

# Stellungnahmeverfahren zur Patientenbefragung *QS PCI*

**Empfehlungen für die Ausgestaltung  
zum Auswertungsjahr 2025**

# Informationen zum Bericht

## BERICHTSDATEN

---

### **Stellungnahmeverfahren zur Patientenbefragung QS PCI. Empfehlungen für die Ausgestaltung zum Auswertungsjahr 2025**

Ansprechperson                      Dr. Konstanze Blatt

Datum der Abgabe                      5. März 2025

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	4
Abbildungsverzeichnis .....	4
1 Hintergrund .....	5
2 Kurze Darstellung der Lesart und Interpretation der Indikatorergebnisse der Patientenbefragung .....	6
2.1 Konzept der Patientenbefragung .....	6
2.2 Konzept der Qualitätsindikatoren und Ergebnisanalyse .....	7
2.3 Ergebnisinterpretation und Ableitung von Maßnahmen .....	8
3 Ausgestaltung des Stellungnahmeverfahrens .....	10
3.1 Rahmenbedingungen der DeQS-RL .....	10
3.2 Herausforderungen für Patientenbefragungen .....	10
4 Empfehlungen zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens 2025 .....	12
4.1 Vorgehen im Stellungnahmeverfahren: Welcher Sachverhalt soll untersucht und bewertet werden? .....	12
4.2 Umgang mit der Anzahl der ausgelösten Stellungnahmeverfahren: Wie kann ein handhabbares Stellungnahmeverfahren im nächsten Auswertungsjahr und perspektivisch durchgeführt werden? .....	13
4.2.1 Referenzbereiche .....	13
4.2.2 Optionen für die Auslösung eines Stellungnahmeverfahrens für das Jahr 2025 .....	15
4.2.3 Bewertung und Empfehlung der Optionen .....	24
4.3 Umgang mit der Kategorisierung der qualitativen Bewertung: Welche Kategorien können sinnvoll angewandt werden? .....	27
5 Zusammenfassung und Ausblick .....	28
Literatur .....	29
Impressum .....	30

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl auffälliger und Leistungserbringer mit mindesten einem auffälligen Indikatorergebnis pro Bundesland .....	16
Tabelle 2: Anzahl Qualitätsindikatoren im Stellungnahmeverfahren nach prozentualem Anteil der auffälligen Leistungserbringer pro Bundesland.....	18
Tabelle 3: Anzahl Leistungserbringer mit mindestens 3 oder 4 auffälligen Qualitätsindikatoren pro Bundesland .....	21
Tabelle 4: Themenspezifische Gruppierung von Indikatoren mit Anzahl rechnerisch auffälliger Qualitätsindikatoren je Gruppe als Auslösekriterium für ein Stellungnahmeverfahren .....	22
Tabelle 5: Anzahl auffälliger Qualitätsindikatoren nach Gruppe und Bundesland .....	23
Tabelle 6: Anzahl auffälliger Gruppen pro Leistungserbringer und Anzahl an Qualitätsindikatoren im Stellungnahmeverfahren nach Bundesland .....	24

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung eines rechnerisch auffälligen Indikatorergebnis für QI 56106 „Patienteninformation vor der elektiven Prozedur“ .....	7
Abbildung 2: Beispielhafte Darstellung der Antwortverteilungen der drei zugehörigen Items für QI 56106 „Patienteninformation vor der elektiven Prozedur“ .....	8
Abbildung 3: Interpretation und Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung .....	9
Abbildung 4: Beispielhaftes Indikatorergebnis auf Bundesebene mit Standardwert, Benchmarkwert und Auslösewert .....	18
Abbildung 5: Anzahl auffälliger Qualitätsindikatoren pro Leistungserbringer, Auswertungsjahr 2024.....	20
Abbildung 6: Betrachtungsebenen für Auslösung des Stellungnahmeverfahrens .....	25

# 1 Hintergrund

Seit Juli 2022 ist die Patientenbefragung Teil des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) PCI. Die Einführung der Patientenbefragung QS PCI ist mit einem 4,5-jährigen Erprobungszeitraum versehen. Entsprechend Verfahren 1 (QS PCI) § 19 Abs. 8 in Teil 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>1</sup>, ist das Stellungnahmeverfahren erst ab dem zweiten vollständigen Erfassungsjahr auch für die Patientenbefragung verpflichtend durchzuführen. Damit ist das Auswertungsjahr (AJ) 2025 das erste Jahr der verpflichtenden Durchführung. Im Jahr 2024 konnten auf freiwilliger Basis seitens der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) von den Leistungserbringern (LE) Rückmeldungen insbesondere bei auffälligen Ergebnissen der Patientenbefragung angefordert werden.

Die Erfahrungen, die im Rahmen der freiwilligen Rückmeldungen gesammelt wurden, verweisen auf Herausforderungen, die sich insbesondere auf die Anzahl der ausgelösten Stellungnahmeverfahren und damit den Aufwand für die Durchführung der Stellungnahmeverfahren nach § 6 und § 8a Teil 1 der DeQS-RL beziehen. Des Weiteren wird die qualitative Bewertung von Ergebnissen nach dem Stellungnahmeverfahren als schwierig angesehen, da die Patientenwahrnehmung nicht über das Stellungnahmeverfahren infrage gestellt werden kann.

Um den LAG einen zielführenden Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung QS PCI im Stellungnahmeverfahren zu ermöglichen und damit die Versorgungsqualität im Sinne der Patientinnen und Patienten zu verbessern, sollen mit dem vorliegenden Dokument Empfehlungen für den unmittelbaren Umgang im Jahr 2025 gegeben werden. Jenseits dessen ist es erforderlich, das Stellungnahmeverfahren für den Bereich der Patientenbefragung grundsätzlich zu prüfen und an den notwendigen Stellen weiterzuentwickeln. Dies kann nicht in dem vorliegenden Kontext erfolgen, sondern wird im Rahmen der bereits beauftragten „Weiterentwicklung des Verfahrens zur qualitativen Bewertung“ adressiert (G-BA 2024). Der Abschlussbericht dazu wird vom IQTIG am 30. September 2025 vorgelegt.

---

<sup>1</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 18. Juli 2024, in Kraft getreten am 1. Januar 2025. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am: 27. Februar 2025).

## 2 Kurze Darstellung der Lesart und Interpretation der Indikatorergebnisse der Patientenbefragung

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren (QI) basieren auf validierten Fragebögen. Sie geben das Erleben der Patientinnen und Patienten im Sinne eines „Feedbacks“ zur erfahrenen Versorgung wieder. Die eigene Wahrnehmung bestimmt das Verhalten und so auch das Gesundheitsverhalten (Thomas und Thomas 1928, 553-576). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Ergebnisse der Patientenbefragung als Rückmeldung der von den Patientinnen und Patienten erlebten Versorgung anzuerkennen. Im Folgenden werden das Konzept der Patientenbefragung, der Qualitätsindikatoren sowie die Analyse und Interpretation der Indikatorergebnisse und das Ableiten von Verbesserungsmaßnahmen als Hintergrund zum Stellungnahmeverfahren kurz skizziert. Eine ausführliche Darstellung ist der Arbeitshilfe des IQTIG „Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung QS PCI im Stellungnahmeverfahren“ zu entnehmen (IQTIG 2024b).

### 2.1 Konzept der Patientenbefragung

Die Indikatorenergebnisse der Patientenbefragung basieren auf aggregierten Daten. Das bedeutet, dass hinter dem jeweiligen Indikatorergebnis die Gruppe der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers steht, die in der jeweiligen Stichprobe enthalten ist. Damit repräsentieren die Indikatorergebnisse die gemittelte Einschätzung aller Patientinnen und Patienten dieser Stichprobe.<sup>2</sup> Folglich sind die Ergebnisse nicht durch Einzelmeinungen oder „besondere Einzelfälle“ zu erklären, sondern geben die Wahrnehmung der befragten Patientinnen und Patienten des jeweiligen Leistungserbringers in Gänze wieder. Im Unterschied zu den Indikatoren, die auf der Dokumentation der Leistungserbringer und den Sozialdaten der Krankenkassen basieren, können die Ergebnisse nicht im Nachgang anhand von einzelnen Dokumentationen und Datensätzen, z. B. mit Patientenakten, fallspezifisch abgeglichen werden. Dies ist aufgrund der anonymen Befragung nicht möglich. Zudem ist eine Rückführung auf einzelne Patientinnen und Patienten im Kontext der externen Qualitätssicherung nicht zielführend: Die Konzeption der Patientenbefragung und deren Ergebnisinterpretation ist grundsätzlich auf „die Gruppe der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers“ angelegt, die ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen wiedergibt. Über diese gemittelten Rückmeldung der Patientinnen und Patienten werden Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität aus Patientensicht gezogen. Davon abzugrenzen sind Befragungsinstrumente, die zum Zweck der patientenindividuellen Versorgung, wie Therapieplanung oder Nachsorge, in Krankenhäusern oder Arztpraxen eingesetzt werden; diese Befragungsinstrumente sind hier nicht gemeint.

---

<sup>2</sup> Die Konstruktion und Auswertungsmethodik der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung legt das IQTIG in einem separaten Dokument dar (IQTIG 2024a).

