

Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung QS PCI im Stellungnahmeverfahren – Arbeitshilfe für Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringer

Kurzfassung und FAQ für Leistungserbringer

Stand: 28. April 2025

Einleitung und Hintergrund

Am 1. Juli 2022 wurde das externe Qualitätssicherungsverfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)* für einen Erprobungszeitraum von viereinhalb Jahren um eine Patientenbefragung (PPCI) ergänzt. Seitdem wird bundesweit regelhaft und erstmalig die Perspektive der Patientinnen und Patienten bei der Messung und Bewertung der Versorgungsqualität bei einer Koronarangiografie oder PCI einbezogen.

Genau wie bei den anderen QS-Verfahren ist die Ausgestaltung der Patientenbefragung als Teil des Qualitätssicherungsverfahrens *QS PCI* über die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) geregelt. Diese sieht unter anderem vor, dass ab dem Auswertungsjahr 2025 für die Patientenbefragung ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird. Mit diesem neuen Element der Qualitätssicherung ist auch ein neuer Umgang mit den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren (QI) gefordert. Um das Stellungnahmeverfahren erfolgreich durchzuführen und langfristig die Versorgungsqualität für die Leistungsempfangenden zu verbessern, ist ein Grundverständnis der Patientenbefragung und ihrer Ergebnisse erforderlich. Hierfür wurde die Arbeitshilfe „*Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung QS PCI im Stellungnahmeverfahren*“ vom 2. Mai 2024 erstellt.¹ Das hier vorliegende Dokument stellt als Kurzfassung die Kerninhalte der Arbeitshilfe zusammen.

¹ <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/arbeitshilfe-stellungnahmeverfahren-patbefragung/>

Zusammenfassung

- Die Patientenbefragung ist seit Juli 2022 eine neue Datenquelle von QS PCI, die gleichwertig zur Abbildung der Versorgungsqualität genutzt wird.
- Die Ausgestaltung der Patientenbefragung im Allgemeinen und im speziellen Kontext von QS PCI wird über die DeQS-RL geregelt.
- Mit der Patientenbefragung QS PCI ist ein viereinhalbjähriger Erprobungszeitraum verbunden, in dem das Stimmnahmeverfahren regulär ab dem Auswertungsjahr 2025 durchgeführt wird.

Methodik der Patientenbefragung QS PCI

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Qualitätsindikatoren es erlauben, den Grad der Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen zu messen.

In einem mehrstufigen Prozess, der aus einer Literatur- und Leitlinienrecherche, Fokusgruppen und/oder Interviews mit Patientinnen, Patienten und medizinischem Fachpersonal, Beratungen eines Expertengremiums bestand, wurden Qualitätsmerkmale der Versorgungsqualität bei einer perkutanen Koronarintervention oder Koronarangiografie herausgearbeitet, die u. a. aus Patientenperspektive beobachtet und bewertet werden können. Darauf aufbauend wurden die Fragebögen entwickelt, die in einem dreistufigen Verfahren intensiv getestet wurden. Jedes Qualitätsmerkmal wurde durch eine oder mehrere Fragen im Fragebogen (Items) messbar gemacht. Die Fragebögen basieren auf einem faktenorientierten Befragungsansatz, bei dem sog. *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs) und *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) zum Einsatz kommen. Es handelt sich also um keine Zufriedenheitsbefragung. Für die Darstellung und Bewertung der Versorgungsqualität werden die Fragebogenitems themenspezifisch in Qualitätsindikatoren zusammengefasst. Durch das Erfragen konkreter Ereignisse, Situationen und Zustände bilden die Ergebnisse Beobachtungen, Empfindungen und das Erleben der Patientinnen und Patienten ab und geben gezielte Hinweise, an welchen Stellen Verbesserungsbedarf aus Patientensicht besteht. Die Patientenbefragung leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur patientenzentrierten Versorgung.

6 der 19 Indikatoren der Patientenbefragung beziehen sich auf Ergebnisse bzw. Symptome und die Indikationsstellung, wovon wiederum 5 risikoadjustiert werden. Die Risikoadjustierung dient dazu, bei der Auswertung von Qualitätsindikatoren Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zu berücksichtigen. Es handelt sich um Unterschiede, die sich direkt oder indirekt auf das Behandlungsergebnis auswirken, dabei jedoch nicht vom Leistungserbringer selbst im Rahmen der zu bewertenden Leistung beeinflussbar sind und deshalb keinen Aspekt der Behandlungsqualität darstellen. Durch geeignete Risikoadjustierungsverfahren soll bei der Ermittlung von Qualitätsindikatoren und der statistischen Einstufung von Behandlungsergebnissen trotzdem eine faire Bewertung ermöglicht wer-

den. 13 der 19 Indikatoren beziehen sich auf Prozesse der Versorgung und werden nicht risikoadjustiert. Aus medizin-ethischer Sicht sind hier hinsichtlich bestimmter Patientenmerkmale keine Unterschiede in den Anforderungen zu treffen.

