

# Jahresauswertungen nach DeQS-RL

## Leseanleitung, Hinweise zur Risikoadjustierung und Glossar

Stand: 18. Mai 2026

### Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	2
1 Allgemeine Hinweise zu den Auswertungen.....	3
1.1 Grundlage der Rückmeldeberichte .....	3
1.2 Zeitliche Verzögerungen bei der Auswertung und Berichterstattung .....	3
1.3 Maskierte (x) oder fehlende Ergebnisse (-).....	4
1.4 Vorjahresergebnisse .....	4
1.5 Methode der Auffälligkeitseinstufung .....	4
2 Neuerungen zum Auswertungsjahr 2026 .....	6
3 Spezifische Hinweise zu einzelnen Berichtskapiteln.....	8
3.1 Datengrundlage .....	8
3.2 Ergebnisübersicht .....	8
3.3 Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	9
3.4 Grafiken .....	10
Glossar .....	17

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AK	Auffälligkeitskriterium
BÄ	Belegärztinnen bzw. -ärzte (bzw. belegärztliche Leistungen)
BSNR	Betriebsstättennummer
DAS	Datenannahmestelle(n)
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IKNR	Institutionskennzeichenummer
KH	Krankenhaus, Krankenhäuser
KH amb	durch ein Krankenhaus ambulant erbrachte Leistungen
KH stat	durch ein Krankenhaus stationär erbrachte Leistungen
MDS	Minimaldatensatz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
N	Grundgesamtheit
O/E	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate ( <i>observed to expected ratio</i> )
PID	patientenidentifizierende Daten
PZN	Pharmazentralnummer
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS CHE	Qualitätssicherungsverfahren <i>Cholezystektomie</i>
QS DEK	Qualitätssicherungsverfahren <i>Dekubitusprophylaxe</i>
QS GYN-OP	Qualitätssicherungsverfahren <i>Gynäkologische Operationen</i>
QS HGV	Qualitätssicherungsverfahren <i>Hüftgelenkversorgung</i>
QS KAROTIS	Qualitätssicherungsverfahren <i>Karotis-Revaskularisation</i>
QS MC	Qualitätssicherungsverfahren <i>Mammachirurgie</i>
QS PCI	Qualitätssicherungsverfahren <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</i>
QS WI	Qualitätssicherungsverfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
SV	selektivvertragliche Leistungserbringer
VÄ	Vertragsärztinnen bzw. -ärzte (bzw. vertragsärztlich erbrachte Leistungen)

# 1 Allgemeine Hinweise zu den Auswertungen

Die Jahresauswertungen der Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>1</sup> werden als

- Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer
- Länderauswertungen und
- Bundesauswertung

ausgegeben.

Sie enthalten neben den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien u. a. Informationen zur Vollständigkeit (Datengrundlage) und deskriptive Darstellungen (Basisauswertung) der ausgewerteten Daten.

Die für diese allgemeine Leseanleitung ausgewählten Abbildungen sind Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer entnommen, da sie die größte Detailtiefe darstellen. Mit steigender Aggregationsstufe der Berichte nimmt die Detailtiefe ab. Die Spalte „Ihr Ergebnis“ stellt in den Rückmeldeberichten das Ergebnis des Leistungserbringers dar, in Länderauswertungen wird darunter das Ergebnis des Bundeslands verstanden. In der Bundesauswertung erfolgt keine vergleichende Darstellung, daher entfällt hier diese Spalte.

## 1.1 Grundlage der Rückmeldeberichte

Auf Leistungserbringerebene wird für jeden Leistungserbringer ein PDF-Bericht erzeugt, dessen Daten für die Berechnung von mindestens einem dargestellten Zahlenwert genutzt werden. Dies bedeutet, dass z. B. auch Leistungserbringer einen Bericht erhalten, deren Daten lediglich in die Vorjahresergebnisse eines Qualitätsindikators einfließen oder in die Darstellung des Patientenkollektivs (Basisauswertung).

## 1.2 Zeitliche Verzögerungen bei der Auswertung und Berichterstattung

Bei der Auswertung von Qualitätsindikatoren mit Follow-up-Zeitraum kommt es zu einer zeitlichen Verzögerung in der Berichterstattung. Qualitätsindikatoren, die nur auf den QS-Dokumentationsdaten des Leistungserbringers basieren, werden jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet. Follow-up-Indikatoren oder auch sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren werden zeitlich verzögert ausgewertet und berichtet, da die notwendige Datengrundlage erst mit Zeitverzug an das IQTIG geliefert werden kann. Diese zeitlichen Verzögerungen sind abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum des jeweiligen Qualitätsindikators und den datenspezifischen Lieferfristen.

---

<sup>1</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/>.

### 1.3 Maskierte (x) oder fehlende Ergebnisse (-)

Bei Zähler (O)- oder Nennerwerten (N) in den Länder-, Bundes- oder Patientenbefragungsergebnissen, die weniger als vier Fälle aufzeigen, wird der konkrete Zahlenwert aus Datenschutzgründen durch die Angabe  $\leq 3$  maskiert. Das ermittelte Ergebnis wird zusätzlich mit einem x ersetzt, um eine Rückrechnung auf die maskierten Angaben zu verhindern.

Kann ein Ergebnis aufgrund fehlender Daten oder inhaltlich-methodischer Einschränkungen nicht berechnet werden, wird dies durch die Angabe eines Bindestrichs (-) dargestellt.

### 1.4 Vorjahresergebnisse

Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren dargestellt, so werden für alle dargestellten Jahre jeweils die aktuellen Rechenregeln und Referenzbereiche angewendet (Neuberechnung). Wenn Vorjahres- oder Vorvorjahresergebnisse für einzelne Leistungserbringer fehlen, liegt dies in der Regel daran, dass dieser Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hat und daher keine Daten aus dem Vorjahr vorhanden und ausgewertet bzw. aufgeführt sind. Es ist auch möglich, dass ein Standort neu hinzugekommen ist, sodass keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Wenn für das Vorjahr oder Vorvorjahr keine bundesweiten Ergebnisse angezeigt werden, liegt das meist daran, dass ein Vergleich mit dem aktuellen Erfassungsjahr nicht sinnvoll möglich ist. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn sich die Berechnung der Indikatoren oder die Datengrundlage substantiell geändert hat. In diesem Fall bleiben die entsprechenden Felder in der Tabelle leer.

Für jeden Indikator wird außerdem geprüft, ob die aktuellen Ergebnisse mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar sind. Diese Einschätzung hilft dabei, Zeitverläufe richtig zu interpretieren. Wenn die Vergleichbarkeit eingeschränkt ist, wird dies in der Zeitverlaufgrafik kenntlich gemacht. Das bedeutet aber nicht automatisch, dass Vorjahreswerte in den Tabellen fehlen. Häufig werden sie weiterhin dargestellt. Die individuellen Gründe, die der Einschätzung zugrunde liegen, sind in den endgültigen Rechenregeln des Indikators erläutert.

### 1.5 Methode der Auffälligkeitseinstufung

Je nach verfahrensspezifischer Art, die Auffälligkeit zu berechnen, wird in der Tabelle „Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ die Spalte „Ergebnis auffällig“ befüllt und dabei entweder ein „ja“ oder ein „nein“ eingetragen. In den Verfahren *QS PCI*, *QS MC*, *QS GYN-OP*, *QS CHE*, *QS KAROTIS* und *QS DEK* wird bei der Berechnung der Vertrauensbereiche und Auffälligkeitseinstufung von Qualitätsindikatoren eine Methodik verwendet, bei der die fallzahlabhängige statistische Unsicherheit der Indikatorergebnisse berücksichtigt wird. Weitere Informationen, inkl. einer verständlichen Erläuterung der methodischen Umstellung am Beispiel des Verfahrens *QS PCI*, sind auf der Website des IQTIG unter <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur->

auffaelligkeitseinstufung/ abrufbar. In den anderen Verfahren wird noch das bisherige Vorgehen entsprechend der QSKH-RL angewendet. Die für einen Qualitätsindikator verwendete Art der Auffälligkeitseinstufung kann dem Feld „Methode Auffälligkeit (Schwellenwert  $\alpha$ )“ entnommen werden (s. Abschnitt 2). Es zeigt an, ob per Methodik entsprechend der QSKH-RL ohne Berücksichtigung von statistischer Unsicherheit vorgegangen wird („Klassisch“) oder per neuer Methodik („Bayesianisch“). Der für letztere Option in Klammern angezeigte Schwellenwert  $\alpha$  gibt das zugehörige Wahrscheinlichkeitsniveau an. Bei Indikatoren mit „Methode Auffälligkeit: Bayesianisch“ und  $\alpha = 0,025$  lässt sich zusätzlich zum Eintrag in der Spalte „Ergebnis auffällig“ auch anhand des 95 %-Vertrauensbereichs feststellen, ob ein Ergebnis rechnerisch auffällig ist: Dies ist genau dann der Fall, wenn der 95 %-Vertrauensbereich in Gänze außerhalb des Referenzbereichs liegt. Bei anderen Werten von  $\alpha$  lässt sich anhand des 95 %-Vertrauensbereichs im Allgemeinen nicht einfach ablesen, ob ein Ergebnis rechnerisch auffällig ist. Eine grafische Feststellung der rechnerischen Auffälligkeit ist immer über die FunnelpLOTS möglich (s. Abschnitt 3.4).