## 2.2 Konzept der Qualitätsindikatoren und Ergebnisanalyse

Indikatorergebnisse sind Aggregationen aus zugrundeliegenden Qualitätsmerkmalen der Versorgung, die sich durch die Fragebogenitems abbilden. Demnach setzt sich der aggregierte Indikatorwert aus den Patientenantworten zu den zugehörigen Einzelitems (Fragen des Fragebogens) zusammen. Für die Interpretation der Ergebnisse ist im ersten Schritt das Indikatorergebnis (Punktwert inkl. Vertrauensbereich) zu betrachten. Hier zeichnet sich ab, ob ein Leistungserbringer in dem jeweiligen Qualitätsindikator im Abgleich mit dem festgelegten Referenzbereich eines Qualitätsindikators rechnerisch auffällig ist oder nicht. Im zweiten Schritt kann anhand der Antwortverteilungen der zugehörigen Items genauer analysiert werden, wie das Ergebnis zustande gekommen ist bzw. bei welchen Themen die Patientinnen und Patienten positivere oder negativere Angaben gemacht haben. Diese zweite Analyseebene bietet damit konkrete Hinweise für Verbesserungsmaßnahmen in den Krankenhäusern und Arztpraxen.

Somit sollten im Falle eines rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses neben den Ergebnissen der zugehörigen Qualitätsmerkmale vor allem die Antwortverteilungen der zugehörigen Items eines Qualitätsindikators betrachtet werden. Das folgende Beispiel veranschaulicht das Vorgehen anhand beispielhaft dargestellten Antwortverteilungen für den QI 56106 „Patienteninformation vor der elektiven Prozedur“. Dieser Qualitätsindikator weist ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis auf (Abbildung 1).

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer

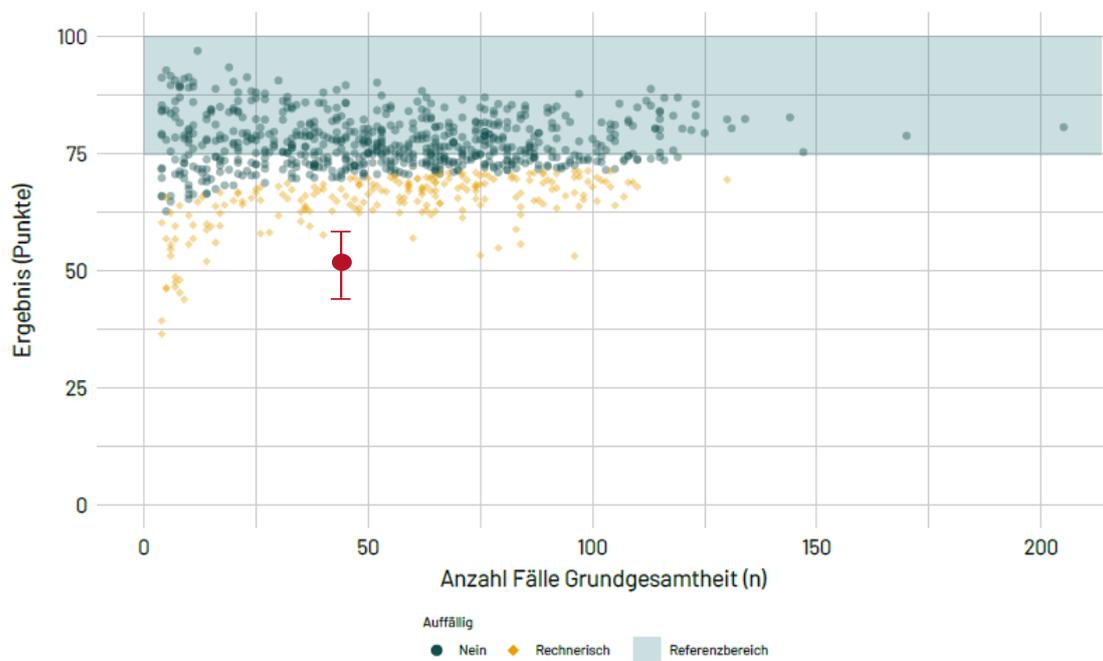


Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung eines rechnerisch auffälligen Indikatorergebnis für QI 56106 „Patienteninformation vor der elektiven Prozedur“

Aus der Darstellung der Antwortverteilungen der drei zugehörigen Items in Abbildung 2 wird ersichtlich, dass das rechnerisch auffällige Indikatorergebnis des Leistungserbringers vor allem auf die Information zum möglichen Erhalt eines Beruhigungsmittels (INFVBERUHIG) und zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme nach einer PCI (INFVMEDIS) zurückzuführen ist; die Anteile der Antwortoption „Nein“ sind mit 29,63 % bzw. 44,44 % höher als im Bundesdurchschnitt (21,16 % bzw. 27,28 %).

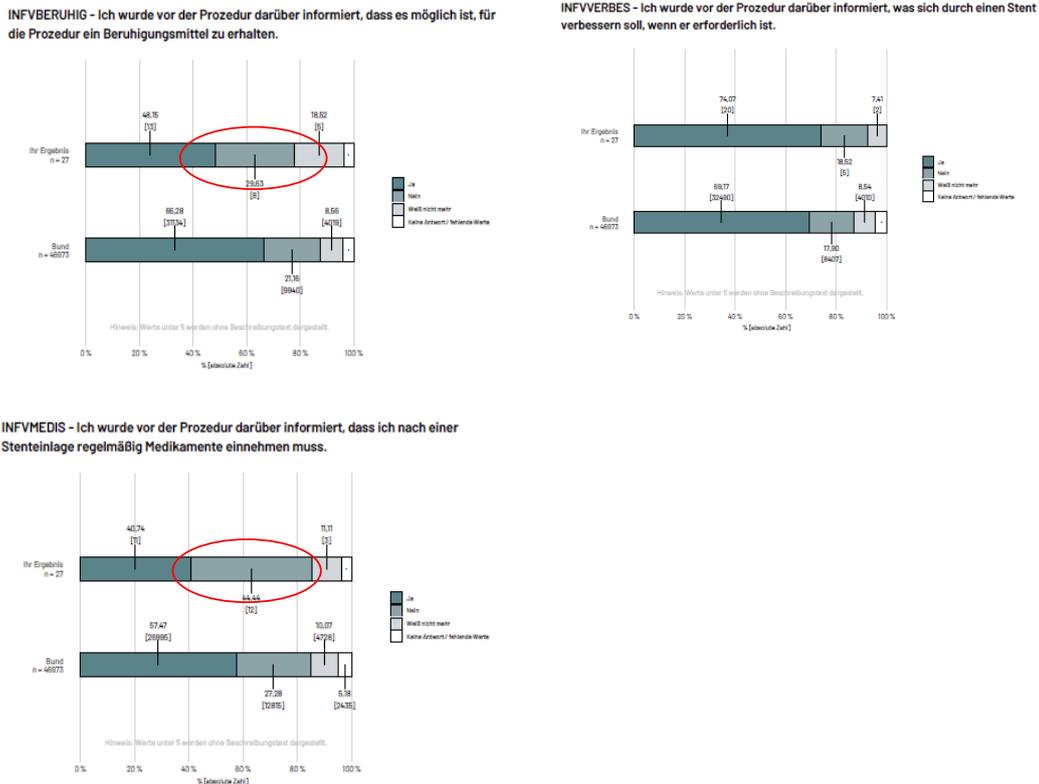


Abbildung 2: Beispielhafte Darstellung der Antwortverteilungen der drei zugehörigen Items für QI 56106 „Patienteninformation vor der elektiven Prozedur“

### 2.3 Ergebnisinterpretation und Ableitung von Maßnahmen

Zur Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen sollten die Prozesse und Strukturen beim Leistungserbringer betrachtet werden, die im Zusammenhang mit der berichteten Patientenwahrnehmung gesehen werden. Leitende, übergeordnete Fragestellungen zur Ursachenanalyse und zur Initiierung gerichteter Verbesserungsmaßnahmen sind:

- Welche Prozesse oder Strukturen des Leistungserbringers beeinflussen das Ergebnis?
- Wie sind diese im Versorgungsalltag des Leistungserbringers ausgestaltet?
- Welche Maßnahmen können ergriffen werden, um Verbesserungen zu erzielen?

Diese Leitfragen können spezifisch für jeden Qualitätsindikator ausgestaltet werden.<sup>3</sup> Je nachdem, welche Prozesse identifiziert wurden, könnten beispielsweise folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- Eine bessere, strukturierte Schulung der aufklärenden Ärztinnen und Ärzte, bei der auch Aspekte aufgegriffen werden, die nicht im regulären Aufklärungsbogen stehen,
- die Entwicklung weiterer Patienteninformationen, wie Broschüren oder Handouts für Patientinnen und Patienten.

Der Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung kann grafisch wie folgt zusammengefasst werden:

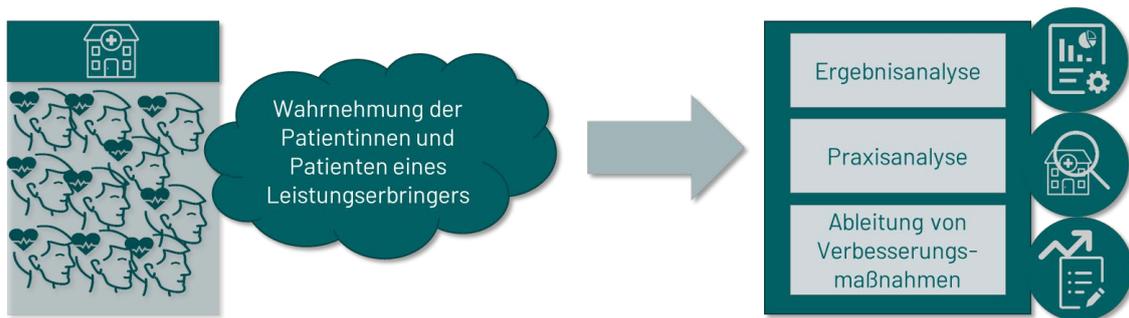


Abbildung 3: Interpretation und Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung

<sup>3</sup> Indikatorspezifische Leitfragen sind der Arbeitshilfe des IQTIG „Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung QS PCI im Stellungnahmeverfahren“ zu entnehmen (IQTIG 2024b).

