

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung eines Berichts gemäß § 17 plan. QI-RL zum Erfassungsjahr 2018

Vom 18. Juli 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Juli 2019 beschlossen, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen seiner Aufgaben nach § 137a Absatz 3 SGB V wie folgt zu beauftragen:

### I. Auftragsgegenstand

1. Das IQTIG wird beauftragt, einen Bericht zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren mit der einrichtungsbezogenen Darstellung der Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2018 gemäß § 17 plan. QI-Richtlinie zu erstellen. Der Bericht besteht aus einem zusammenfassenden Bericht im Text-Format einschließlich Einführungstext und Leseanleitung sowie einem standortbezogenen Ergebnisteil im Excel-Format.
2. Dabei sind folgende Aufgaben zu bearbeiten bzw. folgende Hinweise zu beachten:
  - a) Der zusammenfassende Bericht (gemäß Musterbericht Teil 1, **Anlage 1**) soll neben der Veröffentlichung nach § 17 plan. QI-RL auch zur Vorlage im Plenum geeignet sein. Das IQTIG soll den zusammenfassenden Bericht um eine allgemeinverständliche Beschreibung der einzelnen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ergänzen.
  - b) Der Ergebnisteil soll sich in Form und Inhalt an dem Musterbericht Teil 2 (**Anlage 2**) in der Anlage orientieren. Es sind folgende Angaben aufzunehmen:
    - Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren,
    - Grundgesamtheit,
    - Referenzbereiche,
    - Vollzähligkeit der Datenlieferung,
    - Bundesergebnisse,
    - Ergebnisse der Datenvalidierung,
    - Gründe für eine fehlende Datenvalidierung gemäß § 9 Absatz 7 sowie
    - Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens (Begründung der Bewertung durch das IQTIG)
  - c) Der veröffentlichte Bericht soll möglichst barrierefrei sein und möglichst den Vorgaben des aktuell gültigen Standards (Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung - BITV) entsprechen.
  - d) Mit Blick auf den durch das IQTIG zu gewährleistenden Datenschutz wird in diesem Zusammenhang auf die Anforderungen an den Datenschutz, so dass Fallzahlen kleiner vier als „1 bis 3 Fälle“ dargestellt werden. Das IQTIG hat im Rahmen der

Bearbeitung dieses Auftrages daher insbesondere sicherzustellen, dass ein Patientenbezug aufgrund von geringen Häufigkeiten bzw. Fallzahlen ausgeschlossen ist.

## **II. Hintergrund der Beauftragung**

Hintergrund der Beauftragung ist, dass § 17 plan. QI-RL die Veröffentlichung der einrichtungsbezogenen Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens bis zum 31. Oktober des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres vorsieht. Hiermit soll größtmögliche Transparenz und Verständlichkeit für die Öffentlichkeit zu den Ergebnissen der planungsrelevanten Indikatoren hergestellt werden. Die dabei veröffentlichten Daten werden somit deutlich früher als in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht.

## **III. Weitere Verpflichtungen**

Mit dem Auftrag wird das IQTIG verpflichtet,

- a) die durch die Geschäftsordnung des G-BA bestimmte Vertraulichkeit der Beratungen und Beratungsunterlagen zu beachten,
- b) die Verfahrensordnung des G-BA zu beachten,
- c) in regelmäßigen Abständen über den Stand der Bearbeitung mündlich zu berichten und
- d) den Gremien des G-BA für Rückfragen und Erläuterungen auch während der Bearbeitung des Auftrages zur Verfügung zu stehen.

Das IQTIG garantiert, dass alle von ihm im Rahmen dieser Beauftragungen zu erbringenden Leistungen und Entwicklungen frei von Rechten Dritter und für den G-BA ohne jede rechtliche Beschränkung nutzbar sind. Das IQTIG stellt den G-BA insoweit von sämtlichen Ansprüchen Dritter frei.

