenhaus> Text.</Kommentar_Krankenhaus>
<Ergebnis_Mehrfach/>
</Ergebnisdarstellung >

```

Beispiele zur Umsetzung in tabellarischer Form (QI, TKez, VKez, KKez, EKez)

Tabelle 9: Ergebnisdarstellung eines Qualitätsindikators mit Risikoadjustierung für ein Krankenhaus im QS-Verfahren "Gynäkologische Operationen" (fiktive Zahlen)

Ergebnis ID	10210
Bezeichnung Ergebnis	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
Art des Wertes	Qualitätsindikator (QI)
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis Bewertung Ergebnis Berichtsjahr	R10
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich Krankenhaus Untere Grenze	1,55
Vertrauensbereich Krankenhaus Obere Grenze	2,55
Vertrauensbereich Bundesweit Untere Grenze	0,55
Vertrauensbereich Bundesweit Obere Grenze	5,55
Ergebnis	1,48
Grundgesamtheit	2696
Beobachtete Ereignisse	40
Erwartete Ereignisse	42
Risikoadjustierte Rate	1,17
Einheit	%
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	12,04
Referenzbereich	<= 20,00 % (Toleranzbereich)

Tabelle 10: Ergebnisdarstellung einer Ergänzenden Kennzahl für ein Krankenhaus im QS-Verfahren "Herztransplantation" (fiktive Zahlen)

Ergebnis ID	54098_52389
Bezeichnung Ergebnis	Geplante Einsatzdauer bei Patienten bei Implantation eines BiVAD - Einsatzdauer von 7-14 Tage
Art des Wertes	Ergänzende Kennzahl (Ekez)
Bezug zum Verfahren	DeQS
BezugsID	54098
Sortierung	1
Vertrauensbereich Krankenhaus Untere Grenze	11,55
Vertrauensbereich Krankenhaus Obere Grenze	12,55
Vertrauensbereich Bundesweit Untere Grenze	10,55
Vertrauensbereich Bundesweit Obere Grenze	15,55
Ergebnis	8,89
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Einheit	%
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	12,04

9.2.2 Minimalanpassung des Datensatzes

Diese Variante wird nicht empfohlen, weil die bestehenden Bezeichnungen (z. B. <Qualitätsindikator>) der neuen Struktur, die eine Darstellung von anderen Ergebnissen als denen von Qualitätsindikatoren vorsehen muss, nicht gerecht werden. Irritationen können auch entstehen durch die Platzierung von <Fallzahl_Datenschutz> und <Einheit> innerhalb des Bereichs <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>, da für keinen Kennzahltyp außer Qualitätsindikatoren ein strukturierter Dialog zu führen ist.

Qualitätsindikator ohne Risikoadjustierung

<Ergebnis>

<Einziges_Auswertungseinheit>

<Qualitätsindikator>

<Kuerzel_Leistungsbereich>15n1-GYN-OP</Kuerzel_Leistungsbereich>

```

<Bezeichnung_Leistungsbereich>Gynäkologische Operationen
</Bezeichnung_Leistungsbereich>
<Kuerzel_Qualitaetsindikator>10210</Kuerzel_Qualitaetsindikator>
<Bezeichnung_Qualitaetsindikator>Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne
krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung </Bezeichnung_Qualitaetsindikator>
<Bezug_Infektion/>
<Fachlicher_Hinweis_IQTIG>Text</Fachlicher_Hinweis_IQTIG >
<Art_Wert>QI</Art_Wert>
<Bezug_Verfahren>Planung</Bezug_Verfahren>
<Bezug_QI>10211</Bezug_QI>
<Sortierung>1</Sortierung>
<Abgeschlossener_Strukt_Dialog>
  <Ergebnis_Berichtsjahr>R10</Ergebnis_Berichtsjahr>
  <Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr>eingeschränkt/nicht vergleichbar
  </Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr>