## 3 Ausgestaltung des Stellungnahmeverfahrens

### 3.1 Rahmenbedingungen der DeQS-RL

Für QS PCI als länderbezogenes Verfahren sind die LAG die zuständigen Stellen für die Bewertung der Ergebnisse und der Einleitung und Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen. Insbesondere bei auffälligen Indikatorergebnissen wird dem betroffenen Leistungserbringer „Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben“. Ziel des Stellungnahmeverfahrens ist, unter Einbezug der Fachkommissionen, Auffälligkeiten aufzuklären und Maßnahmen der Qualitätsverbesserung zu vereinbaren (§ 17 Teil 1 DeQS-RL).

Gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)<sup>4</sup> werden die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens anhand von Kategorien, Ziffern, Einstufungen und Begründungen abgebildet. Das Einstufungsschema wird für jedes Berichtsjahr in der Anlage zur Richtlinie dargestellt. Es stehen insgesamt sieben Kategorien zur Verfügung:

- N: Bewertung nicht vorgesehen
- R: Ergebnis liegt im Referenzbereich
- H: Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen
- U: Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig
- A: Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig
- D: Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation
- S: Sonstiges

### 3.2 Herausforderungen für Patientenbefragungen

Bisherige Praxis im Stellungnahmeverfahren ist, zur Aufklärung von auffälligen Indikatorergebnissen die seitens der Leistungserbringer dargelegten Gründe zu eruieren und vor dem Hintergrund die Indikatorergebnisse durch Fachexperten und -expertinnen bewerten zu lassen. Bei Qualitätsindikatoren, die auf der Dokumentation der Leistungserbringer oder auf Sozialdaten beruhen, beziehen sich die dargelegten Gründe meist direkt auf den im betreffenden Qualitätsindikator adressierten Sachverhalt. So besteht die Möglichkeit, beispielsweise anhand einer Aktenlage mögliche Diskrepanzen zwischen der QS-Dokumentation und den stattgefundenen Prozessen aufzuklären oder zusätzliche Kontextinformationen (z. B. „present on admission“) zur Verfügung zu stellen.

Für Indikatorergebnisse auf Grundlage von Patientenbefragungen ist dieses Vorgehen nicht zielführend. Da die Patientenperspektive im Sinne eines Feedbacks der versorgten Patientinnen und Patienten eingeholt wird, kann es im Stellungnahmeverfahren nicht um die Bestätigung oder Wi-

---

<sup>4</sup> Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 19. September 2024, in Kraft getreten am 14. Februar 2024, <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/> (abgerufen am 28. Februar 2025).

derlegung dieser Patientenperspektive gehen. Vielmehr sollte ermittelt werden, *warum* die befragten Patientinnen und Patienten zu den Einschätzungen gekommen sind. Die angeforderten Stellungnahmen sollen deshalb *Erklärungsansätze* darlegen, die zur Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse mit Blick auf die dahinterliegenden Prozesse und Strukturen bei den Leistungserbringern führen. Gleichzeitig können dadurch Ansätze für Verbesserungsmaßnahmen aufgezeigt werden. Weiterhin zeichnet sich ab, dass die o. g. Kategorien zur Abbildung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens für Indikatoren auf Basis von Patientenbefragung nicht gleichermaßen sinnvoll anwendbar sind. So trifft die „D-Kategorie“ grundsätzlich nicht zu, da die Ergebnisse der Patientenbefragung nicht in direkter Relation zu der Dokumentation stehen. Auch ist die Anwendbarkeit der „U-Bewertung“ nicht zielführend, da eine kritische Patientenerfahrung nicht im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens unkritisch gestellt werden kann.

Neben diesen allgemeinen Aspekten, die bei Stellungnahmen mit Indikatoren der Patientenbefragung auftreten, haben die ersten Auswertungen zur Patientenbefragung QS PCI gezeigt, dass im Vergleich zu den Indikatorergebnissen auf Basis der QS-Dokumentation und Sozialdaten relativ viele Leistungserbringer bei mindestens einem Qualitätsindikator nicht den Referenzbereich erreichen und somit ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis haben. Die Folge ist eine Vielzahl von Stellungnahmeverfahren. Diese hohe Zahl ist für die Patientenbefragung QS PCI im weiteren Verlauf zu beobachten. Allerdings ist für das Auswertungsjahr 2024 zu konstatieren, dass die Referenzbereiche für alle Qualitätsindikatoren – auch für diejenigen, für die ein fester Referenzbereich vorgesehen ist – zunächst mittelwertbasiert umgesetzt wurden. Ein Stellungnahmeverfahren wird dann ausgelöst, wenn das Indikatorergebnis unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit unter dem Mittelwert aller Patientinnen und Patienten der am QS-Verfahren beteiligten Leistungserbringer liegt.

Zusammenfassend steht die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens mit Indikatorergebnissen der Patientenbefragung im Allgemeinen und denen der Patientenbefragung QS PCI im Besonderen mit Blick auf die ersten Erfahrungen nach 1,5 Jahren Regelbetrieb vor drei zentralen Herausforderungen:

1. Vorgehen im Stellungnahmeverfahren: Welcher Sachverhalt soll untersucht und bewertet werden?
2. Umgang mit der Anzahl der ausgelösten Stellungnahmeverfahren: Wie kann ein handhabbares Stellungnahmeverfahren im nächsten Auswertungsjahr (und perspektivisch) aussehen (Machbarkeit)?
3. Kategorisierung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens: Welche Ergebniskategorien sind sinnvoll?

Für einen Umgang mit diesen Herausforderungen gibt das IQTIG für das Auswertungsjahr 2025 nachfolgend Empfehlungen.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Die Ausarbeitungen basieren auf konzeptionellen Überlegungen und Analysen der Daten zum Auswertungsjahr 2024, die u. a. im Rahmen eines eintägigen Workshops mit ausgewählten Vertreterinnen und Vertretern der LAG und der Leistungserbringer mit Fokus auf den Bereich des Qualitätsmanagements, reflektiert wurden.

## 4 Empfehlungen zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens 2025

### 4.1 Vorgehen im Stellungnahmeverfahren: Welcher Sachverhalt soll untersucht und bewertet werden?

Stellungnahmen sollen sich auf Prozesse und Strukturen beim Leistungserbringer beziehen, die in Verbindung mit den im Indikator abgebildeten Qualitätsmerkmalen stehen. Anhand der Ergebnisse der Patientenbefragung sollen die Leistungserbringer ihren Versorgungsalltag reflektieren und im Falle von auffälligen Indikatorergebnissen die Gründe sowie mögliche Ansätze für Verbesserungsmaßnahmen identifizieren. Hierbei können gezielte indikatorspezifische Fragen, die seitens der LAG an die Leistungserbringer herangetragen werden, den Prozess leiten. Beispielhafte Fragen sind pro Qualitätsindikator in der Arbeitshilfe des IQTIG (IQTIG 2024b) aufgeführt.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung geben die Einschätzungen der Patientinnen und Patienten zu ihrer Versorgung bei einem Leistungserbringer wider und können als Bewertung des Leistungserbringers aus Patientensicht definiert werden. Eine nochmalige Bewertung der Ergebnisse der Patientenbefragung durch die Fachkommission ist nicht zielführend (Kapitel 2). Vielmehr sollten die Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Prozesse und Strukturen im Fokus stehen. Hierzu sollte die mit dem Indikator in Verbindung stehende Versorgungsleistung dargelegt und betrachtet werden. So kann die Art und Dringlichkeit sowie das Ausmaß der erforderlichen Veränderung eingeschätzt werden. Es sollte explizit nicht das Indikatorergebnis bestätigt oder widerlegt werden. Die Erklärungen der Leistungserbringer in den Stellungnahmen sollen dazu dienen, bestmögliche Ansätze für konkrete Verbesserungsmaßnahmen und damit Zielvereinbarungen gemäß Maßnahmenstufe 1 abzuleiten.

Das Ziel des Stellungnahmeverfahrens für die Ergebnisse von Patientenbefragungen liegt in der Analyse der Prozesse und Strukturen der Versorgung zur Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Zielvereinbarungen. Eine Bewertung der Ergebnisse der Patientenbefragung im Sinne einer Bestätigung und Infragestellung der Auffälligkeiten durch die Fachkommissionen wird nicht empfohlen. Der Fokus sollte auf der Vereinbarung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung liegen.

## 4.2 Umgang mit der Anzahl der ausgelösten Stellungnahmeverfahren: Wie kann ein handhabbares Stellungnahmeverfahren im nächsten Auswertungsjahr und perspektivisch durchgeführt werden?

### 4.2.1 Referenzbereiche

Stellungnahmeverfahren werden gemäß DeQS-RL für diejenigen Leistungserbringer ausgelöst, deren Indikatorergebnis unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit außerhalb des Referenzbereichs liegen. Damit kommt den Referenzbereichen eine entscheidende Funktion bei der Auslösung von Stellungnahmeverfahren zu. Mit Blick auf die im Vergleich mit anderen Verfahren hohe Zahl an Indikatorergebnissen außerhalb des Referenzbereichs bei der Patientenbefragung und der damit verbundenen Herausforderung hinsichtlich der Durchführbarkeit des Stellungnahmeverfahrens, stellen die Referenzbereiche eine naheliegende Stellschraube dar.