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren werden rechnerische Auffälligkeiten in Auffälligkeitskriterien immer ohne Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit ermittelt.

## 2 Neuerungen zum Auswertungsjahr 2026

- In den zwei Verfahren QS KAROTIS und QS DEK wurde die Methodik der Auffälligkeitsbestimmung umgestellt (s. Abschnitt 1.5).
- In den Informationen zur Kennzahl, die im Abschnitt „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“ den Detailergebnissen vorangestellt sind, wird für Qualitätsindikatoren zusätzlich das Feld „Methode Auffälligkeit (Schwellenwert  $\alpha$ )“ aufgenommen. Es zeigt an, ob die Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit von Leistungserbringern noch per bisheriger Methodik entsprechend der QSKH-RL durchgeführt wird („Klassisch“) oder bereits per neuer Methodik („Bayesianisch“), s. dazu Abschnitt 1.5.

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Grundgesamtheit</b>	Alle PCI (isoliert oder einzeitig) mit den Indikationen - akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt, - akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt oder - subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt
<b>Zähler</b>	TIMI III-Fluss
<b>Referenzbereich</b>	≥ 94,48 % (5. Perzentil)
<b>Methode Auffälligkeit (Schwellenwert <math>\alpha</math>)</b>	Bayesianisch (0,025)
<b>Datenquellen</b>	QS-Daten
<b>Berichtszeitraum</b>	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Abbildung 1: Beispiel für die tabellarischen Informationen zu einem QI in den Detailergebnissen. Dargestellt ist ein Verfahren mit neuer Methodik („Bayesianisch“) der Auffälligkeitseinstufung

- Die Funnelplots wurden um die zusätzliche Abbildung „Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer“ ergänzt. Von extern wurde der Wunsch geäußert, auch bei O/E-Indikatoren Funnelplots darzustellen, bei denen auf der x-Achse die Fallzahl abgebildet ist. Diese Abbildungen wurden ergänzt, zusätzlich zu den gewöhnlichen Funnelplots, bei denen auf der x-Achse die erwartete Anzahl interessierender Ereignisse (E) abgebildet ist.

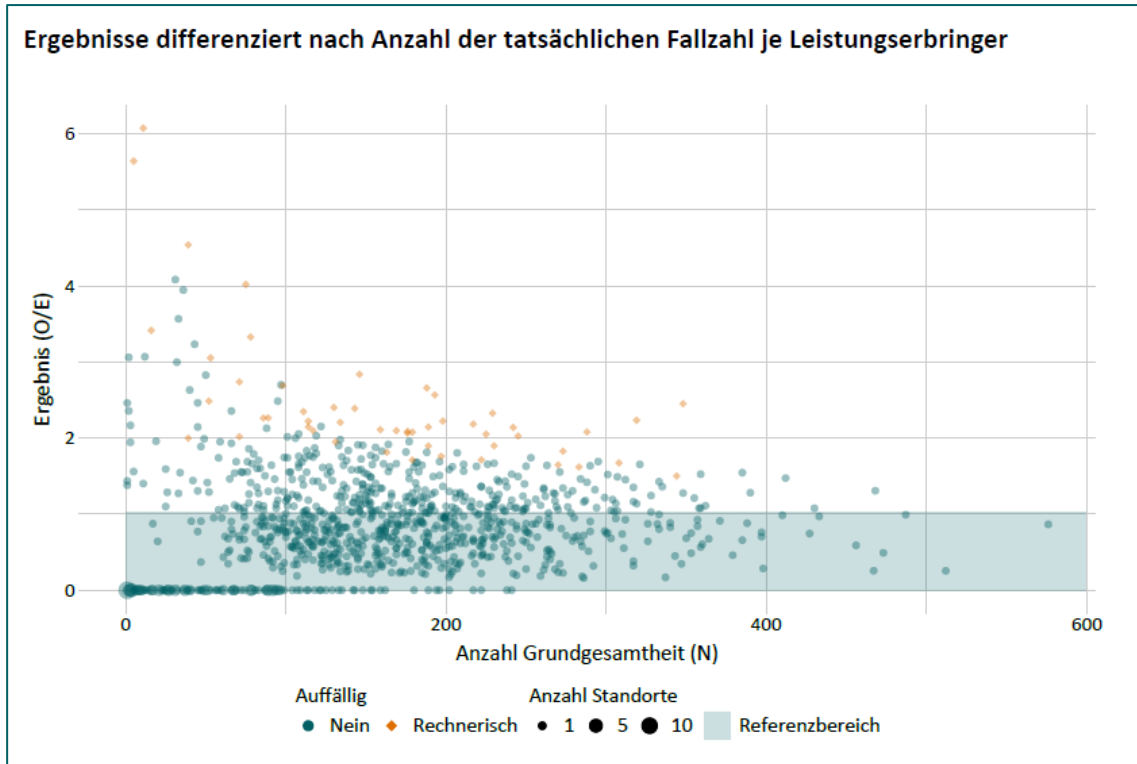


Abbildung 2: Beispiel eines neuen Funnelplots mit Differenzierung der Ergebnisse nach Anzahl der tatsächlichen Ereignisse je Leistungserbringer

## 3 Spezifische Hinweise zu einzelnen Berichtskapiteln

### 3.1 Datengrundlage

Die Anzahl der gelieferten Daten wird sowohl auf Standortebene als auch aggregiert für die Instituts-kennzeichennummer (IKNR) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR) ausgegeben. Da bei ambulanten Leistungserbringern oder stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort allerdings beide Aggregationsstufen die gleichen Daten enthalten, sind die Angaben in der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (Auswertungsstandort) / BSNR-Ebene“ identisch mit der Zeile „Ihre Daten nach IKNR / BSNR“.

Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten. Welcher Standort der Auswertungsstandort ist, ist verfahrensspezifisch und jeweils innerhalb der DeQS-RL definiert. Er variiert zwischen dem aufnehmenden, dem behandelnden (z. B. operierenden Standort), dem diagnostizierendem und dem entlassenden Standort.

Entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort Patientinnen oder Patienten entlassen hat, bei denen er sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

### 3.2 Ergebnisübersicht

#### **Tendenz**

Innerhalb der Leistungserbringerergebnisse wird in der Spalte Tendenz angegeben, wie sich das Ergebnis zu dem des Vorjahres verhält. Diese gibt an, ob sich die rechnerischen Ergebnisse bei einem Indikator im Vergleich zum Vorjahr verbessert oder verschlechtert haben oder ob sie unverändert geblieben sind, also keine statistisch signifikanten Veränderungen nachgewiesen werden konnten. Die statistische Signifikanz wird anhand der 95%-*Vertrauensbereiche* der Indikatorergebnisse beurteilt.

#### **Auffälligkeitskriterien**

Wird ein Referenzbereich unter Berücksichtigung einer möglichen Mindestanzahl im Zähler oder Nenner für ein Auffälligkeitskriterium nicht erreicht, wird der Standort als „rechnerisch auffällig“ gewertet. Dies wird durch „ja“ in der Spalte „rechnerisch auffällig“ kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers innerhalb des Referenzbereichs eines Auffälligkeitskriteriums, wird dies in der Spalte „rechnerisch auffällig“ durch ein „nein“ kenntlich gemacht. In der Bundesspalte wird in der Spalte „rechnerisch auffällige Standorte“ dargestellt, wie viele Standorte unter allen Standorten mit mindestens einem Nennerfall rechnerisch auffällig waren.