  <Vertrauensbereich_Krankenhaus>
    <Vertrauensbereich_Untere_Grenze>11,55
    </Vertrauensbereich_Untere_Grenze>
    <Vertrauensbereich_Obere_Grenze>12,55
    </Vertrauensbereich_Obere_Grenze>
  </Vertrauensbereich_Krankenhaus>
  <Vertrauensbereich_Bundesweit>
    <Vertrauensbereich_Untere_Grenze>11,55
    </Vertrauensbereich_Untere_Grenze>
    <Vertrauensbereich_Obere_Grenze>12,55
    </Vertrauensbereich_Obere_Grenze>
  </Vertrauensbereich_Bundesweit>
<Ergebnis>0,00</Ergebnis>
<Fallzahl>
  <Grundgesamtheit>45</Grundgesamtheit>
  <Beobachtete_Ereignisse>0</Beobachtete_Ereignisse>
</Fallzahl>
<Fallzahl_Datenschutz />
<Einheit>%</Einheit>
<Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr>unverändert
</Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr>
<Bundesdurchschnitt>12,04</Bundesdurchschnitt>
<Referenzbereich><![CDATA[<= 20,00 % (Toleranzbereich)]]></Referenzbereich>
</Abgeschlossener_Strukt_Dialog>
<Strukt_Dialog_nicht_abgeschlossen/>
<Kommentar_Beauftragte_Stelle>Text</Kommentar_Beauftragte_Stelle>
<Kommentar_Krankenhaus> Text.</Kommentar_Krankenhaus>

```

<Ergebnis_Mehrfach/>
</Qualitaetsindikator>

Qualitätsindikator mit Risikoadjustierung

<Ergebnis>
 <Einziges_Auswertungseinheit>
 <Qualitaetsindikator>
 <Kuerzel_Leistungsbereich>15n1-GYN-OP</Kuerzel_Leistungsbereich>
 <Bezeichnung_Leistungsbereich>Gynäkologische Operationen
 </Bezeichnung_Leistungsbereich>
 <Kuerzel_Qualitaetsindikator>10210</Kuerzel_Qualitaetsindikator>
 <Bezeichnung_Qualitaetsindikator>Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne
 krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung </Bezeichnung_Qualitaetsindikator>
 <Bezug_Infektion/>
 <Fachlicher_Hinweis_IQTIG>Text</Fachlicher_Hinweis_IQTIG >
 <Art_Wert>QI</Art_Wert>
 <Bezug_Verfahren>Planung</Bezug_Verfahren>
 <Bezug_QI>10211</Bezug_QI>
 <Sortierung>1</Sortierung>
 <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>
 <Ergebnis_Berichtsjahr>R10</Ergebnis_Berichtsjahr>
 <Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr>eingeschränkt/nicht vergleichbar
 </Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr>
 <Vertrauensbereich_Krankenhaus>
 <Vertrauensbereich_Untere_Grenze>11,55
 </Vertrauensbereich_Untere_Grenze>
 <Vertrauensbereich_Obere_Grenze>12,55
 </Vertrauensbereich_Obere_Grenze>
 </Vertrauensbereich_Krankenhaus>
 <Vertrauensbereich_Bundesweit>
 <Vertrauensbereich_Untere_Grenze>11,55
 </Vertrauensbereich_Untere_Grenze>
 <Vertrauensbereich_Obere_Grenze>12,55
 </Vertrauensbereich_Obere_Grenze>
 </Vertrauensbereich_Bundesweit>
 <Ergebnis>0,00</Ergebnis>
 <Fallzahl>
 <Grundgesamtheit>45</Grundgesamtheit>
 <Beobachtete_Ereignisse>0</Beobachtete_Ereignisse>
 <Erwartete_Ereignisse >2,3</Erwartete_Ereignisse >
 <Risikoadjustierte_Rate>0,2</ Risikoadjustierte _Rate>
 </Fallzahl>


```

<Fallzahl_Datenschutz />
<Einheit>%</Einheit>
<Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr>unverändert
</Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr>
<Bundesdurchschnitt>12,04</Bundesdurchschnitt>
<Referenzbereich><![CDATA[<= 20,00 % (Toleranzbereich)]]></Referenzbereich>
</Abgeschlossener_Strukt_Dialog>
<Kommentar_Beauftragte_Stelle>Text</Kommentar_Beauftragte_Stelle>