Bevor die Höhe der Referenzbereiche mit Blick auf ein durchführbares Stellungnahmeverfahren betrachtet wird, ist es wichtig, die unterschiedlichen Funktionen herauszuarbeiten, die Referenzbereiche haben können. So können im Rahmen eines QS-Verfahrens wie QS PCI mit einem Referenzbereich drei verschiedene Funktionen verbunden werden:

#### 1. Markierung von Standards

Es soll angegeben werden, welcher Zielwert für den Qualitätsindikator von allen Leistungserbringern mindestens erreicht werden soll. Er gibt damit das „Soll“ für das mit dem Qualitätsindikator verbundenen Qualitätsziel an und setzt damit einen Standard. Dazu sind kriteriumsbezogene Referenzbereiche erforderlich.

#### 2. Benchmark

Durch die Darstellung von Vergleichswerten (Benchmark) können die Leistungserbringer ihre Indikatorergebnisse einordnen und sollen motiviert werden, ihre Versorgung zu verbessern. Im Rahmen der externen Qualitätssicherung wird diese Funktion in den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer durch Darstellung des Bundeswerts erfüllt. Auf diese Weise kann das eigene Indikatorergebnis in Relation zu denen der anderen Leistungserbringer gesetzt werden.

#### 3. Auslösung von Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL

Für die Auslösung von Maßnahmen der externen Qualitätssicherung, wie das Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL, werden auch Auslösekriterien benötigt. Um die Anzahl der Stellungnahmeverfahren in etwa an die Kapazitäten der durchführenden Stellen anzupassen, eignen sich verteilungsbasierte Referenzbereiche.

Die Vergegenwärtigung dieser mit den drei Funktionen verbundenen unterschiedlichen Zielen ist bei der Frage nach der Angemessenheit der Referenzbereiche essenziell. So zeigt das Erreichen eines verteilungsbasierten Referenzbereichs z. B. zur Auslösung von Stellungnahmeverfahren zunächst nur die relative Position eines Leistungserbringers im Vergleich zu den anderen an und ist nicht mit „guter Qualität“ im Sinne eines angestrebten Versorgungsstandards gleichzusetzen.

Die Festsetzung des Referenzbereichs hat auch Einfluss auf die Motivation der Leistungserbringer für qualitätsverbessernde Maßnahmen: Ist die eigene Performance zu weit von dem zu erreichenden Referenzbereich entfernt, ist die Motivation zur Verbesserung aufgrund der scheinbaren Unerreichbarkeit geringer. Wird deutlich, dass auch andere Leistungserbringer zu weit vom Versorgungsstandard entfernt liegen, wird dies eher als Bestätigung der Unerreichbarkeit interpretiert. Im Falle von mittelwertbasierten Referenzbereichen entsteht durch das Benchmark eher die Motivation, nicht schlechter als „der Großteil der anderen“ zu sein. Jedoch beinhaltet diese Festsetzung weniger Dynamik für eine Verbesserung, wenn sich die Leistungserbringer im Mittel auf einem geringeren Level bewegen (Gude et al. 2019). Wird der Referenzbereich so adjustiert, dass es zu den zur Verfügung stehenden Ressourcen bei den LAG für das Stellungnahmeverfahren passt, finden unter Umständen in der Summe nur geringe Qualitätsverbesserungen statt, falls nur die Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren einen Anlass für qualitätsverbessernde Maßnahmen sehen.

Mit der Entwicklung der Patientenbefragung QS PCI wurden für 7 der 19 Qualitätsindikatoren kriteriumsbezogene Referenzbereiche von meist 95 Punkten empfohlen; wobei alle Qualitätsindikatoren eine Skala von 0 bis 100 Punkten haben, bei der höhere Punktwerte eine bessere Versorgungsqualität abbilden. Für 12 Qualitätsindikatoren wurden verteilungsbasierte Referenzbereiche vorgesehen, weil bisher keine Standards (siehe Funktion 1) aus den Wissensbeständen abgeleitet werden konnten (IQTIG 2018). Betrachtet man diese Festlegung vor dem Hintergrund der drei o. g. Funktionen, kann festgehalten werden, dass insbesondere bei den sieben Qualitätsindikatoren, für die in der Entwicklung feste Referenzbereiche definiert wurden, diese Festlegung mit Blick auf die Funktion „**Markierung von Standards**“ erfolgte. Diese Festlegung wurde primär auf Basis der herangezogenen Wissensbestände, wie Leitlinien oder medizin-ethischen Standards getroffen.

Für die Auslösung des Stellungnahmeverfahrens hat das IQTIG eine stufenweise Einführung der festen Referenzbereiche empfohlen, weshalb im Auswertungsjahr 2024 für alle 19 Qualitätsindikatoren mittelwertbasierte Referenzbereiche zur Anwendung gekommen sind. Dies hatte mehrere Gründe. Zunächst wird mit der mittelwertbasierten Darstellung die Funktion des „**Benchmarks**“ adressiert. Mit dem Mittelwert als Vergleichswert wird ein in der Qualitätssicherung übliches Vorgehen aufgegriffen (siehe die externen Qualitätssicherungsverfahren der Rehabilitation (DRV 2023)). Benchmarks sollen eine Motivation zur Verbesserung erzielen. Der Vergleich untereinander soll einen qualitätsorientierten Wettbewerb fördern. Da die DeQS-RL für alle drei Funktionen nur einen Referenzwert ermöglicht, soll mit dem mittelwertbasierten Referenzbereich gleichzeitig die Funktion „**Auslösung von Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL**“ erfüllt werden. Anhand der Patientenbefragung PCI wird deutlich, dass alle drei Funktionen für die Qualitätssicherung wichtig sind, jedoch selten ein einzelner Wert für alle drei Funktionen gleichermaßen geeignet ist. Fungiert der Referenzbereich als Schwellenwert zur Auslösung des Stellungnahmeverfahrens, steht vor allem im Vordergrund, wie viele Stellungnahmeverfahren mit den bestehenden Ressourcen durchgeführt werden können.

Wie problematisch die Vereinigung der Funktionen in einem Referenzbereich sein kann, soll anhand eines Beispiels aus der Patientenbefragung QS PCI verdeutlicht werden.

Der Qualitätsindikator „Patienteninformation vor der elektiven Prozedur“ (ID 56106) besteht aus den acht Qualitätsmerkmalen:

- Zielsetzung
- Behandlungsalternativen zum Eingriff
- Therapeutische Konsequenz
- Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen
- Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs
- Möglichkeit, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten
- Ablauf der Nachbeobachtung
- Besprechen von Sorgen und Ängsten

Diese Qualitätsmerkmale adressieren wichtige Inhalte, über die die Patientinnen und Patienten vor der Prozedur informiert werden sollten. Aus medizin-ethischer Sicht kann es keine Einschränkungen dahingehend geben, dass bestimmte Patientengruppen zu einem geringeren Maß informiert werden sollten. Deshalb wurde der Referenzbereich bezüglich der aufsteigenden Skala von 0 bis 100 Punkte unter Anwendung eines geringen Abschlags auf 95 Punkte gesetzt (IQTIG 2018). Alle Patientinnen und Patienten sollen vor einer elektiven Koronarangiografie oder PCI diese Informationen erhalten und verstehen. Würde dieses Qualitätsziel (Standard) gleichzeitig die Auslösung für ein Stellungnahmeverfahren geknüpft werden, wären im Auswertungsjahr 2024 98,4 % (N = 837) der Leistungserbringer auffällig geworden. Der mittelwertbasierte Referenzbereich (Benchmark) lag im Auswertungsjahr bei 75 Punkten. Diese Festlegung führt bei gleichzeitiger Funktion der Auslösung für das Stellungnahmeverfahren dazu, dass 24,9 % (N = 212) der Leistungserbringer auffällig wurden. Mit Blick auf durchzuführende Stellungnahmeverfahren ist das immer noch eine herausfordernd hohe Zahl, nicht zuletzt mit Blick auf die über den Qualitätsindikator adressierten Qualitätsmerkmale. Hinsichtlich der angestrebten Versorgungsqualität gibt dieser Referenzbereich jedoch ein falsches Signal, wenn er gleichzeitig als Versorgungsstandard interpretiert wird (Bei 73,5 % der Leistungserbringer ist die angestrebte Qualität von 95 Punkten nicht erfüllt).

Für einen handhabbaren Umgang des Stellungnahmeverfahrens und gleichzeitig einer Verbesserung der Versorgungsqualität im Sinne eines anzustrebenden Zustands, empfiehlt das IQTIG eine Trennung der Referenzbereiche nach den Funktionen *Markierung von Standards, Benchmarking und Auslösung von Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL*. Im vorliegenden Kontext steht die **Funktion „Auslösung von Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL“** im Vordergrund, da damit Aufwände und Ressourcen einhergehen, die es realistisch abzubilden gilt.

#### 4.2.2 Optionen für die Auslösung eines Stellungnahmeverfahrens für das Jahr 2025

Im Rahmen der Empfehlung zur stufenweisen Einführung fester Referenzbereiche, kommen im Auswertungsjahr 2025 wie auch im Jahr 2024 für alle Qualitätsindikatoren mittelwertbasierte Referenzbereiche zur Anwendung. Unter Anwendung der mittelwertbasierten Referenzbereiche gab es im Auswertungsjahr 2024 bei jedem der 19 Qualitätsindikatoren auffällige Indikatorergebnisse, bei mindestens 7 Leistungserbringern bis zu 260 Leistungserbringern pro Qualitätsindikator.