Bei Auffälligkeitskriterien mit einem perzentilbasierten Referenzbereich ist dieser in Klammern unterhalb des berechneten Referenzwertes aufgeführt. Ist der ratenbasierte Referenzbereich nicht perzentilbasiert, sondern fest, wird dies nicht gesondert in Klammern unterhalb des Referenzwertes angezeigt. Die ratenbasierten Referenzwerte sind am Prozentzeichen zu erkennen. Neben ratenbasierten Referenzbereichen (perzentilbasiert und fest) gibt es für manche Auffälligkeitskriterien Referenzbereiche, die sich aus einer festgelegten Anzahl an Fällen ergeben. Diese anzahlbasierten Referenzbereiche erscheinen ohne das Prozentzeichen, und für die Einstufung als rechnerisch auffällig oder unauffällig wird die Anzahl im Zähler eines Leistungserbringerergebnisses mit dessen Referenzbereich verglichen.

### **Bund (gesamt)**

Das für „Bund (gesamt)“ ausgewiesene Ergebnis stellt einen Mittelwert über alle bundesweit behandelten Fälle dar. Bei Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung geht die Mittelung über alle bundesweit eingegangenen Fragebögen. An anderen Stellen wird dieser Wert auch als „Bundesergebnis“ bezeichnet. Interessiert man sich stattdessen für die bundesweite Verteilung von Ergebnissen der Leistungserbringer, dann empfiehlt es sich die Funnelplots oder die Tabelle „Ergebnisse über alle Leistungserbringer“ im Abschnitt „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“ zu konsultieren.

## **3.3 Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen**

### **Patientenbefragung**

Für die Detailergebnisse der Patientenbefragung wird in der Spalte „Ergebnis n“ die Anzahl der Fragebögen, die diesem Indikatorergebnis zugrunde liegen, ausgewiesen. Die beiden Spalten „Ergebnis in Punkten“ und „Vertrauensbereich in Punkten“ weisen den Punktschätzer und den zugehörigen Vertrauensbereich aus.

Für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung wird keine Zähleranzahl und auch keine Anzahl der erwarteten Fälle E bei den risikoadjustierten Indikatoren dargestellt. Aufgrund der besonderen Auswertungsmethodik der Indikatoren der Patientenbefragung sind einzelne Zähler- und Ereignisangaben auf Fallebene nicht verfügbar. Eine ausführliche Beschreibung der Auswertungsmethodik ist auf der Website des IQTIG hinterlegt.<sup>2</sup>

Die Tabelle mit den Ergebnissen der Merkmale bildet die nächsttiefere Auswertungsebene bei den Indikatoren der Patientenbefragung ab. Diese Tabelle dient der ersten Orientierung, welche Themen bei den Leistungserbringern gut und welche nicht so gut umgesetzt werden.

<sup>2</sup> IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024): Konstruktion und Auswertungsmethodik für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. [Stand:] 31.05.2024. [Berlin]: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG\\_Auswertungsmethodik-QIs-Patientenbefragung\\_2024-05-31.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Auswertungsmethodik-QIs-Patientenbefragung_2024-05-31.pdf) (abgerufen am: 21.04.2026).

Weitere Informationen zur Interpretation der Ergebnisse der Patientenbefragung finden sich auf der Website des IQTIG.<sup>3</sup>

### **Details zu den Ergebnissen**

Die angegebene ID pro Kennzahl ermöglicht es, die verschiedenen Kennzahlen in den Ergebnislisten (CSV-Dateien) mit den Angaben in den Berichten in Verbindung zu bringen. Zusätzlich ist durch die ID auch ein Qualitätsindikator besser erkennbar, da die Beschreibungen der Tabelle teilweise von der Indikatorenbeschreibung abweichen.

## **3.4 Grafiken**

### **Ergebnisplots**

Die Ergebnisse werden im Zeitverlauf über drei Jahre hinweg in einer Grafik dargestellt. Neben dem Bundesergebnis erhält jeder Leistungserbringer in seinem Rückmeldebericht seine Ergebnisse. Diese werden jeweils als „Ihr Ergebnis“ angezeigt. Auf der x-Achse werden das aktuell betrachtete Erfassungsjahr und die beiden Vorjahre dargestellt. Der eingefärbte Hintergrund zeigt den Referenzbereich an.

Die Berechnungen der Vorjahresergebnisse basieren auf den Rechenregeln des letzten ausgewerteten Erfassungsjahres. Sind Daten eines Vorjahres nicht verfügbar oder methodisch nicht vergleichbar, so wird kein Wert für das entsprechende Jahr angezeigt.

---

<sup>3</sup> <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/arbeitshilfe-stellungnahmeverfahren-patbefragung/> (abgerufen am: 04.05.2026).

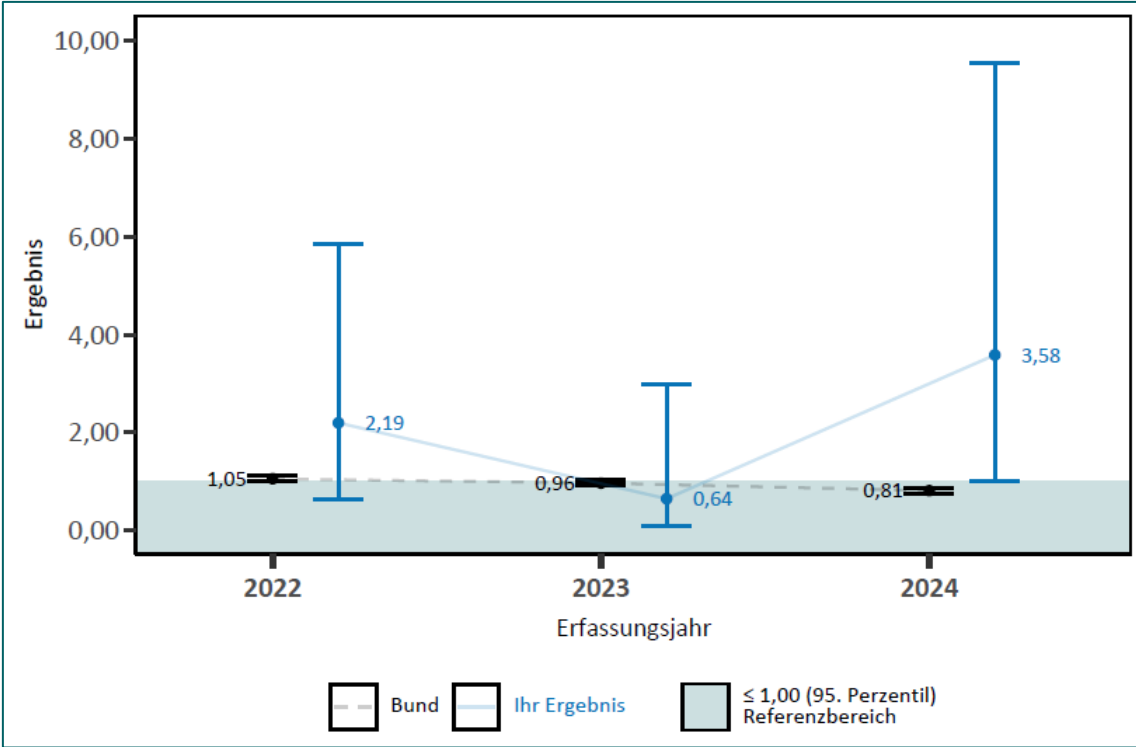


Abbildung 3: Beispiel für Ergebnisse im Zeitverlauf

Der Ergebniswert ist als Punkt markiert, die senkrechten Linien („Whiskers“), die vom Punkt ausgehen, bilden die Breite des Vertrauensbereichs mit der unteren und oberen Grenze ab. Das Bundesergebnis wird in Schwarz dargestellt und mit einer graugestrichelten Linie. Das Ergebnis des Leistungserbringers („Ihr Ergebnis“) wird in Blau und als durchgängige hellblaue Linie dargestellt.