<Kommentar_Krankenhaus> Text.</Kommentar_Krankenhaus>
<Ergebnis_Mehrfach/>
</Qualitaetsindikator>

```

9.2.3 Erläuterung

Schlüssel der einzelnen neuen Felder:

<Art_Wert>

QI	=	Qualitätsindikator
KKez	=	Kalkulatorische Kennzahl
EKez	=	Ergänzende Kennzahl
TKez	=	Transparenzkennzahl
VKez	=	Verfahrensspezifische Kennzahl

<Bezug_Verfahren>

Mehrfachnennung möglich, Komma als Trennzeichen

DeQS	=	QS-Maßnahmen nach QSKH-RL, Qesü-RL, DeQS-RL
QS-Planung	=	Planungsrelevanz
QZA	=	Qualitätszu- und Abschlüge
QV	=	Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

<BezugsID>

N	=	ID des Qualitätsindikators, der Transparenzkennzahl oder verfahrensspezifischen Kennzahl, auf den sich die Kennzahl bezieht; entspricht Wert aus dem Feld <Ergebnis_ID>
---	---	---

<Sortierung>

N	=	<i>Laufende Nummer, die bei abhängigen Kennzahlen die Reihenfolge der Kennzahl bestimmt. Mehrere Hierarchieebenen werden durch eine entsprechende Nummerierung dargelegt (drei ergänzende Kennzahlen in einer Ebene: 1,2,3. In zwei Ebenen: 1, 2.1, 2.2)</i>
---	---	--

<Darstellung>

N = Anzahl Nachkommastellen (Empfehlung)

<Grafik>

text = Empfohlener Grafiktyp

<Risikoadjustierte_Rate>

N = Wert der risikoadjustierten Rate

9.3 Ergänzende Felder der QIDB

Kategorie	Mögliche Inhalte
Art des Wertes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsindikator (QI) ▪ Kalkulatorische Kennzahl (KKez) ▪ Ergänzende Kennzahl (EKez) ▪ Transparenzkennzahl (TKez) ▪ Verfahrensspezifische Kennzahl (VKez)
Bezug zum Verfahren	z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ DeQS ▪ QS-Planung ▪ Qualitätszu- und -abschläge ▪ Qualitätsverträge nach § 110a SGB V
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	Angabe des Indikators oder der Kennzahl, auf den sich diese Kennzahl bezieht.
Sortierung	Angabe zur Bestimmung der Reihenfolge der Darstellung bei ergänzenden oder kalkulatorischen Kennzahlen
Rechenregel	erläuternde Informationen zum Indikator oder der Kennzahlen
Angaben zur Pflege	Zusammenfassende Bezeichnung für den bereits existierenden Informationsbereich, der sich mit der Entwicklung und Pflege eines Qualitätsindikators befasst. Diese Angaben sollen zukünftig auch zu Transparenzkennzahlen oder verfahrensspezifischen Kennzahlen hinterlegt werden. Hierzu gehören z. B. die Bereiche „Hintergrund“, „Literatur“ oder weitere Erläuterungsfelder.
Darstellung	Anforderung an die Darstellung der Indikator- oder Kennzahlwertes. Optionale Angabe
Grafik	Anforderung an die grafische Darstellung, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grafik nicht erforderlich = keine Angabe in dem Feld ▪ Grafik zur Verteilung der Ergebnisse erforderlich ▪ Art der Grafik

9.4 Darstellung in der QI- und Kennzahl-Datenbank (QIKDB)

Die erforderlichen Veränderungen in der QIKDB sollen am Beispiel eines risikoadjustierten Qualitätsindikators mit einer kalkulatorischen Kennzahl (54028) sowie einer Transparenzkennzahl (52389) mit einer ergänzenden Kennzahl verdeutlicht werden. Eine verfahrensspezifische Kennzahl kann wie eine Transparenzkennzahl abgebildet werden. In der Einführungsphase sollen die Angaben zur Kennzahlpflege (s. Abschnitt 9.3) für Transparenz- und verfahrensspezifische Kennzahlen möglichst bereits vorgenommen werden.