Bundesweit wurden insgesamt 629 von 949 Leistungserbringer, von denen Indikatorergebnisse vorliegen, bei mindestens einem Qualitätsindikator auffällig. Insgesamt gab es 1975 auffällige Indikatorergebnisse.<sup>6</sup> Die Verteilung je Bundesland ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Anzahl auffälliger und Leistungserbringer mit mindesten einem auffälligen Indikatorergebnis pro Bundesland

Bundesland	Anzahl auffälliger QIs	Anzahl LE mit mindestens einem auffälligen QI
Bayern	254	107
Brandenburg	67	17
Berlin	75	27
Baden-Württemberg	214	77
Bremen	30	6
Hessen	160	51
Hamburg	58	17
Mecklenburg-Vorpommern	32	12
Niedersachsen	200	64
Nordrhein-Westfalen	487	135
Rheinland-Pfalz	84	26
Schleswig-Holstein	54	18
Saarland	9	4
Sachsen	89	29
Sachsen-Anhalt	75	21
Thüringen	87	18
<b>Gesamt</b>	<b>1.975</b>	<b>629</b>

Fallen die Ergebnisse der Patientenbefragung für das Auswertungsjahr 2025 bei gleichbleibenden mittelwertbasierten Referenzbereichen ähnlich aus, ist davon auszugehen, dass dies die Kapazitäten für einen zielgerichteten Umgang in einem Stellungnahmeverfahren übersteigen könnte.

Für einen handhabbaren Umgang im Stellungnahmeverfahren 2025, der der übergeordneten Zielsetzung der Qualitätsverbesserung gerecht wird, empfiehlt das IQTIG den im Folgenden dargeleg-

<sup>6</sup> Zur Einordnung: Bei den Qualitätsindikatoren auf Basis der Leistungserbringerdokumentation und Sozialdaten lagen 2024 insgesamt 755 auffällige Indikatorergebnisse verteilt auf 528 Leistungserbringer (von insgesamt 1.272) vor.

ten Umgang. Es sei an der Stelle darauf hingewiesen, dass es sich dabei ausschließlich um Empfehlungen handelt, die keinen verbindlichen Charakter haben und vor dem Hintergrund der aktuellen Regelungen der DeQS-RL entwickelt wurden.

Mit Bezug auf die Darlegungen zu den verschiedenen Funktionen von Referenzbereichen, soll mit Blick auf das Stellungnahmeverfahren nach drei Werten unterschieden werden: *Zu erreichender Standard, Benchmarkwert, Auslösekriterium für das Stellungnahmeverfahren*. Gemäß den Rechenregeln ist der Referenzbereich für jeden Qualitätsindikator der Patientenbefragung QS PCI für das Auswertungsjahr 2025 als mittelwertbasierter Referenzbereich definiert. Diesem Mittelwert wird die Funktion des Benchmarkwerts zugeschrieben. Die festen Referenzwerte der sieben Qualitätsindikatoren versteht das IQTIG als zu erreichende Standards. Bei den restlichen 12 Qualitätsindikatoren entspricht der Benchmarkwert auch dem zu erreichenden Standard, da für diese bisher keine ausreichende Datengrundlage für die Definition von zu erreichenden Standards vorliegt.

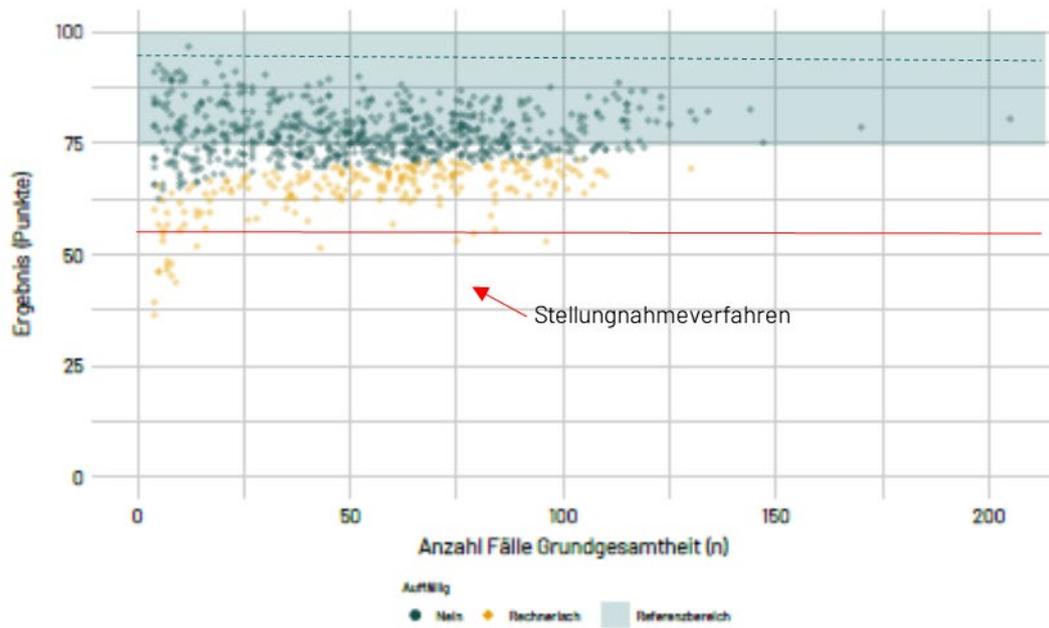
Im Folgenden werden verschiedene Optionen aufgeführt, die zu einer Reduzierung der Anzahl der Leistungserbringer, die Teil des Stellungnahmeverfahrens werden, führen können und damit auf das Auslösekriterium für das Stellungnahmeverfahren rekurrieren. Vor dem Hintergrund der oberen Ausführungen zu den verschiedenen Funktionen der Referenzbereiche gilt festzuhalten, dass sich dadurch nicht die Zahl der Leistungserbringer mit Indikatorergebnissen außerhalb des Referenzbereichs reduziert, sondern anhand verschiedener Rationalen der Anteil der Leistungserbringer, die aufgrund ihrer rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse ins Stellungnahmeverfahren eingeschlossen werden können.

### **Option 1: Prozentualer Anteil**

#### **a) Auswahl nach Ausmaß der Auffälligkeit**

Um das Stellungnahmeverfahren handhabbar zu gestalten, wird ein Auslösewert empfohlen, der unterhalb des mittelwertbasierten Referenzbereichs (Benchmarkwerts) liegt. Unter Abwägung des Ziels der Qualitätsverbesserung durch das Stellungnahmeverfahren und dessen Umsetzbarkeit soll dabei der Fokus auf die Leistungserbringer mit den niedrigsten Indikatorergebnissen gelegt werden. Deshalb wird empfohlen, aus der Gruppe der Leistungserbringer, die unterhalb des Mittelwerts des Benchmarkwerts liegen, die auffälligsten auszuwählen. Hierfür könnte ein bestimmter prozentualer Anteil, bezogen auf die Leistungserbringer, deren Ergebnisse signifikant unterhalb des Mittelwerts liegen (z. B. 10 %), gewählt werden. Bei der prozentualen Auswahl der Leistungserbringer mit den niedrigsten Indikatorergebnissen muss die statistische Unsicherheit berücksichtigt werden. Deshalb muss bei der konkreten Auswahl der Leistungserbringer die **Obergrenze des Konfidenzintervalls (Vertrauensbereich)** zu Grunde gelegt und in eine absteigende Reihenfolge gebracht werden, beginnend mit dem Leistungserbringer mit dem geringsten Wert.

Diese mögliche Ausgestaltung ist anhand eines Qualitätsindikators mit einem konzeptionell festen Referenzbereich von 95 Punkten, einem mittelwertbasierten Referenzbereich von 75 Punkten und 5 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer Abbildung 4 beispielhaft dargestellt.



- Zielwert (Markierung eines Standards)
- █ Benchmarkwert (mittelwertbasierter Referenzbereich)
- Auslösewert StnV (Auslösung von StnV nach §17 DeQS-RL)

Abbildung 4: Beispielhaftes Indikatorergebnis auf Bundesebene mit Standardwert, Benchmarkwert und Auslösewert

Wendet man dieses Vorgehen auf die Indikatorergebnisse des Auswertungsjahr 2024 an, ergeben sich bei der Anwendung verschiedener Prozentsätze die in Tabelle 2 dargestellten Zahlen bezüglich der Anzahl der Qualitätsindikatoren, die im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens betrachtet werden müssten.

Tabelle 2: Anzahl Qualitätsindikatoren im Stellungnahmeverfahren nach prozentualem Anteil der auffälligen Leistungserbringer pro Bundesland

Bundesland	Anzahl auffällige QIs	5 % Anzahl QIs	10 % Anzahl QIs	20 % Anzahl QIs	30 % Anzahl QIs	50 % Anzahl QIs
Bayern	254	12	25	51	77	131
Brandenburg	67	1	6	12	20	39
Berlin	75	1	6	14	23	41
Baden-Württemberg	214	10	21	43	67	112
Bremen	30	0	1	5	8	19
Hessen	160	6	20	31	51	84

Bundesland	Anzahl auffällige QIs	5 % Anzahl QIs	10 % Anzahl QIs	20 % Anzahl QIs	30 % Anzahl QIs	50 % Anzahl QIs
Hamburg	58	0	6	12	18	31
Mecklenburg-Vorpommern	32	0	2	3	8	22
Niedersachsen	200	9	20	41	61	105
Nordrhein-Westfalen	487	25	51	96	150	249
Rheinland-Pfalz	84	2	8	16	26	47
Schleswig-Holstein	54	0	4	10	15	32
Saarland	9	0	0	0	2	7
Sachsen	89	2	8	16	26	49
Sachsen-Anhalt	75	1	6	15	23	41
Thüringen	87	3	7	18	26	45
<b>Gesamt<sup>7</sup></b>	<b>1.975</b>	<b>72</b>	<b>191</b>	<b>383</b>	<b>601</b>	<b>1.054</b>

Je nach Setzung des prozentualen Anteils kann mit diesem Vorgehen eine deutliche und unmittelbare Reduktion der Anzahl der durchzuführenden Stellungnahmeverfahren stattfinden.