**Funnelplots für ratenbasierte Indikatoren**

Im Funnelplot zu einem ratenbasierten Qualitätsindikator wird das Ergebnis jedes Leistungserbringers als ein Punkt dargestellt. Dabei wird auf der x-Achse die für den Qualitätsindikator relevante Anzahl an Fällen in der Grundgesamtheit (N) und auf der y-Achse das Indikatorergebnis abgetragen. In den Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer ist „Ihr Ergebnis“ durch eine farbige Umrandung und die Darstellung des Vertrauensbereichs hervorgehoben. So kann dieses visuell mit den Ergebnissen von Leistungserbringern mit ähnlicher Fallzahl (deren Ergebnis einer ähnlichen statistischen Unsicherheit unterliegt) verglichen werden.

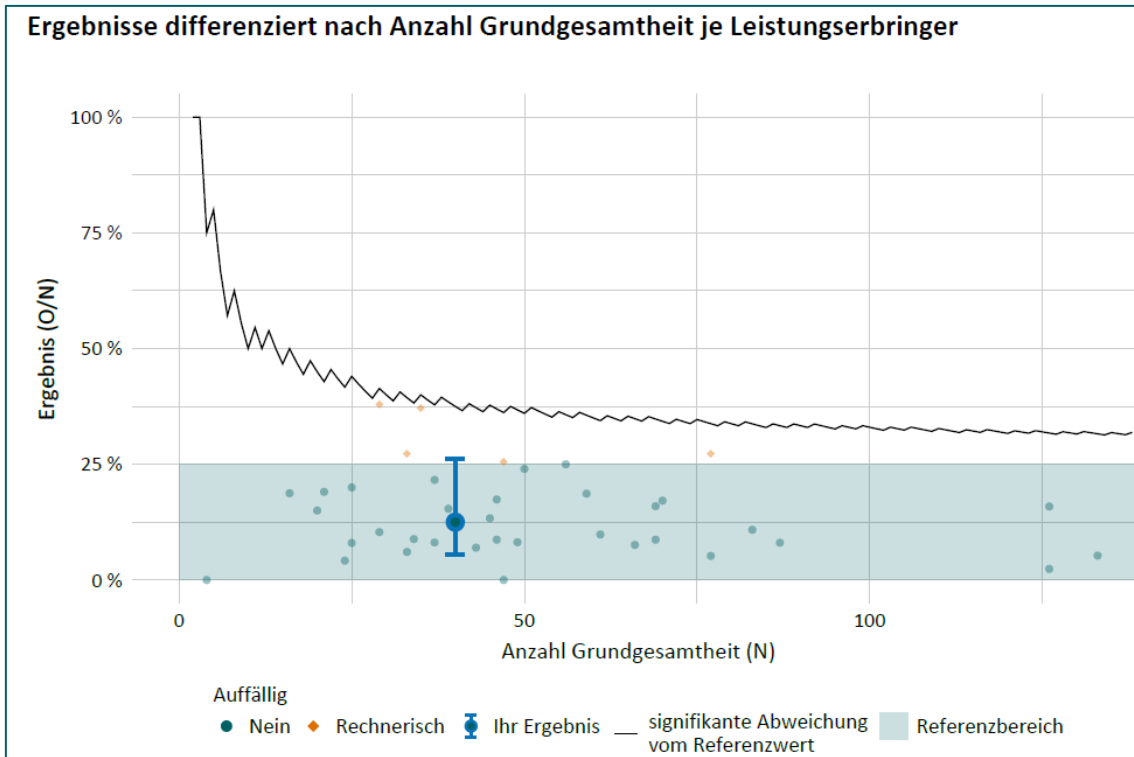


Abbildung 4: Verteilungsplot für einen ratenbasierten Indikator (Beispiel mit Auffälligkeitseinstufung nach QSKH-Methodik)

Der Referenzbereich des Qualitätsindikators ist im Plot grau hinterlegt. Zusätzlich wird eine Linie dargestellt, die die Größenordnung der erwarteten statistischen Variabilität der Indikatorergebnisse verdeutlicht. Die Interpretation ist abhängig von der Methodik zur Auffälligkeitseinstufung (siehe Abschnitt 1.5):

- In den Verfahren *QS PCI*, *QS MC*, *QS GYN-OP*, *QS CHE*, *QS KAROTIS* und *QS DEK* mit neuer Auffälligkeitseinstufung markiert diese Linie den fallzahlabhängigen Schwellenwert, ab dem ein Indikatorergebnis als auffällig eingestuft wird. Entsprechend gibt sie je Fallzahl das erste mögliche Indikatorergebnis an, ab dem ein Leistungserbringer auffällig wird.
- In den anderen Verfahren gibt die Linie an, ab welchem Ergebniswert eine statistisch signifikante Abweichung ( $\alpha = 0,05$  einseitig) vom Referenzbereich vorliegt. Diese Markierung hat dort keine besondere Bedeutung für die Qualitätssicherung und wird lediglich dargestellt, um die statistische Variabilität in der Ergebnisdarstellung transparent zu machen.

Anhand der eingezeichneten Linien werden die in der Grafik abgebildeten Ergebnisse entsprechend ihrer Auffälligkeit markiert. Rechnerisch auffällige Ergebnisse werden als gelbe Rauten dargestellt. Falls mehrere Leistungserbringer aufgrund jeweils gleicher Fallzahl und gleichem Ergebnis auf demselben Punkt liegen, wird dieser in Abhängigkeit von der Anzahl entsprechender Standorte etwas größer dargestellt.

**Plots für Sentinel-Event-Indikatoren**

Für Sentinel-Event-Indikatoren wird das Ergebnis genauso wie bei ratenbasierten Indikatoren in Abhängigkeit von der Fallzahl N dargestellt. Allerdings wird aufgrund der in der Regel sehr kleinen Fallzahlen auf der y-Achse statt des Anteilswertes O/N die Anzahl O der eingetretenen Ereignisse dargestellt. Rechnerisch auffällige Leistungserbringer sind wie zuvor durch gelbe Rauten markiert. In den Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer ist „Ihr Ergebnis“ durch eine farbige Umrandung hervorgehoben.

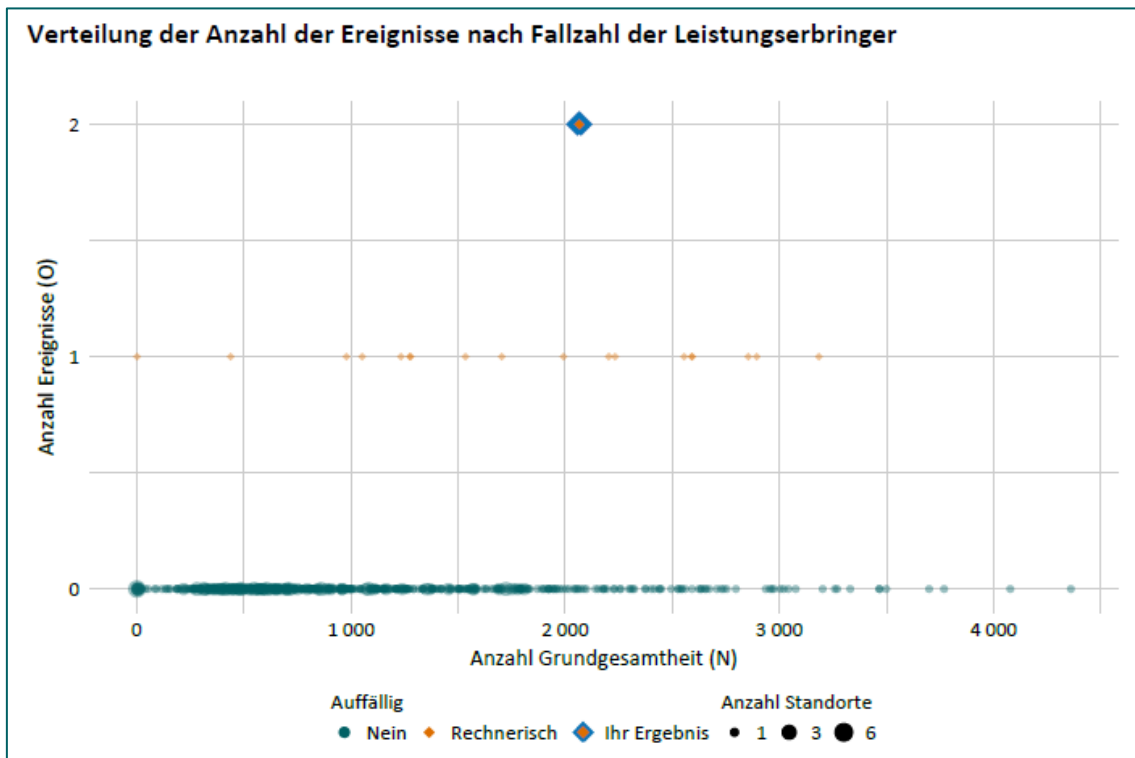


Abbildung 5: Plot für einen Sentinel-Event-Indikator

**Funnelplots bei O/E-Indikatoren**

Bei O/E-Indikatoren werden jeweils zwei Funnelplots dargestellt. In beiden Abbildungen wird (wie bei einem ratenbasierten Indikator) das Ergebnis jedes Leistungserbringers als ein Punkt dargestellt. Auf der y-Achse wird jeweils das Indikatorergebnis (O/E) abgetragen. Im ersten Funnelplot wird auf der x-Achse (wie bei ratenbasierten Indikatoren) die für den Qualitätsindikator relevante Anzahl an Fällen in der Grundgesamtheit (N) dargestellt. Im zweiten Funnelplot wird auf der x-Achse die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen (E) dargestellt.