Die Neuerungen sind rot markiert.

Die Beispiele für die Darstellung in der QIKDB und den Auswertungen basieren auf erdachten Kennzahlen, deren Ähnlichkeit mit bekannten Qualitätsindikatoren deshalb vorhanden ist, weil die Unterschiede zur herkömmlichen Darstellung der Qualitätsindikatoren herausgestellt werden sollen. Der Fokus der Abbildungen liegt also auf der schematischen Darstellung der Neuerungen, nicht auf dem Inhalt.

9.4.1 Qualitätsindikator mit kalkulatorischer Kennzahl

54028: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Kennzahl-Information	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Qualitätsziel	Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung

Hintergrund

Ziel einer Hüftendoprothesen-Implantation oder eines -Wechsels ist die Wiederherstellung des schmerzfreien Gehens. Die Gehfähigkeit und Gangsicherheit, welche durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst werden, können unterschiedlich schnell erreicht werden. Sie sind jedoch eine wesentliche Voraussetzung für die Rehabilitation...

Literatur

xxx...

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
11:B	Geschlecht	M	1 = männlich 2 = weiblich	GESCHLECHT
...				

Berechnung

QI-ID	54028
Bewertungsart	Logistische Regression (O / E)
Referenzbereich 2016	<= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Referenzbereich 2015	<= 4,48 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Erläuterung der Risikoadjustierung	<p>Im QS-Verfahren zur Knieendoprothesenversorgung werden für die Indikatorengruppe „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ die verschiedenen Eingriffsarten Knieendoprothesen-Erstimplantation und Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels zusammen abgebildet. Für eine adäquate Risikoadjustierung dieser verschiedenen Patientengruppen wird ein logistisches Regressionsmodell verwendet. In diesem Regressionsmodell treten vier Arten von Risikofaktoren auf:</p> <p>a) Gemeinsame Risikofaktoren, welche auf alle Patientengruppen zutreffen (etwa Alter und Geschlecht),</p> <p>b) Die Art des Eingriffs als Risikofaktor,</p> <p>c) Statistische Interaktionen zwischen der Art des Eingriffs und den gemeinsamen Risikofaktoren, welche eine gruppenspezifische Einflussstärke der gemeinsamen Risikofaktoren ermöglichen,</p> <p>d) Gruppenspezifische Risikofaktoren, welche nur auf bestimmte Eingriffsarten zutreffen (etwa Entzündungszeichen vor einer Reimplantation).</p>
Rechenregel	<p>Zähler Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren</p> <p>Nenner Alle Patienten ab 18 Jahren mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation oder einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden</p> <p>O (observed) Beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</p> <p>E (expected) Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54028</p>
Erläuterung der Rechenregel	Gehunfähigkeit bedeutet, dass der Patient nicht in der Lage ist, mindestens 50 Meter zurückzulegen (auch nicht in Begleitung oder mit Gehhilfe) oder sich im Rollstuhl fortbewegt oder bei Entlassung bettlägerig ist.

	Der Qualitätsindikator ist angelehnt an die bis 2014 in der externen stationären Qualitätssicherung geführten Indikatoren mit der QI-ID 51004 und QI-ID 51044.	