#### **b) Zufallsauswahl**

Die Wahl der Leistungserbringer kann auch per Zufall getroffen werden. So werden aus der Gruppe der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen ein prozentualer Anteil zufällig und nicht nach dem Ausmaß ihrer Auffälligkeit ausgewählt. Würde dieses Vorgehen auch in den Folgejahren angewandt, könnte auf die Weise mehr Dynamik hinsichtlich der Leistungserbringerauswahl entstehen, wenn angenommen wird, dass von einem Auswertungsjahr zum anderen nur geringe Verbesserungen stattfinden. So würde die Wahrscheinlichkeit bei Option 1a steigen, dass immer wieder dieselben Leistungserbringer in ein Stellungnahmeverfahren eingeschlossen werden. Mit einer Zufallsauswahl hätten alle Leistungserbringer, deren Indikatorergebnisse unterhalb des Referenzbereichs liegen, die gleiche Chance, im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens näher betrachtet zu werden. Da sich nur das Auswahl- bzw. Auslöseprinzip für ein Stellungnahmeverfahren von Option 1a unterscheidet, entspricht die mögliche Anzahl der Qualitätsindikatoren im Stellungnahmeverfahren Tabelle 2.

<sup>7</sup> Die Summe bezieht sich auf die gerundeten Werte pro Bundesland, weshalb Differenzen im Vergleich zu dem prozentualen Anteil bezogen auf die Gesamtzahl von 1.975 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen bestehen.

### Option 2: Anzahl auffälliger Qualitätsindikatoren pro Leistungserbringer

Das Mengengerüst zur Durchführung der Stellungnahmen kann auch über die Anzahl auffälliger Indikatorergebnisse pro Leistungserbringer gesteuert werden (Abbildung 5). Die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 haben gezeigt, dass 29,7 % (n = 187) der 629 Leistungserbringer mit auffälligen Indikatorergebnissen nur in einem Qualitätsindikator auffällig waren, 8,7 % (n = 55) in max. 5 Qualitätsindikatoren und 1,1 % (n = 7) in max. 10 Qualitätsindikatoren. Lediglich 2 Leistungserbringer (0,2 %) waren in 11 Qualitätsindikatoren auffällig, was gleichzeitig das Maximum an auffälligen Qualitätsindikatoren für das Auswertungsjahr 2024 darstellt. Damit bezogen sich bei der Hälfte der Leistungserbringer die auffälligen Ergebnisse auf 1 bis 2 Qualitätsindikatoren und bei der anderen Hälfte auf 3 bis 11 Qualitätsindikatoren.

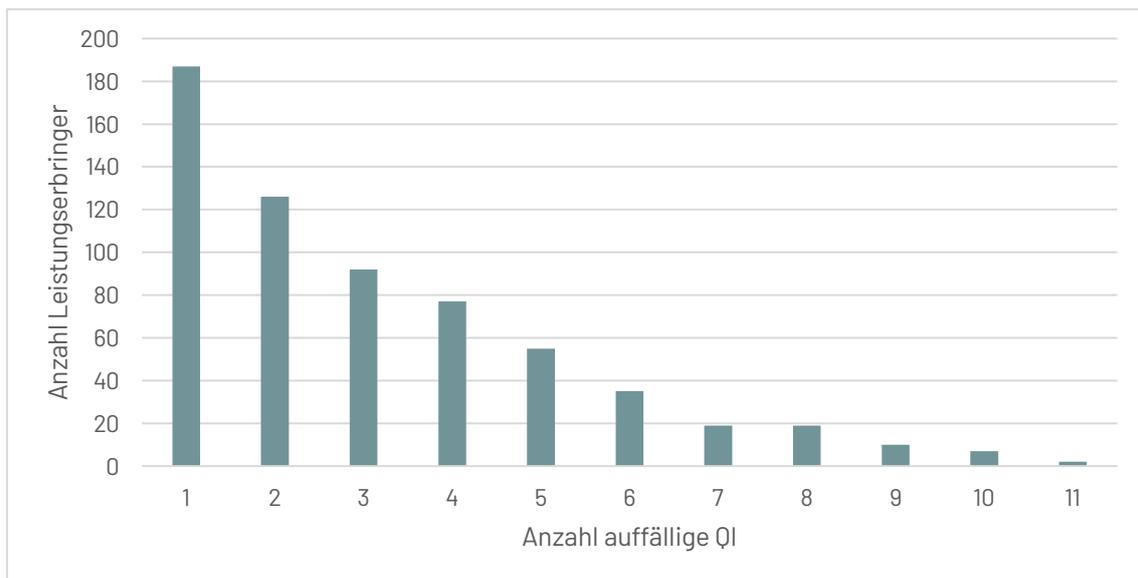


Abbildung 5: Anzahl auffälliger Qualitätsindikatoren pro Leistungserbringer, Auswertungsjahr 2024

Auch hier wird empfohlen, die Leistungserbringer mit den meisten Auffälligkeiten in jedem Fall in ein Stellungnahmeverfahren einzubeziehen.

Orientierend an den o. g. Verteilungen könnten die Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren um ca. zwei Drittel reduziert werden, wenn nur die betrachtet werden, die in mehr als drei Qualitätsindikatoren eine Auffälligkeit aufweisen. Der Anteil würde um ca. die Hälfte reduziert werden, wenn nur die betrachtet werden, die in mehr als zwei Qualitätsindikatoren auffällig sind. Die Anzahl der zu betrachtenden Qualitätsindikatoren und Leistungserbringer pro Bundesland ist in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Anzahl Leistungserbringer mit mindestens 3 oder 4 auffälligen Qualitätsindikatoren pro Bundesland

Bundesland	mind. 3 auffällige QIs		mind. 4 auffällige QIs	
	Anzahl LE	Anzahl QIs	Anzahl LE	Anzahl QIs
Bayern	34	154	20	112
Brandenburg	10	57	10	57
Berlin	14	58	9	43
Baden-Württemberg	34	155	21	116
Bremen	5	29	5	29
Hessen	24	124	17	103
Hamburg	9	45	6	36
Mecklenburg-Vorpommern	4	21	3	18
Niedersachsen	36	163	24	127
Nordrhein-Westfalen	83	407	60	338
Rheinland-Pfalz	14	68	11	59
Schleswig-Holstein	9	41	5	29
Saarland	1	5	1	5
Sachsen	13	65	10	56
Sachsen-Anhalt	13	64	10	55
Thüringen	13	80	12	77
<b>Gesamt<sup>8</sup></b>	<b>316</b>	<b>1.536</b>	<b>224</b>	<b>1.260</b>

Option 2 legt den Fokus auf Leistungserbringer, die in mehreren Bereichen und damit eher in der Breite Verbesserungspotenziale haben.

### Option 3: Gruppierung von Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren, die gleiche oder ähnliche Versorgungsprozesse adressieren (z. B. Qualitätsindikatoren mit Informationsthemen, Qualitätsindikatoren mit Themen zur Organisation der Behandlung) können zu einer Gruppe zusammengefasst werden. In Abhängigkeit von der Anzahl an Qualitätsindikatoren pro Gruppe würde die Anzahl von rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen ein Stellungnahmeverfahren mit sich bringen, z. B. Leistungserbringer mit zwei von drei auffälligen Indikatorergebnissen pro Gruppe werden in das Stellungnahmeverfahren eingeschlossen. Auf die Weise wird der Fokus auf Auffälligkeiten gelegt, die sich in bestimmten Bereichen

<sup>8</sup> Die Summe bezieht sich auf die gerundeten Werte pro Bundesland, weshalb Differenzen im Vergleich zu dem prozentualen Anteil bezogen auf die Gesamtzahl von 1.975 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen bestehen.

zeigen und somit mutmaßlich eher auf systematische Versäumnisse verweisen, die eine breitere Wirkung mit sich ziehen.

Da nur auf Basis der vorliegenden Auswertungen agiert werden kann, können diese Gruppen für das Auswertungsjahr 2025 lediglich inhaltlich gebildet und ebenso die Auslösekriterien lediglich inhaltlich festgelegt werden.

Für das Auswertungsjahr 2025 könnten entsprechend Tabelle 4 folgende Gruppen mit der jeweiligen Anzahl rechnerisch auffälliger Qualitätsindikatoren, die ein Stellungnahmeverfahren auslösen sollen, definiert werden.