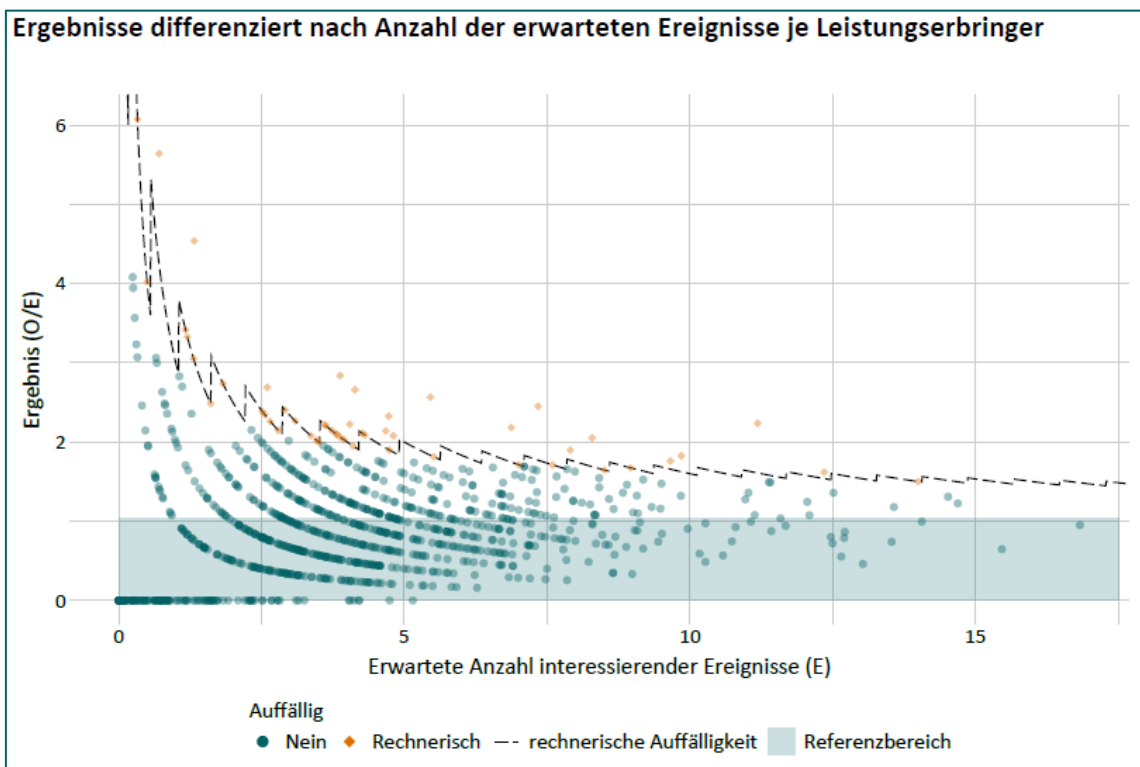
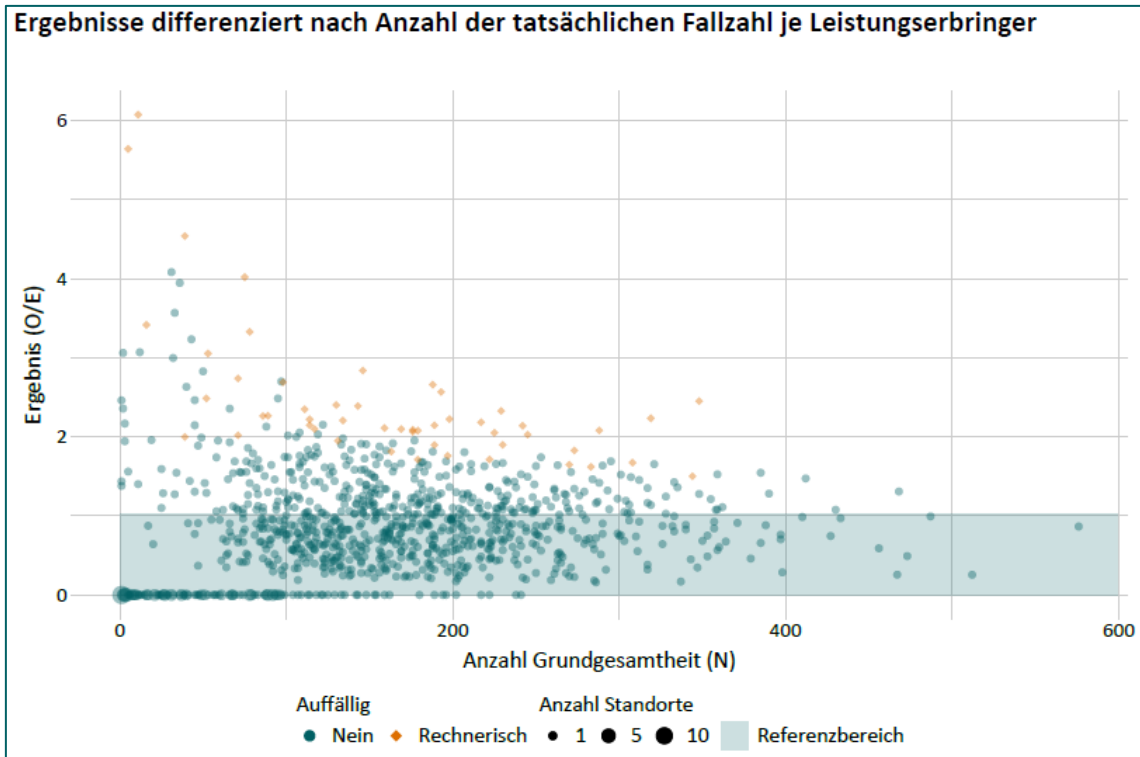


Abbildung 6: Verteilungsplots für einen O/E-Indikator (Beispiel mit neuer Methodik zur Auffälligkeitseinstufung)

Die Linie im zweiten Funnelplot beschreibt wie bei ratenbasierten Indikatoren die Größenordnung der erwarteten statistischen Variabilität der Indikatorergebnisse (siehe oben Abschnitt „Funnelplots für ratenbasierte Indikatoren“). Sie hängt von der erwarteten Anzahl an interessierenden Ereignissen (E) ab.

### **Plots für Ergebnisse der Patientenbefragung**

Auch die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden als Funnelplot dargestellt. Darin ist jedes Leistungserbringerergebnis als ein Punkt enthalten. Aus methodischen Gründen ist es bei Indikatoren der Patientenbefragung nicht möglich, eine Funnelboundary – eine Linie, die die statistisch auffälligen und unauffälligen Ergebnisse trennt – anzuzeigen. Daher ist die farbliche Markierung zur Angabe von Auffälligkeiten zu berücksichtigen. Bei den grün gekennzeichneten Ergebnissen überschneidet der (nicht dargestellte) Vertrauensbereich jeweils den Referenzbereich und das Ergebnis ist nicht rechnerisch auffällig. Bei den gelb gekennzeichneten Punkten liegt der (nicht dargestellte) Vertrauensbereich komplett außerhalb des Referenzbereichs und das Ergebnis ist damit rechnerisch auffällig.