Teildatensatzbezug	KEP:B	
Zähler (Formel)	O_54028	
Nenner (Formel)	E_54028	
Verwendete Funktionen	-	
Darstellung	Nachkommastellen: 2	
Grafik	Benchmarkdiagramm	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	Kennzahl-ID	O_54028
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54028
	Bezug zum QS-Verfahren	DeQS
	Sortierung	1
	Rechenregel	Beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
	Operator	Anteil
	Teildatensatz	HEP:B
	Zähler	GEHHILFEENTL IN (3,4) ODER GEHSTRECKEENTL IN (4,5)
	Nenner	alter >= 18 UND GEHHILFEN IN (0,1,2) UND GEHSTRECKE IN (1,2,3) UND NICHT ENTLGRUND = '07'
	Darstellung	Nachkommastellen: 2
	Grafik	keine
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	Kennzahl-ID	E_54028
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54028
	Bezug zum QS-Verfahren	DeQS
	Sortierung	2
	Rechenregel	Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KEP-Score

	Operator	Mittelwert
	Teildatensatz	KEP:B
	Zähler	Fn_KEPScore_54028
	Nenner	(alter >= 18 UND GEHSTRECKE IN (1,2,3) UND GEHHILFEN IN (0,1,2) UND NICHT ENTLGRUND = '07') UND fn_1stErsteOP
	Darstellung	Nachkommastellen: 2
	Grafik	keine

9.4.2 Transparenz (bzw. verfahrensspezifische)-Kennzahl mit ergänzender Kennzahl

52389: Sepsis bei Implantation eines BiVAD

Kennzahl-Information	Sepsis bei Implantation eines BiVAD
Qualitätsziel	Die Sepsisrate nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll gering sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS

Hintergrund

Die mechanische Herzunterstützung ist assoziiert mit häufigen und oft schwerwiegenden Komplikationen, welche auch oftmals die unmittelbaren Todesursachen sind. Infektionen und Blutungen stellen die relevantesten Komplikationen ...

Literatur

xxx...

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
27:B	Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert?	M	0 = nein 1 = ja	VADTAHJN
...				

Berechnung

QI-ID	52389
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	Nicht definiert
Referenzbereich 2015	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Patienten mit einer Sepsis</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patienten mit Implantation eines BiVAD und einer geplanten Einsatzdauer des Herzunterstützungssystems über 7 Tage</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HTXM:B
Zähler (Formel)	fn_SepsisBiVAD
Nenner (Formel)	fn_EntlassungInAJ UND fn_GGistHTXM_MKU UND GEPEINSATZDAUER = 1 UND ARTSYSTEM = 3
Verwendete Funktionen	fn_AJ fn_EntlassungInAJ fn_EntlassungJahr fn_GGistHTXM_MKU fn_SepsisBiVAD fn_ViewBiVAD
Darstellung	Nachkommastellen: 2
Grafik	Benchmarkdiagramm, Boxplot

Bei nur einer Transparenzkennzahl wäre die Darstellung hier zu Ende. Folgend wird die Darstellung für das Erfassungsjahr 2020 mit ergänzender Kennzahl dargestellt.

Ergänzende Kennzahlen	
Geplante Einsatzdauer bei Patienten bei Implantation eines BiVAD	
Art des Wertes	Ergänzende Kennzahl
Kennzahl-ID	54098_52389
Bezug zu QS-Ergebnissen	52389
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Rechenregel	Einsatzdauer von 7-14 Tage
Operator	Anteil
Teildatensatz	HTXM:B
Zähler	(fn_EntlassungInAJ UND fn_GGistHTXM_MKU UND GEPEINSATZDAUERTAGE >= 7 UND GEPEINSATZDAUERTAGE < 14 UND ARTSYSTEM = 1)
Nenner	fn_EntlassungInAJ UND fn_GGistHTXM_MKU UND GEPEINSATZDAUER = 1 UND ARTSYSTEM = 3
Darstellung	Nachkommastellen: 2
Grafik	keine
Geplante Einsatzdauer bei Patienten bei Implantation eines BiVAD	
Art des Wertes	Ergänzende Kennzahl
Bezug zu QS-Ergebnissen	52389
Kennzahl-ID	54098_52389
Bezug zum QS-Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Rechenregel	Einsatzdauer von 14-21 Tage
Operator	Anteil
Teildatensatz	HTXM:B
Zähler	(fn_EntlassungInAJ UND fn_GGistHTXM_MKU UND GEPEINSATZDAUERTAGE >= 14 UND GEPEINSATZDAUERTAGE < 21 UND ARTSYSTEM = 1)
Nenner	fn_EntlassungInAJ UND fn_GGistHTXM_MKU UND GEPEINSATZDAUER = 1 UND ARTSYSTEM = 3
Darstellung	Nachkommastellen: 2

	Grafik	keine
--	--------	-------

9.5 Darstellung in der Bundesauswertung

Im Folgenden werden die notwendigen Anpassungen der Bundesauswertung (BuAw) exemplarisch dargestellt. Alle Bezeichnungen und IDs sind exemplarisch.

Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifische Kennzahlen müssen (zumindest vorerst) nicht in dem Umfang dargestellt werden wie Qualitätsindikatoren.

Die Neueinführung von den neuen Kennzahltypen bedeutet nicht, dass in der Bundesauswertung nicht auch andere Ergebnisse dargestellt werden können. Die ergänzenden Kennzahlen stellen eine Ausnahme dar. Es handelt sich hierbei um Kennzahlen, die so wichtig sind, dass eine Darstellung im SQB auf jeden Fall angeraten ist. Ergänzende Kennzahlen heben sich in ihrer Bedeutung deutlich von denen ab, die einfache Stratifizierungen darstellen oder Übersichten in Kreuztabellen. Letztere können weiterhin in Auswertungen/Berichten aufgeführt werden, ohne Eingang in die QIDB oder den SQB zu erhalten. Dies gilt auch für die Kennzahlen in der Basisauswertung.

Die Neuerungen sind rot markiert.

9.5.1 Übersicht Kennzahlen

In der Bundesauswertung bleibt die Übersicht der Qualitätsindikatoren erhalten. Sie enthält auch Angaben zur Veröffentlichungspflicht und zur Tendenz. In ein bis zwei weiteren Übersichten werden die Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifischen Kennzahlen dargestellt, für die keine Tendenz ausgewiesen wird, aber die Veröffentlichungspflicht.

Ergänzende Kennzahlen werden in der Tabelle abgebildet, in der der übergeordnete Typ angesiedelt ist, also entweder in der Übersicht der Qualitätsindikatoren oder in einer der anderen Übersichten. Die Angabe der Tendenz entfällt, die Markierung der Veröffentlichungspflicht wird vorgenommen. Kalkulatorische Kennzahlen sollen wie bisher die Ergebnisse für O und E nicht in der Übersicht abgebildet werden. Entsprechend entfällt auch die Markierung der Veröffentlichungspflicht im Qualitätsbericht im Rahmen der Bundesauswertung.

Übersicht Transparenzkennzahlen

TKez-ID	Bezeichnung	2016	2015
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	96,54 %	94,92 %
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	93,02 %	92,01 %
54003	Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	17,46 %	18,79 %

Übersicht verfahrensspezifische Kennzahlen

VKez-ID	Bezeichnung	2016	2015
54004	Sturzprophylaxe	92,87 %	83,99 %
54005	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,79 %	99,70 %

9.5.2 Qualitätsindikator mit kalkulatorischer Kennzahl

Die Darstellung einer Transparenzkennzahl oder verfahrensspezifischen Kennzahl kann der eines Qualitätsindikators folgen. In der Anfangsphase kann dies entfallen, d. h. auf Grafiken, Perzentilverteilungstabellen oder eine Differenzierung nach Fallzahlen kann verzichtet werden. Eine Einführung kann ggf. später bei Bedarf für diese beiden Kennzahltypen in Erwägung gezogen werden.