## **IV. Abgabetermin**

Der Bericht ist bis zum 19. September 2019 vorzulegen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 18. Juli 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

**Zusammenfassung des Berichts gemäß  
Paragraph 17 der Richtlinie zu  
planungsrelevanten Qualitätsindikatoren  
für das Erfassungsjahr 2018**

**[Musterbericht]**

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 1. Juli 2019

---

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Einleitung.....	5
2 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren .....	6
3 Ablauf des Verfahrens <i>Planungsrelevante Qualitätsindikatoren</i> .....	7
3.1 Übermittlung der Qualitätssicherungsdaten der Krankenhäuser .....	7
3.2 Auswertung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.....	7
3.3 Datenvalidierung und Neuberechnung.....	7
3.4 Stellungnahmeverfahren und fachliche Bewertung.....	7
3.5 Veröffentlichung der Ergebnisse .....	7
4 Ergebnisse.....	8
4.1 Auffälligkeiten pro Qualitätsindikator .....	8
4.2 Art der Auffälligkeit pro Qualitätsindikator bei unzureichender Qualität.....	8
4.3 Auffälligkeiten pro Bundesland .....	8
4.4 Weitere ergänzende Ergebnisse des Verfahrens .....	9
5 Interpretation.....	10
6 Ausblick.....	11

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Auffälligkeiten pro Qualitätsindikator .....	8
Tabelle 2: Anzahl der Auffälligkeiten und Standorte mit mindestens einer Einstufung „unzureichend“ sowie „zureichend“ bezogen auf die Anzahl der Standorte nach Bundesland.....	9

Musterbericht

## Abkürzungsverzeichnis


Musterbericht

# 1 Einleitung

Musterbericht

## 2 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Musterbericht

### **3 Ablauf des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren***

- 3.1 Übermittlung der Qualitätssicherungsdaten der Krankenhäuser**
- 3.2 Auswertung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren**
- 3.3 Datenvalidierung und Neuberechnung**
- 3.4 Stellungnahmeverfahren und fachliche Bewertung**
- 3.5 Veröffentlichung der Ergebnisse**

Musterbericht

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Auffälligkeiten pro Qualitätsindikator

Tabelle 1: Anzahl der Auffälligkeiten pro Qualitätsindikator

	QI-Ergebnis (Referenzbereich)	Auffälligkeiten (Anzahl)			
	Bundesergebnis	rechne- risch nach DVal	statis- tisch nach DVal	zu- reichend	unzu- reichend
Gynäkologie					
<b>Geburtshilfe</b>					
<b>Mammachirurgie</b>					
<b>Gesamt</b>					

### 4.2 Art der Auffälligkeit pro Qualitätsindikator bei unzureichender Qualität

### 4.3 Auffälligkeiten pro Bundesland

Tabelle 2: Anzahl der Auffälligkeiten und Standorte mit mindestens einer Einstufung „unzureichend“ sowie „zureichend“ bezogen auf die Anzahl der Standorte nach Bundesland

Bundesland	Standorte	statistisch auffällige Standorte	Auffälligkeiten mit zureichender Qualität	Auffälligkeiten mit unzureichender Qualität	Standorte mit unzureichender Qualität % (n)
Baden-Württemberg					
Bayern					
Berlin					
Brandenburg					
Bremen					
Hamburg					
Hessen					
Mecklenburg-Vorpommern					
Niedersachsen					
Nordrhein-Westfalen					
Rheinland-Pfalz					
Saarland					
Sachsen					
Sachsen-Anhalt					
Schleswig-Holstein					
Thüringen					
<b>Bund</b>					

#### 4.4 Weitere ergänzende Ergebnisse des Verfahrens

## 5 Interpretation

Musterbericht

## 6 Ausblick

Musterbericht

**Bericht für das Erfassungsjahr 2018 gemäß Paragraph 17 der  
Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren:  
Mammachirurgie Stand: 31.10.2019**

**Barrierearmer Zugang:** Für einen barrierearmen Zugang zu den einzelnen Ergebnistabellen empfehlen wir die Tabellenblätter 3 bis 7. Nach dem dritten Tabellenblatt „Bundesergebnisse“ sind die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren pro Leistungsbereich auf jeweils einzelnen Tabellenblättern dargestellt.