In den Rückmeldeberichten der Leistungserbringer ist zusätzlich der Vertrauensbereich für das eigene Ergebnis abgebildet.

### **Risikoprofilplots bei O/E-Indikatoren**

Für risikoadjustierte Qualitätsindikatoren werden ergänzend zu den Funnelplots Risikoprofil-Plots dargestellt. Wie im Funnelplot sind auch hier auf der y-Achse die Indikatorergebnisse der Leistungserbringer abgetragen, auf der x-Achse wird jedoch das durchschnittliche Risiko (E/N) abgebildet. Für risikoadjustierte Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden aufgrund der besonderen Auswertungsmethodik keine Risikoprofilplots erstellt.

Das Risikoprofil eines Leistungserbringers für einen Qualitätsindikator ist das Verhältnis zwischen der zu erwartenden Anzahl an interessierenden Ereignissen (E) und der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (N). Ein hohes Risikoprofil (E/N) deutet darauf hin, dass für die bei dem entsprechenden Leistungserbringer behandelte Fallpopulation das Eintreten des interessierenden Ereignisses vergleichsweise häufiger erwartet wird. Fälle eines solchen Leistungserbringers haben somit im Durchschnitt ein relativ hohes Risiko. Die dabei betrachtete Eintrittswahrscheinlichkeit für das interessierende Ereignis basiert auf dem Risikoadjustierungsmodell des Indikators.

In den Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer ist zusätzlich „Ihr Ergebnis“ durch eine Umrandung und die Darstellung des zugehörigen Vertrauensbereichs hervorgehoben. Der Risikoprofil-Plot erlaubt es Leistungserbringern damit, ihr Ergebnis visuell mit den Ergebnissen von Leistungserbringern mit einem ähnlichen Risikoprofil zu vergleichen.

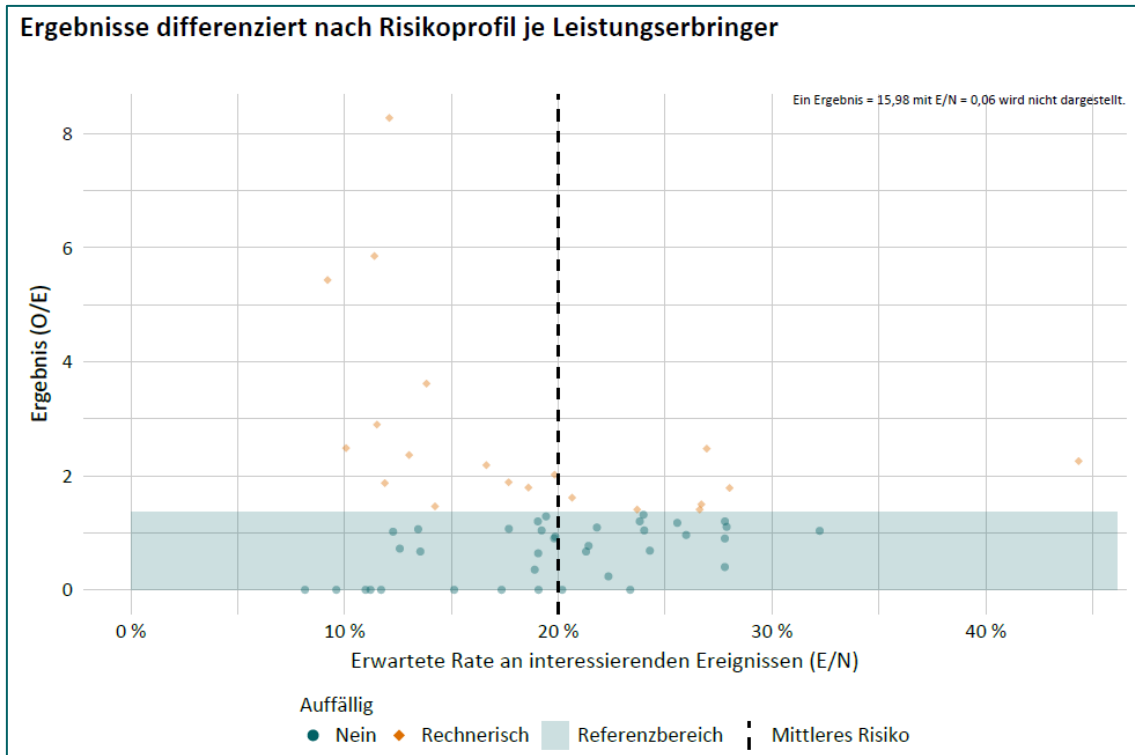


Abbildung 7: Risikoprofilplot für einen O/E-Indikator

Wie im Funnelplot wird der Referenzbereich des Qualitätsindikators im Plot grau gekennzeichnet und werden rechnerisch auffällige Leistungserbringer durch gelbe Rauten hervorgehoben. Die senkrechte, gestrichelte Linie markiert das bundesweite mittlere Risiko, also die durchschnittliche Ereigniswahrscheinlichkeit über sämtliche Fälle im Indikator, und dient zur besseren Einordnung der leistungserbringerspezifischen Risikoprofile.

Die Streuung der Risikoprofile der Leistungserbringer um das mittlere Risiko stellt die Variabilität der behandelten Fallpopulationen dar. In Abbildung 7 liegen die Risikoprofile in einem Bereich zwischen 8 % und 44 %. Dies bedeutet, dass bei *einem* Leistungserbringer eine tatsächliche Ereignisrate von 8 % erwartet wird, während für *einen anderen* Leistungserbringer mit einer Rate von 44 % gerechnet wird. Ursächlich für eine hohe Streuung der Risikoprofile können bspw. eine hohe Abhängigkeit der Eintrittswahrscheinlichkeit des betrachteten Ereignisses von den im Risikoadjustierungsmodell betrachteten Patientenmerkmalen, eine hohe Spezialisierung der Leistungserbringer auf bestimmte Patientengruppen sowie geringe Fallzahlen der Leistungserbringer sein.

## Glossar

Begriff	Erläuterung
<b>Auffälligkeit, qualitative (auffälliger Indikatorwert)</b>	Bewertung der Versorgungsqualität von Leistungserbringerergebnissen, wenn diese das Qualitätsziel verfehlt. Die Bewertung erfolgt auf Grundlage eines Stellungnahmeverfahrens und einer Begutachtung durch Expertinnen und Experten. Stellungnahmeverfahren werden mit Leistungserbringern geführt, die rechnerisch auffällige Ergebnisse aufweisen.
<b>Auffälligkeit, rechnerische (auffälliger Indikatorwert)</b>	Bewertung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers auf Grundlage des Ergebnisses eines Qualitätsindikators für diesen Leistungserbringer, wenn dieses außerhalb des Referenzbereichs liegt. Eine weiterentwickelte Methodik, die dabei die statistische Unsicherheit berücksichtigt, wird bereits in den Verfahren <i>QS PCI</i> , <i>QS MC</i> , <i>QS GYN-OP</i> , <i>QS CHE</i> , <i>QS KAROTIS</i> und <i>QS DEK</i> angewendet.
<b>Auffälligkeitskriterien</b>	Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Die dokumentierten QS-Daten jedes Leistungserbringers werden anhand von Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten geprüft.  Unterschieden werden zwei Arten: <i>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</i> prüfen, ob die vom Leistungserbringer gelieferten Angaben inhaltlich plausibel sind. <i>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</i> prüfen, ob ein Leistungserbringer die erwartete Menge an Daten geliefert hat.
<b>Auswertungsjahr</b>	Jahr, <b>in</b> dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht.  Die zugehörigen Zwischenberichte werden dem Auswertungsjahr des Jahresberichts zugeordnet. Standardmäßig wird im Auswertungsjahr das Stellungnahmeverfahren durchgeführt.
<b>Berichtszeitraum</b>	Zeitraum, zu dem für einen Qualitätsindikator bzw. eine Kennzahl eine Auswertung erfolgt bzw. <b>über</b> den berichtet wird.  In Bezug auf einen Bericht umfasst der Berichtszeitraum die Gesamtheit der berichteten indikator- bzw. kennzahl-spezifischen Berichtszeiträume. Die Vergleichswerte (Vorjahre) werden mit dem Begriff Vergleichszeitraum adressiert.  Bei Follow-up-Verfahren umfasst der Berichtszeitraum den Zeitraum ab dem Erfassungsjahr der Entlassung (Index-/Ersteingriff) bis zum Jahr des erforderlichen Folgeereignisses.
<b>Datenfeld</b>	Kleinste auswertungsfähige Einheit eines Datensatzes mit für die Qualitätssicherung erforderlichen Informationen (z. B. Angabe des Datums der Prozedur).
<b>Datenquelle</b>	Stelle, an der Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erfasst werden. Zurzeit stehen u. a. folgende Datenquellen zur Verfügung: Dokumentation der Leistungserbringer (fallbezogen und einrichtungsbezogen), Sozialdaten bei den Krankenkassen und Befragung von Patientinnen und Patienten.
<b>Datensatz</b>	Der Begriff hat mehrere Bedeutungen im Kontext der Qualitätssicherung: 1. eine in einer direkten Beziehung zueinander stehende Menge von Daten