Tabelle 4: Themenspezifische Gruppierung von Indikatoren mit Anzahl rechnerisch auffälliger Qualitätsindikatoren je Gruppe als Auslösekriterium für ein Stellungnahmeverfahren

Qualitätsindikatoren	Anzahl rechnerisch auffälliger QIs als Auslösekriterium für Stellungnahmeverfahren
<b>Gruppe 1: Indikationsstellung aus Patientensicht</b>	
QI 56100	2
QI 56101	
QI 56102	
<b>Gruppe 2: Interaktion und Kommunikation</b>	
QI 56104	2
QI 56105	
QI 56110	
<b>Gruppe 3: Informationen und Patientenbeteiligung vor der elektiven Prozedur</b>	
QI 56103	2
QI 56106	
QI 56107	
QI 56108	
<b>Gruppe 4: Information nach Prozedur</b>	
QI 56111	2
QI 56112	
QI 56113	
<b>Gruppe 5: Organisation und Koordination der Versorgung</b>	
QI 56109	2
QI 56114	
QI 56115	

Qualitätsindikatoren	Anzahl rechnerisch auffälliger QIs als Auslösekriterium für Stellungnahmeverfahren
<b>Gruppe 6: Outcome</b>	
QI 56116	2
QI 56117	
QI 56118	

Mit dieser Option müssten insgesamt 1.002 auffällige Qualitätsindikatoren im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden, die sich auf die einzelnen Bundesländer entsprechend Tabelle 5 verteilen.

Tabelle 5: Anzahl auffälliger Qualitätsindikatoren nach Gruppe und Bundesland

Bundesland	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5	Gruppe 6	Gesamt
Bayern	4	40	30	18	2	2	<b>96</b>
Brandenburg	0	15	12	8	4	2	<b>41</b>
Berlin	0	8	7	10	0	2	<b>27</b>
Baden-Württemberg	8	50	24	13	0	2	<b>97</b>
Bremen	0	8	9	4	0	0	<b>21</b>
Hessen	0	30	24	16	4	4	<b>78</b>
Hamburg	0	2	17	8	4	0	<b>31</b>
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	4	2	4	2	<b>14</b>
Niedersachsen	0	54	29	24	4	3	<b>114</b>
Nordrhein-Westfalen	2	101	72	42	20	11	<b>248</b>
Rheinland-Pfalz	0	24	17	4	0	2	<b>47</b>
Schleswig-Holstein	0	10	4	11	2	2	<b>29</b>
Saarland	0	2	2	2	0	0	<b>6</b>
Sachsen	0	9	18	4	6	4	<b>41</b>
Sachsen-Anhalt	0	16	19	10	2	2	<b>49</b>
Thüringen	0	26	24	9	2	2	<b>63</b>
<b>Gesamt</b>	<b>12</b>	<b>397</b>	<b>312</b>	<b>185</b>	<b>54</b>	<b>40</b>	<b>1.002</b>

Mit diesem Vorgehen kann ein Leistungserbringer in mehreren Gruppen auffällig werden. Die Anzahl der auffälligen Gruppen pro Leistungserbringer ist in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Anzahl auffälliger Gruppen pro Leistungserbringer und Anzahl an Qualitätsindikatoren im Stellungnahmeverfahren nach Bundesland

Bundesland	Anzahl der auffälligen Gruppen pro LE				Summe auffällige LE
	1	2	3	4	
Bayern	19	7	4	0	30
Brandenburg	5	2	2	1	10
Berlin	6	2	1	0	9
Baden-Württemberg	17	10	2	0	29
Bremen	1	3	1	0	5
Hessen	10	4	4	1	19
Hamburg	2	3	2	0	7
Mecklenburg-Vorpommern	1	3	0	0	4
Niedersachsen	20	10	4	0	34
Nordrhein-Westfalen	37	22	7	2	68
Rheinland-Pfalz	8	4	2	0	14
Schleswig-Holstein	7	1	1	0	9
Saarland	1	1	0	0	2
Sachsen	5	7	0	0	12
Sachsen-Anhalt	3	7	2	0	12
Thüringen	6	6	3	0	15
<b>Gesamt</b>	<b>148</b>	<b>92</b>	<b>35</b>	<b>4</b>	<b>279</b>

Insgesamt verteilen sich die 1.002 auffälligen Qualitätsindikatoren auf 279 Leistungserbringer, die in ein Stellungnahmeverfahren einbezogen werden würden. Mit dieser Option reduziert sich die Anzahl an Leistungserbringern um über 50 %. Auch die Anzahl der zu betrachtenden Qualitätsindikatoren reduziert sich fast um die Hälfte.

#### 4.2.3 Bewertung und Empfehlung der Optionen

Alle oben dargestellten Optionen beinhalten lediglich **Auswahlkriterien für den Einbezug der Leistungserbringer in eine Stellungnahmeverfahren**. Deshalb kann nicht davon ausgegangen werden, dass Leistungserbringer, die nach Anwendung einer der dargestellten Optionen nicht in ein Stellungnahmeverfahren einbezogen werden, eine gute Versorgungsqualität aufweisen (Abschnitt 4.1).

Vergleicht man die drei oben ausgeführten Optionen, zeigt sich, dass sie sich auf zwei verschiedenen Ebenen bewegen (Abbildung 6). Option 1 a und b legen den Fokus auf das einzelne Indikatorergebnis als Auslösekriterium für den Einbezug in eine Stellungnahmeverfahren (Einzelebene).

Option 2 und 3 beziehen sich auf Häufungen von Auffälligkeiten bei einzelnen Leistungserbringern, entweder von mehreren auffälligen Qualitätsindikatoren (Option 2) oder durch eine Häufung auffälliger themenverwandter Qualitätsindikatoren (Option 3). Der Fokus wird bei diesen Optionen auf systematische Defizite gelegt, und geht damit eher in die Breite. Bezogen auf die Qualitätsindikatoren bewegen sich diese Optionen auf der Gruppenebene.

Alle Optionen folgen bei der Wahl der Leistungserbringer mit Ausnahme von Option 1b dem Prinzip der stärksten Auffälligkeit bzw. von schwerpunkthaften Auffälligkeiten: Zum einen wird das Augenmerk auf die Leistungserbringer mit den niedrigsten QI-Werten bzw. oberen Vertrauensintervallgrenzen gerichtet oder zum anderen auf die mit den meisten auffälligen Indikatorergebnissen.

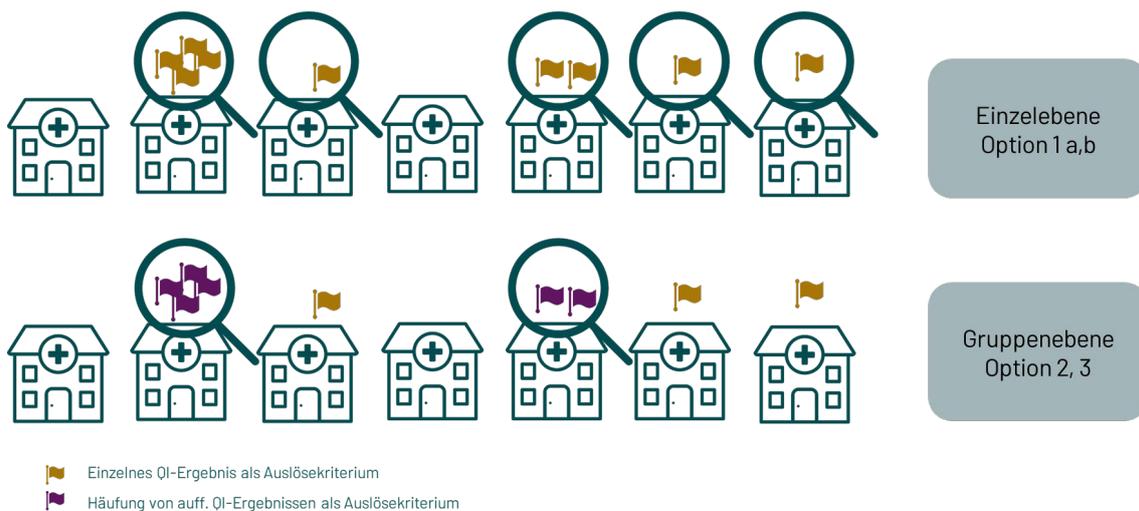


Abbildung 6: Betrachtungsebenen für Auslösung des Stellungnahmeverfahrens

Mit Blick auf das Ziel, ein handhabbares Mengengerüst für das anstehende Stellungnahmeverfahren 2025 zu haben, sind Option 1a und 1b sicher die Optionen, die eine unmittelbare Steuerung durch die Festlegung eines prozentualen Anteils der auffälligen Leistungserbringer pro Qualitätsindikator ermöglichen.

Option 2 und 3 setzen die Auffälligkeiten in Beziehung – entweder zur Anzahl oder zu Themenschwerpunkten. Obgleich auch hier einzelne Qualitätsindikatoren hinter den Auffälligkeiten stehen, beinhalten diese Optionen eher systematische Ansätze. Durch die Verdichtung der Auffälligkeiten führen diese Optionen auch zu einer Reduktion des Mengengerüsts, die sich durch die konzeptionelle Ausgestaltung jedoch nicht unmittelbar steuern lässt.

Wenn eine ressourcenbedingte Priorisierung von Stellungnahmeverfahren erfolgen soll, wird empfohlen, sich an dem Ausmaß der Auffälligkeiten zu orientieren. So werden die Leistungserbringer in einem Stellungnahmeverfahren näher betrachtet, deren Qualität im Vergleich zu den anderen besonders auffällig ist. Folglich wird Option 1b vor allem mit Blick auf die kurzfristige Anwendung im Auswertungsjahr 2025 nicht empfohlen. Eine gezielte Reduktion mit Fokus auf das

Ausmaß der Auffälligkeit kann am schnellsten mit Option 1a erreicht werden. Ausgehend von ähnlichen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 würden ab einem Schwellenwert von 30 % in jedem Bundesland Stellungnahmeverfahren für die Patientenbefragung PCI durchgeführt werden.