# Anlage 2 zum Beschluss

## Ergebnisdarstellung des QS-Verfahrens: Operative Behandlung von Brustkrebs (18/1)

### Informationen zu dem Krankenhausstandort

Name des Krankenhausstandorts	Institutskennzeichen und Standortnummer des Leistungserbringers	Straße und Hausnummer des Krankenhausstandorts	Postleitzahl des Krankenhausstandorts	Ort des Krankenhausstandorts	Bundesland
-------------------------------	---	--	---------------------------------------	------------------------------	------------

### 2163 - Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten)

Ergebnis: Anteil der Patientinnen mit Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium	Zähler: Alle Patientinnen mit Lymphknotenentfernung	Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Brustkrebs im Frühstadium und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit einem invasivem Mammakarzinom	Referenzbereich: Innerhalb dieses Bereichs sind die Ergebnisse nicht als auffällig einzustufen.	Rechnerisch auffällig: Das Ergebnis liegt außerhalb des Referenzbereichs	Statistisch auffällig: Das Ergebnis zeigt eine statistisch signifikante Abweichung vom Referenzbereich	Fachliche Bewertung (wenn statistisch auffällig): Bewertung des Indikatorergebnisses nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens ( <i>*zureichende bzw. unzureichende Erfüllung der Qualitätsanforderung des Indikators</i> )
---	---	---	---	--	--	--

Name Beispielklinikum	Institutskennzeichen und Standortnummer des Leistungserbringers	Straße und Hausnummer des Krankenhausstandorts	Postleitzahl des Krankenhausstandorts	Ort des Krankenhausstandorts	Bundesland	Ergebnis: Anteil der Patientinnen mit Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium	Zähler: Alle Patientinnen mit Lymphknotenentfernung	Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Brustkrebs im Frühstadium und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit einem invasivem Mammakarzinom	Referenzbereich: Innerhalb dieses Bereichs sind die Ergebnisse nicht als auffällig einzustufen.	Rechnerisch auffällig: Das Ergebnis liegt außerhalb des Referenzbereichs	Statistisch auffällig: Das Ergebnis zeigt eine statistisch signifikante Abweichung vom Referenzbereich	Fachliche Bewertung (wenn statistisch auffällig): Bewertung des Indikatorergebnisses nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens ( <i>*zureichende bzw. unzureichende Erfüllung der Qualitätsanforderung des Indikators</i> )
Name Beispielklinikum 1	123456789-10	Beispieladresse	12345	Beispielort		0,00	0	12	Sentinel Event	Nein	Nein	unzureichende Qualität*
Name Beispielklinikum 2	123456789-11	Beispieladresse	12345	Beispielort					Sentinel Event	Nein	Nein	unzureichende Qualität*
Name Beispielklinikum 3	123456789-12	Beispieladresse	12345	Beispielort		0,00	1-3 Fälle	1-3 Fälle	Sentinel Event	Nein	Nein	unzureichende Qualität*
Name Beispielklinikum 4	123456789-13	Beispieladresse	12345	Beispielort					Sentinel Event	Nein	Nein	unzureichende Qualität*
Name Beispielklinikum 5	123456789-14	Beispieladresse	12345	Beispielort		0,00	0	12	Sentinel Event	Nein	Nein	unzureichende Qualität*
Name Beispielklinikum 6	123456789-15	Beispieladresse	12345	Beispielort			1-3 Fälle	1-3 Fälle	Sentinel Event	Nein	Nein	unzureichende Qualität*
Name Beispielklinikum 7	123456789-16	Beispieladresse	12345	Beispielort		0,00			Sentinel Event	Nein	Nein	unzureichende Qualität*
Name Beispielklinikum 8	123456789-17	Beispieladresse	12345	Beispielort		0,00	0	39	Sentinel Event	Nein	Nein	zureichende Qualität*
Name Beispielklinikum 9	123456789-18	Beispieladresse	12345	Beispielort		0,00	0	18	Sentinel Event	Nein	Nein	unzureichende Qualität*