Begriff	Erläuterung
	<p>(-feldern), die einem Behandlungsfall zuordenbar ist (bspw. ein Dokumentationsbogen); 2. Datei, die mehrere Einzeldatensätze übergreift, bspw. ein von einer Krankenkasse übermittelter Sozialdatensatz; 3. Spezifizierung der Auswahl und ggf. Verknüpfung zu erfassender Daten (bspw. hinsichtlich QS-Dokumentation, Sozialdaten, klinische Krebsregister).</p> <p>Beim Datensatz nach Definition 1 werden unterschieden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regulärer Datensatz: Dokumentationspflichtiger Behandlungsfall, der pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt (stationär) bzw. Behandlungsquartal (ambulant) einmal dokumentiert werden muss, auch wenn die Patientin oder der Patient in diesem Zeitraum mehrere Prozeduren erhält.</li> <li>▪ Minimaldatensatz: Datensatz, der angelegt werden muss, wenn ein Leistungserbringer einen regulären Datensatz (Dokumentationsbogen) für einen Behandlungsfall ausnahmsweise nicht abschließen kann, wenn z. B. ein Eingriff abgebrochen werden musste. Er wird zusammen mit den abgeschlossenen regulären Dokumentationsbögen dafür benötigt, bei einem QS-Verfahren die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze im Abgleich mit der Sollstatistik festzustellen. Er geht nicht in die Auswertung der Qualitätsindikatoren ein.</li> </ul>
<b>Erfassungsinstrument</b>	Instrument zur strukturierten Erfassung und Nutzbarmachung von Daten für die Qualitätssicherung. Beispiele sind Dokumentationsbögen zur Datenerhebung durch die Leistungserbringer (QS-Dokumentation), Fragebögen zur Datenerhebung bei Patientinnen und Patienten sowie technische Spezifikationen zur Erhebung von Routinedaten (z. B. aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen).
<b>Erfassungsjahr</b>	Jahr, zu dem Qualitätssicherungsdaten für die Auswertung erfasst wurden. Bei den meisten QS-Verfahren entspricht dies dem Jahr, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen wurde (dadurch sind sogenannte Überlieger berücksichtigt); bei ambulanten Fällen sind Aufnahmejahr und Entlassungsjahr identisch, weil Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgt.
<b>Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)</b>	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt unter anderem den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und beschließt die Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §§ 136 ff. SGB V.
<b>Grundgesamtheit</b>	Gibt alle für die Auswertung eines Indikators relevanten Behandlungsfälle an, für welche die Dokumentationspflicht ausgelöst wurde (ohne Minimaldatensätze). Sie kann von Indikator zu Indikator variieren, weil sich die Indikatoren jeweils auf eine ausgewählte Patientengruppe beziehen und nur diese in die Auswertung eingeschlossen wird. In die Grundgesamtheit können Daten aus verschiedenen Quellen (Qualitätssicherungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Daten aus der Patientenbefragung) eingehen.
<b>Indikatorwert</b>	Zahlenwert eines Indikators (Punktschätzer), der durch Anwendung der Rechenregeln eines Qualitätsindikators auf die jeweiligen Daten resultiert.

Begriff	Erläuterung
<b>Kennzahl</b>	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahl, kalkulatorische Kennzahl etc.) zusätzliche Informationen an, z. B. zu Teilpopulationen der Grundgesamtheit. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.
<b>Krankenhausstandort</b>	<p>Eine insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht abgegrenzte stationäre oder ambulante Versorgungseinheit eines Krankenhauses, deren medizinisch-pflegerische Leistungen bzw. deren Qualität durch die externe gesetzliche Qualitätssicherung erfasst werden kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ein <i>entlassender Standort</i> übermittelt das Soll aller dokumentationspflichtigen Fälle auf Basis der Patientinnen und Patienten nach Beendigung einer medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistung (Sollstatistik).</li> <li>▪ Für die Abrechnung dieser Behandlungsfälle zuständig ist der <i>abrechnende Standort</i>; üblicherweise ist er identisch mit dem entlassenden Standort.</li> <li>▪ Die Qualitätsbewertung für medizinisch-pflegerische Leistungen erfolgt für den <i>ausgewerteten Standort</i>, der für jedes QS-Verfahren festgelegt ist. Dieser kann <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ der aufnehmende Standort,</li> <li>▫ der behandelnde (z. B. operierende) Standort,</li> <li>▫ der diagnostizierende Standort oder</li> <li>▫ der entlassende Standort</li> </ul>                     sein.                 </li> </ul>
<b>Leistungserbringer</b>	Einrichtung, die für Patientinnen und Patienten medizinisch-pflegerische Leistungen ambulant (z. B. Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren) oder stationär (z. B. Krankenhäuser) erbringt und deren Qualität durch die externe gesetzliche Qualitätssicherung erfasst werden soll (z. B. die rechtzeitige Behandlung nach einer Fraktur). Vertragsärztliche Einrichtungen werden durch eine Betriebsstättennummer (BSNR) und Krankenhäuser durch ein Institutionskennzeichen (IKNR) bzw. Krankenhausstandorte über die Standortnummer/-ID identifiziert.
<b>Minimaldatensatz (MDS)</b>	siehe Datensatz.
<b>O, E, N (O/N, O/E, E/N)</b>	<p>O (observed) bezeichnet die Anzahl der beobachteten Zählerereignisse. Der Quotient O/N ist die beobachtete Rate (z. B. Anteil der Fälle mit Komplikationen) und wird in Prozent ausgedrückt. Das Ergebnis eines ratenbasierten Qualitätsindikators ist eine solche beobachtete Rate.</p> <p>E (expected) bezeichnet bei risikoadjustierten Indikatoren die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen (z. B. Komplikationen). Das Ergebnis des Qualitätsindikators ist in diesem Fall der Quotient O/E aus beobachteter und erwarteter Anzahl an Ereignissen. Ein Wert von O/E = 2 bedeutet, dass doppelt so viele Ereignisse eingetreten sind, wie unter Berücksichtigung der Patientencharakteristika erwartet. Zusätzlich zu O/N und O/E wird auch der</p>