Wie in Abschnitt 2.3 dargelegt, sollen die Ergebnisse der Patientenbefragung Anlass sein, die Strukturen und Prozesse zu betrachten, die mit den erfragten Qualitätsmerkmalen der Versorgung in Verbindung stehen. Von diesem Analysegedanken ausgehend und dem Ansatz, übergeordnete Schwerpunkte in den Mittelpunkt zu stellen, erscheint die Betrachtung von Schwerpunktthemen in Bezug auf Auffälligkeiten bei einem Leistungserbringer sinnvoll (Option 3). Damit besteht das Ziel darin, breiter angelegte systematische Versäumnisse zu erkennen. So würde eine LAG die Auffälligkeit eines Leistungserbringers in einer Gruppe zum Anlass nehmen, im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens die rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren dieser Gruppe zu betrachten und anhand der Antwortverteilungen der zugehörigen Items konkrete Ansätze für Verbesserungsmaßnahmen zu erkennen. Auf die Weise würden auffällige Bereiche der aus der Patientensicht adressierten Versorgungsqualität als Auslösekriterium für ein Stellungnahmeverfahren agieren, an den sich der Prozess der Ergebnisinterpretation, Analyse des Versorgungsalltags mit Blick auf die dahinterliegenden Prozesse und Strukturen sowie einer Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen anschließt. Diese Option folgt dem Aggregationsgedanken, der bereits über die Konstruktion der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung angelegt wurde: Es wird hier lediglich eine zusätzliche Ebene eingeführt, die die Auslösung für ein Stellungnahmeverfahren bestimmt. Auch fügt sich diese Option in das Vorgehen zum Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung ein, da der Fokus auf Strukturen und Prozessen liegt, die für die konkrete Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen mithilfe der Patientenrückmeldungen auf Ebene der Items des jeweiligen Indikators genauer analysiert werden müssen. Entsprechend wird für die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens im Jahr 2025 Option 3 empfohlen. Perspektivisch sollte geprüft werden, ob die Gruppierungen der Option 3 anhand von übergeordneten Indizes auf empirischer Basis ausgegeben werden können. Wenn sich Option 3 mittelfristig etablieren soll, wird empfohlen, die Gruppierung auch in den Rechenregeln anzulegen, damit eine Transparenz zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens hergestellt wird.

Übergeordnetes Ziel der Patientenbefragung bleibt, dass die Versorgungsqualität bei allen Leistungserbringern entsprechend den Anforderungen der Qualitätsindikatoren ausgestaltet werden soll (Erfüllung des Standards). Alle definierten Qualitätsindikatoren stehen dabei in ihren Anforderungen gleichwertig nebeneinander. Auf dem Weg zur Erreichung des Versorgungsstandards kann das Augenmerk im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zunächst auf die Leistungserbringer gerichtet werden, die in einem der 19 Qualitätsindikatoren besonders schlechte Werte aufweisen. Somit liegt der Fokus auf Qualitätsindikatoren, bei denen Patientinnen und Patienten eine besonders kritische Rückmeldung gegeben haben. Genauso kann das Ausmaß des Qualitätsdefizits an der Anzahl der auffälligen Qualitätsindikatoren oder anhand von sich abzeichnenden Schwerpunkten, die sich über die Gruppierung von Qualitätsindikatoren zeigen, festgemacht werden.

**Vor dem Hintergrund der Konzeption der Patientenbefragung wird empfohlen, Qualitätsindikatoren thematisch zu gruppieren und die Leistungserbringer in ein Stellungnahmeverfahren einzubeziehen, die sich über die Anzahl auffälliger Qualitätsindikatoren pro Gruppe definieren (Option 3).<sup>9</sup>**

### **4.3 Umgang mit der Kategorisierung der qualitativen Bewertung: Welche Kategorien können sinnvoll angewandt werden?**

Bezüglich der Kategorien zur qualitativen Bewertung wird für das Auswertungsjahr 2025 empfohlen, für alle Leistungserbringer (unabhängig vom rechnerischen Ergebnis und vom Ergebnis eines ggf. durchgeführten Stellungnahmeverfahrens) N99 „Bewertung nicht vorgesehen“ zu vergeben mit dem Freitext „Zum AJ 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen“.

Perspektivisch sollte geprüft werden, inwiefern eine Modifikation des Kategorienschemas mit Blick auf die Patientenbefragung erforderlich ist.

---

<sup>9</sup> Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Gruppen vor dem Hintergrund der aktuellen Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2025 ist dem Anhang zu entnehmen.

## 5 Zusammenfassung und Ausblick

Die Ergebnisse der Patientenbefragung QS PCI sind im Jahr 2025 erstmalig Grundlage für ein verpflichtendes Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL. Die ersten Erkenntnisse, die 2024 anhand der Ergebnisse und der freiwillig eingeholten Stellungnahmen bei Leistungserbringern gewonnen wurden, haben die Herausforderungen angezeigt, die sich insbesondere auf Fragen

- der Bewertungsgrundlage
- des Mengengerüsts und
- der Kategorisierung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens

beziehen.

Die vorliegenden Ausführungen sollen Impulse und Empfehlungen für eine handhabbare und zielführende Ausgestaltung des Stellungnahmeverfahrens ermöglichen. Damit soll dem unmittelbaren Bedarf vor dem Hintergrund der geltenden Regelungen Rechnung getragen werden. Unter Reflexion der Konzeption der Patientenbefragung und ihrer Ergebnisse werden hinsichtlich der drei aufgezeigten Themenkomplexe folgende Empfehlungen getroffen:

1. Mit der Patientenbefragung erfolgt eine Bewertung eines Leistungserbringers aus der Perspektive der Versorgten. Eine nochmalige Bewertung dieser Einschätzung durch die Fachkommission wird nicht empfohlen. Folglich kann direkt in das Stellungnahmeverfahren und Maßnahmenstufe 1 eingetreten werden, was sich auf die Strukturen und Prozesse bezieht, die mit dem Indikatorergebnis in Verbindung gebracht wird.
2. Um einen handhabbaren Umgang mit der Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen zu ermöglichen und dennoch den Fokus auf die Qualitätsförderung zu behalten, wird in Einklang mit der Konzeption der Patientenbefragung empfohlen, thematische Indikatorgruppen zu bilden. Grundlage für den Einschluss in ein Stellungnahmeverfahren bietet die Anzahl auffälliger Qualitätsindikatoren pro Gruppe (Option 3). Diese Empfehlung bezieht sich ausschließlich auf die Definition eines Auslösekriteriums für ein Stellungnahmeverfahren und muss von der Anforderung an einen Qualitätsstandard oder aber ein Benchmark getrennt werden.
3. Hinsichtlich einer sinnvollen Verwendung der bestehenden Kategorien zur Darstellung der qualitativen Bewertung wird die Verwendung der Kategorie N empfohlen.

Die wissenschaftliche Begleitevaluation der Patientenbefragung PCI bietet die Möglichkeit, die praktische Ausgestaltung des Stellungnahmeverfahrens genauer zu verfolgen und Weiterentwicklungsbedarf zu erkennen. Zudem werden die dargestellten Ansätze und Optionen im Rahmen der beauftragten Weiterentwicklung des Stellungnahmeverfahrens weiterverfolgt.

## Literatur

- DRV [Deutsche Rentenversicherung] (2023): Hinweise zur Teilnahme an externen Qualitätssicherungsverfahren. gemäß der Verbindlichen Entscheidung des Bundesvorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund zu den Zulassungsanforderungen gemäß § 15 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 15 Absatz 3 SGB VI. Stand: März 2023. Berlin: DRV Bund. URL: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_allgemein/hinweise\\_anerkannte\\_qs\\_verfahren.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/hinweise_anerkannte_qs_verfahren.html) [Herunterladen] (abgerufen am: 14.02.2025).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung. [Stand:] 06.03.2024. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6502/2024-03-06\\_IQTIG-Beauftragung\\_Weiterentwicklung-Verfahren-qual-Beurteilung\\_DeQS-RL.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6502/2024-03-06_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung-Verfahren-qual-Beurteilung_DeQS-RL.pdf) (abgerufen am: 18.02.2025).
- Gude, WT; Brown, B; van der Veer, SN; Colquhoun, HL; Ivers, NM; Brehaut, JC; et al. (2019): Clinical performance comparators in audit and feedback: a review of theory and evidence. *Implementation Science* 14: 39. DOI: 10.1186/s13012-019-0887-1.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG\\_Patientenbefragung\\_QS-PCI\\_Abschlussbericht-mit-AT\\_2018-12-15.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht-mit-AT_2018-12-15.pdf) (abgerufen am: 01.03.2025).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): 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: 14.06.2024).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung QS PCI im Stellungnahmeverfahren. Arbeitshilfe für die Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringer. Stand: 02.05.2024. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG\\_Patientenbefragung-QS-PCI-STNV\\_Arbeitshilfe\\_2024.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Patientenbefragung-QS-PCI-STNV_Arbeitshilfe_2024.pdf) (abgerufen am: 14.02.2025).
- Thomas, WI; Thomas, DS (1928): The Methodology of Behavior Study. Chapter 13. In: Knopf, AA: *The Child in America. Behavior Problems and Programs*. New York, US-NY: Johnson Reprint, 553-576.

# Impressum

## HERAUSGEBER

---

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen  
Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

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

[iqtig.org](http://iqtig.org)