# Anlage 2 zum Beschluss

Fachliche Begründung, wenn Bewertung "unzureichende Qualität"	Fachliche Bewertung im Vorjahr (als Vergleich)	Ergänzende Informationen aus der Stellungnahme des Krankenhauses	Datenvalidierung		Konnte die vorgesehene Datenvalidierung durchgeführt werden?	Wenn "Nein", aus welchem Grund wurde die Datenvalidierung nicht durchgeführt (aus Sicht der prüfenden Stelle)?	Hat der Standort eine Zusicherung über die Korrektheit der Dokumentation abgegeben?	Ergab die Datenvalidierung eine Änderung an mindestens einem Datenfeld, weswegen Neuberechnungen erforderlich wurden?	Hat sich nach der Datenvalidierung und Neuberechnung das statistische Ergebnis des Indikators 2163 geändert?	Hat sich nach der Datenvalidierung und Neuberechnung das statistische Ergebnis des Indikators 52279 geändert?	Hat sich nach der Datenvalidierung und Neuberechnung das statistische Ergebnis des Indikators 52330 geändert?
			Vollständigkeit der Datenlieferung: Die Angabe bezieht sich auf den Ist/Soll-Vergleich (%)	War eine Datenvalidierung vorgesehen, z.B. wegen statistischer Auffälligkeit oder als Zufallsstichprobe?							
Das Krankenhaus gab als Grund Kommunikationsprobleme an. Dieser Grund wurde nicht anerkannt.	zureichende Qualität*	Schließung der Geburtshilfe im Juli 2018	103,70	Nein							
Es wurden keine Angaben zum Sachverhalt gemacht.	zureichende Qualität*	Schließung des Krankenhausstandorts im Dezember 2017	100,00	Nein							
Das Krankenhaus weicht in seiner Behandlung von dem durch die Leitlinie geforderten intraoperativ bildgebenden Verfahren ab.	zureichende Qualität*		100,00	Nein							
Trotz stattgefundener Datenvalidierung macht das Krankenhaus Dokumentationsfehler geltend. Dieser Grund wurde nicht als Ausnahmetatbestand anerkannt.	unzureichende Qualität*		100,00	Nein							
Das Krankenhaus weicht in seiner Behandlung von dem durch die Leitlinie geforderten intraoperativ bildgebendem Verfahren ab	unzureichende Qualität*	Seit Juli 2018 wird die Präparatkontrolle standardmässig durchgeführt.	100,00	Nein							
Das Krankenhaus gab eine Sprachbarriere als Grund an. Dies wurde nicht anerkannt, das eine ausführliche Aufklärung in einer Notfallsituation nicht erforderlich ist.	zureichende Qualität*	Sonstige verbesserte Prozesse*	100,00	Ja, statistisch auffällig	Nein		Ja				
Trotz Zusicherung macht das Krankenhaus Dokumentationsfehler geltend. Dieser Grund wurde nicht als Ausnahmetatbestand anerkannt.	unzureichende Qualität*	Sonstige Besonderheit*	100,00	Ja, statistisch auffällig	Nein	nicht angegeben	Nein				
	unzureichende Qualität*		97,76	Ja, statistisch auffällig	Nein		Ja				
Es wurde keine Stellungnahme eingebracht	unzureichende Qualität*		100,34	Ja, Nachliefererstichprobe	Nein	nicht angegeben					

\* "sonstige" ergibt sich aus dem jeweiligen Kontext und wird entsprechend angepasst