Begriff	Erläuterung
	<p>Quotient E/N dargestellt, also die erwartete Rate an interessierenden Ereignissen (in Prozent). E/N ist ein Maß für das durchschnittliche Risiko der behandelten Patientinnen und Patienten.</p> <p>N bezeichnet die Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit.</p>
<p><b>Patient-Reported Experience Measure (PREM)</b></p>	<p>Instrument zur Messung von patientenberichteten Erfahrungen, meist Erfassung in einem Fragebogen. Bei patientenberichteten Erfahrungen (PRE) kann es sich z. B. um Wartezeit, das Stattfinden eines Aufklärungsgesprächs oder um die Kommunikation mit Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal handeln.</p>
<p><b>Patient-Reported Outcome Measure (PROM)</b></p>	<p>Instrument zur Messung von patientenberichteten Ergebnissen der Versorgung (Outcomes), meist Erfassung in einem Fragebogen. Bei patientenberichteten Outcomes (PRO) kann es sich z. B. um Schmerzen, Angstempfinden oder die allgemeine Gesundheitswahrnehmung handeln</p>
<p><b>Perzentile</b></p>	<p>Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Leistungserbringerergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Leistungserbringer verwendet. Die Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte in 100 gleich große Bereiche. Das x-te Perzentil der Leistungserbringerergebnisse ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens x % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind. Liegen bspw. 1.000 der Größe nach geordnete Ergebniswerte vor, so entspricht der 250. Wert dem 25. Perzentil.</p>
<p><b>QS-Filter</b></p>	<p>Algorithmus, der mittels bestimmter Ein- und Ausschlusskriterien festlegt, welche Behandlungsfälle in einem QS-Verfahren durch die Leistungserbringer dokumentiert werden müssen. Nur wenn bspw. im Krankenhaus ein Behandlungsfall jedes der in der QS-Filter-Software definierten Kriterien erfüllt, gilt er als dokumentationspflichtig und geht bei korrekter Übermittlung der Dokumentation in die Grundgesamtheit eines Qualitätsindikators ein. Auslösekriterien sind bspw. Diagnose- sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel (ICD, OPS) sowie zur zeitlichen Zuordnung das Aufnahmedatum, Behandlungsdatum bzw. Entlassdatum.</p>
<p><b>Qualität</b></p>	<p>Grad, in dem Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllen. Mit Objekt sind dabei beispielsweise auch Dienstleistungen wie eine medizinische Behandlung gemeint.</p>
<p><b>Qualitätsindikator</b></p>	<p>Quantitative Größe, die Aussagen über die Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen mittels eines Messverfahrens und eines Bewertungskonzepts ermöglicht. Qualitätsindikatoren umfassen die drei Komponenten Qualitätsmerkmal, Operationalisierung und Bewertungskonzept.</p>
<p><b>Qualitätsmessung</b></p>	<p>Empirische Beschreibung der Erfüllung von Anforderungen anhand von Qualitätsindikatoren.</p>
<p><b>Qualitätssicherung</b></p>	<p>Unter Qualitätssicherung im Gesundheitswesen werden hier alle Prozesse und Maßnahmen verstanden, durch die die Qualität der Versorgung gewährleistet oder verbessert werden soll.</p>
<p><b>Qualitätssicherung, externe</b></p>	<p>Prozesse und Maßnahmen, durch die für ausgewählte Versorgungsbereiche die Qualität der teilnehmenden Einrichtungen bewertet wird und ggf. Hand-</p>

Begriff	Erläuterung
	lungskonsequenzen aus den Ergebnissen initiiert werden. Externe Qualitätssicherung wird in der Regel einrichtungsübergreifend durchgeführt und mit einem Feedback an die teilnehmenden Einrichtungen verbunden.
<b>Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren)</b>	Vom G-BA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
<b>Qualitätsziel</b>	Anforderung an Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgungsleistung. Ein Qualitätsziel gibt die gewünschte Richtung der Ergebnisse eines Qualitätsindikators vor (z. B. „Die Sterblichkeit nach elektiver Hüftendoprothesenversorgung soll möglichst niedrig sein“).
<b>Referenzbereich</b>	Der Bereich auf der Messskala eines Qualitätsindikators, der ein bestimmtes Qualitätsniveau repräsentiert. Ein Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar (z. B. „Eine Komplikationsrate unter 5 % entspricht erwartbarer Qualität“).
<b>Referenzwert</b>	Der Referenzwert eines Indikators ist die Grenze des Referenzbereiches, die die Indikatorergebnisse in rechnerisch auffällige und unauffällige Ergebnisse unterteilt. Referenzwerte werden entweder evidenzbasiert als feste Größe oder datengestützt auf Basis der Verteilung der Ergebnisse (als Perzentil – perzentilbasierte Referenzbereiche) festgelegt
<b>Sentinel Event</b>	Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) von besonderer Bedeutung. Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Stellungnahmeverfahren nach sich zieht.
<b>Sollstatistik</b>	Aufstellung, aus der auf Basis der Abrechnungsdaten die Zahl der dokumentationspflichtigen Fälle pro QS-Verfahren (Soll) für ein Erfassungsjahr hervorgeht. Sie ermöglicht durch Abgleich mit der Anzahl der tatsächlich übermittelten Datensätze eines Leistungserbringers eine Aussage über deren Vollständigkeit.
<b>Sozialdaten bei den Krankenkassen</b>	Daten, die die Krankenkassen nach § 284 SGB V erheben und speichern. Dazu gehören u. a. Abrechnungsdaten für medizinische Behandlungen und Versichertenstammdaten. Nach § 299 Abs. 1a SGB V dürfen diese in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung genutzt werden.
<b>Standort</b>	siehe Krankenhausstandort.
<b>Stellungnahmeverfahren</b>	(Mehrstufiges) Verfahren, bei dem Leistungserbringer die Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten, wenn ihre Ergebnisse in Auswertungen rechnerisch auffällig sind. Dabei wird anhand von schriftlichen Stellungnahmen, der Durchführung von Gesprächen und von Begehungen geprüft, ob eine rechnerisch ermittelte Auffälligkeit auf qualitative Ursachen, z. B. Struktur- und

Begriff	Erläuterung
	<p>Prozessmängel, zurückzuführen ist oder z. B. durch Einzelfälle, Dokumentationsfehler oder Softwarefehler erklärbar ist. Das Verfahren kann auch eingeleitet werden, wenn ein Leistungserbringer auffällig gute Ergebnisse hat oder in den Vorjahren wiederholt auffällig war. Können Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren nicht hinreichend aufgeklärt werden, kann sich die Einleitung von qualitätssichernden Maßnahmen anschließen.</p>
<p><b>Tracer-Operationen</b></p>	<p>Operationen, die im Rahmen des Verfahrens QS WI nachbeobachtet werden, um die Rate der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eines Leistungserbringers zu ermitteln. Für das QS-Verfahren wurden Tracer-Operationen aus den folgenden acht Fachgebieten ausgewählt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chirurgie/Allgemeinchirurgie</li> <li>▪ Gefäßchirurgie</li> <li>▪ Viszeralchirurgie</li> <li>▪ Orthopädie/Unfallchirurgie</li> <li>▪ plastische Chirurgie</li> <li>▪ Gynäkologie und Geburtshilfe</li> <li>▪ Urologie</li> <li>▪ Herzchirurgie (ausschließlich stationär)</li> </ul>
<p><b>Transparenzkennzahl</b></p>	<p>Berichts- bzw. veröffentlichungspflichtige Kennzahl, die ohne direkten Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator über weitere wesentliche Aspekte der Versorgungsgeschehen einer einzelnen Einrichtung oder einrichtungsübergreifend informiert.</p>
<p><b>Validität</b></p>	<p>Integriertes bewertendes Urteil über das Ausmaß, in dem die Angemessenheit und die Güte von Interpretationen und Maßnahmen auf Basis von Testwerten oder anderen diagnostischen Verfahren durch empirische Belege und theoretische Argumente gestützt sind. Validität beschreibt z. B., ob ein Indikator das misst, was er messen soll.</p>
<p><b>Versorgungsqualität</b></p>	<p>Grad, in dem die Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen und Populationen Anforderungen erfüllt, die patientenzentriert sind und mit professionellem Wissen übereinstimmen</p>
<p><b>Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)</b></p>	<p>Bereich um einen empirisch bestimmten Wert (z. B. Indikatorwert), innerhalb dessen unter Berücksichtigung aller zufälligen Einflüsse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (festgelegt als 95 %) der zugrunde liegende Wert liegt.</p>
<p><b>Zähler</b></p>	<p>Der Zähler gibt an, bei wie vielen Fällen aus der Grundgesamtheit das für die Auswertung des Indikators interessierende Ereignis (z. B. das Auftreten von Komplikationen) zutrifft.</p>
<p><b>Zählleistungsbereich</b></p>	<p>Teilmenge eines QS-Verfahrens, bei dem verschiedene Operationen über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen erfasst werden – bspw. sind „Hüftendoprothesenimplantation“ und „Wechsel und Komponentenwechsel“ Zählleistungsbereiche im Modul HGV-HEP des QS-Verfahrens QS HGV. Die Definition und Erfassung der Teilmenge in der Sollstatistik ermöglicht den jeweiligen Soll-Ist-Abgleich auf Prozedurebene. Es kann für jeden Leistungserbringer erfasst werden, wie häufig es vorkommt, dass während einer medizinischen Behandlung verschiedene Operationen vorgenommen werden, wenn</p>

<b>Begriff</b>	<b>Erläuterung</b>
	bspw. bei einer Hüftendoprothesenversorgung sowohl eine Implantation als auch ein Wechseleingriff erfolgt.