54028: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**Qualitätsziel**

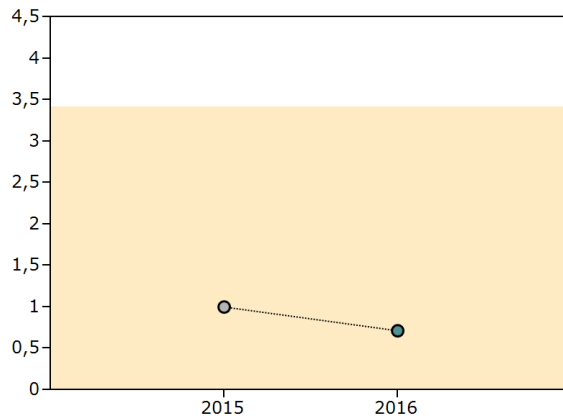
Selten operationsbedingte Einschränkung des Gehens bei Entlassung.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

QI-ID	54028
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit (N)	Alle Patienten ab 18 Jahren mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation oder einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden
Zähler	Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren
O (observed)	Beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
E (expected)	Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54028
Referenzbereich	≤ 3,41 (95. Perzentil), Toleranzbereich
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Bundesergebnisse

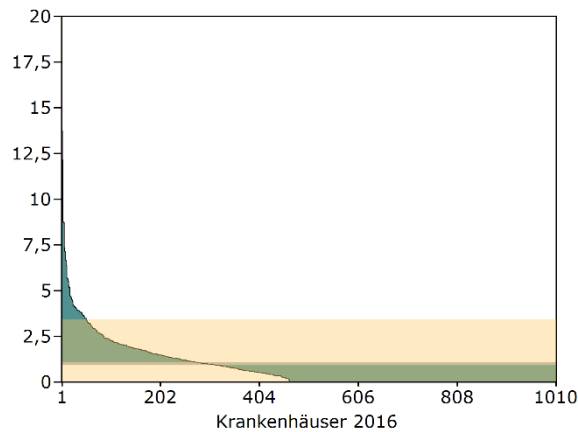
(2016: N = 174.124 Fälle und 2015: N = 161.665 Fälle)



Erfassungsjahr	Ergebnis O / E	Vertrauensbereich	O	E
2016	0,72	0,67 - 0,76	0,57 % 987 / 174.124	0,79 % 1.380 / 174.124
2015	1,00	0,95 - 1,06	0,78 % 1.268 / 161.665	0,78 % 1.268 / 161.665

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen

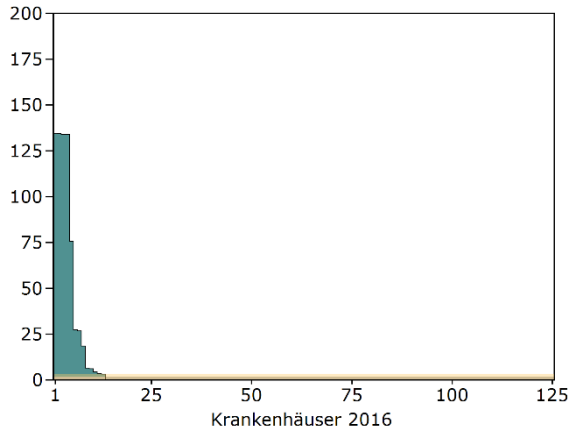
(2016: N = 1.010 Krankenhäuser und 2015: N = 1.023 Krankenhäuser)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,19	2,28	3,41	13,73
2015	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,34	2,87	4,48	85,88

Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen

(2016: N = 125 Krankenhäuser und 2015: N = 135 Krankenhäuser)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,22	27,16	134,48
2015	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,97	94,31	314,78

Kennzahlübersicht

Kalkulatorische Kennzahl			
Kennzahl-ID	Beschreibung	Ergebnis 2016	Ergebnis 2015

O_54028	Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	0,57 % 987 / 174.124	0,78 % 1.268 / 161.665
---------	--	-------------------------	---------------------------

Kennzahl-ID	Beschreibung	Ergebnis 2016	Ergebnis 2015
-------------	--------------	---------------	---------------

Logistische Regression

O_54028	O (observed, beobachtet)	0,57 % 987 / 174.124	0,78 % 1.268 / 161.665
---------	--------------------------	-------------------------	---------------------------

E_54028	E (expected, erwartet)	0,79 % 1.380 / 174.124	0,78 % 1.268 / 161.665
---------	------------------------	---------------------------	---------------------------

O-E_54028	O - E	-0,23 %	0,00 %
-----------	-------	---------	--------

Qualitätsindikator			
QI-ID	Beschreibung	Ergebnis 2016	Ergebnis 2015

54028	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	0,72	1,00
-------	--	------	------

Ergänzende Kennzahl			
Kennzahl-ID	Beschreibung	Ergebnis 2016	Ergebnis 2015
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung			
54095_54028	nach Erstimplantation	0,45 % 717 / 159.649	0,67 % 986 / 147.545
54037_54028	nach einseitigem Wechsel	1,71 % 227 / 13.288	1,77 % 222 / 12.549
54016_54028	nach zweizeitigem Wechsel	3,99 % 65 / 1.630	4,05 % 68 / 1.681

Ergänzende Kennzahl			
Kennzahl-ID	Beschreibung	Ergebnis 2016	Ergebnis 2015
93105_54028	Patienten mit Gehfähigkeit bei Entlassung von allen Patienten mit Gehunfähigkeit bei Aufnahme/ vor der Fraktur	86,81 % 7.621 / 8.779	87,82 % 7.862 / 8.952

Kennzahl-ID	Beschreibung	Ergebnis 2016	Ergebnis 2015
16258_54028	Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung von allen Patienten mit Gehunfähigkeit bei Aufnahme/ vor der Fraktur	13,19 % 1.158 / 8.779	12,18 % 1.090 / 8.952

9.5.3 Ergänzende Kennzahlen in einer Kreuztabelle

Zeit zwischen Aufnahme und Operation (Aufnahmewochentage) (Werte 2016)	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
EKez-ID	4711_54028	4712_54028	4713_54028	4714_54028
< 24 Stunden	56,75 % 19.557 / 34.461	58,53 % 4.933 / 8.428	48,24 % 3.593 / 7.448	52,30 % 3.623 / 6.927
EKez-ID	4715_54028	4716_54028	4717_54028	4718_54028
24 - 48 Stunden	27,87 % 9.603 / 34.461	16,26 % 1.370 / 8.428	29,38 % 2.188 / 7.448	32,15 % 2.227 / 6.927
EKez-ID	4719_54028	4720_54028	4721_54028	4722_54028
> 48 Stunden	15,38 % 5.301 / 34.461	25,21 % 2.125 / 8.428	22,38 % 1.667 / 7.448	15,55 % 1.077 / 6.927

9.5.4 Transparenzkennzahl (oder verfahrensspezifische Kennzahl)**54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation****Qualitätsziel**

Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien.

Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

TKez-ID 54001

Art des Wertes Transparenzkennzahl

Grundgesamtheit (N) Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen bei Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Patienten mit der Entlassungsdiagnose Fraktur des Acetabulums (S32.4).

Zähler Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score
ODER
die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek
ODER
die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score
ODER

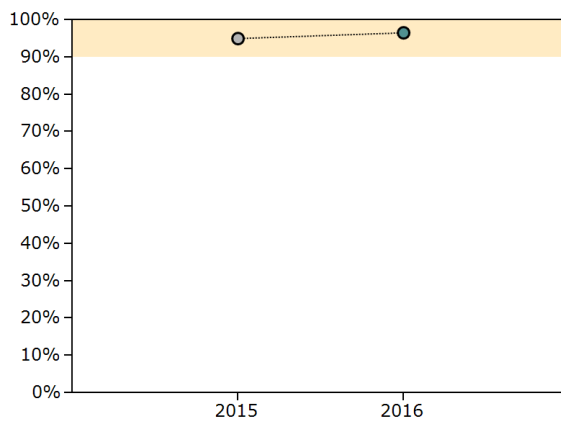
die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen

ODER

bei denen eine mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung vorlag oder eine Nichtvereinigung der Fraktarenden [Pseudarthrose] und in der Anamnese die Voroperation dokumentiert ist (ICD 10 T84.1 oder M84.1 und Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah)

Bundesergebnisse

(2016: N = 172.648 Fälle und 2015: N = 166.269 Fälle)



Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2016	166.678 / 172.648	96,54	96,45 - 96,63
2015	157.826 / 166.269	94,92	94,82 - 95,03