Alle Werte der nicht risikoadjustierten Qualitätsindikatoren werden als Punktschätzer auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten dargestellt, wobei höhere Punktwerte einer besseren Behandlungsqualität entsprechen. Bei Indikatoren mit einer Risikoadjustierung wird das Ergebnis als die SMOR („standardized mortality odds ratio“) berechnet. Ist der SMOR-Wert 1, so entspricht er der Erwartung basierend auf der zur Standardisierung verwendeten Referenzbehandlung. Ist er größer 1, hat ein Leistungserbringer besser abgeschnitten als erwartet und vice versa bei einem SMOR-Wert kleiner 1. Um die Sicherheit der Aussage eines jeden Indikatorwertes unter der Berücksichtigung der Anzahl tatsächlich ausgewerteter Fragebögen je Leistungserbringer abzubilden, werden Vertrauensbereiche herangezogen. Diese sind auch bei der Berechnung von Auffälligkeiten ausschlaggebend. Je nach Fallzahl und Heterogenität der Antworten kann der Vertrauensbereich unterschiedlich groß ausfallen, sodass trotz eines niedrigen Punktschätzers nicht notwendigerweise eine rechnerische Auffälligkeit besteht.

Zu jedem Qualitätsindikator gehört ein Referenzbereich. Der Referenzbereich ist das Leitkriterium für das Stellungnahmeverfahren, indem bei einer Unterschreitung das Stellungnahmeverfahren eingeleitet wird. Als rechnerisch auffällig gilt das Indikatorergebnis eines Leistungserbringers, wenn die obere Grenze des Vertrauensbereichs unterhalb des zuvor festgelegten Referenzbereichs liegt (Abbildung 1).

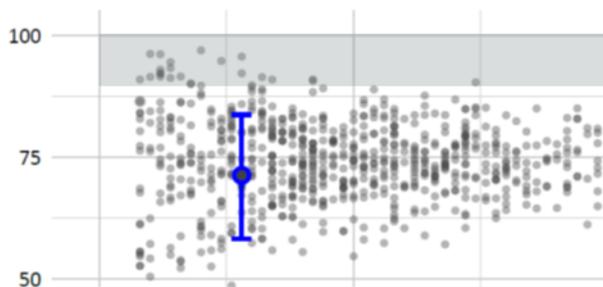


Abbildung 1: Beispielhaftes Indikatorergebnis, rechnerisch auffällig

Bezüglich der Stichprobenart bei der Patientenbefragung handelt es sich um eine Vollerhebung auf Ebene der Leistungserbringer. Das bedeutet, dass alle Leistungserbringer, die bei volljährigen, GKV-versicherten Patientinnen und Patienten eine Koronarangiografie oder PCI durchführen, Teil des Verfahrens QS PCI und damit Teil der Patientenbefragung sind. Auf Ebene der Fälle eines Leistungserbringers wird jedoch eine Stichprobe gezogen, wenn Leistungserbringer mehr als 200 Fälle pro Jahr aufweisen.

Die Teilnahme an der Patientenbefragung QS PCI ist für alle angeschriebenen Patientinnen und Patienten freiwillig. Alle Ergebnisse werden anonym ausgewertet. Einzelne Patientinnen und Patienten können nicht identifiziert werden.

Zusammenfassung

- Die Patientenbefragung basiert auf *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs) und *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs).
- Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung durchlaufen einen mehrstufigen Entwicklungsprozess. Über Literatur, Interviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen werden Qualitätsmerkmale abgeleitet, die mithilfe von Fragebogenitems operationalisiert werden. Die Fragebögen durchlaufen eine dreistufige Pretestung.
- Mehrere Qualitätsmerkmale werden themenspezifisch in einem Qualitätsindikator zusammengefasst. Die Qualitätsmerkmale werden über die einzelnen Fragebogenitems operationalisiert.
- Die Indikatorergebnisse werden als Punktschätzer mit Vertrauensbereich auf einer positiv aufsteigenden Skala von 0 bis 100 dargestellt. Qualitätsindikatoren mit Risikoadjustierung werden als SMOR-Werte dargestellt. Ein SMOR-Wert von 1 bedeutet, dass die erreichte Punktzahl genau der erwarteten Punktzahl für den Leistungserbringer entspricht. Ein SMOR-Werte über 1 bedeutet, dass die erreichte Punktzahl höher ist als erwartet.
- Jedem Indikator wird ein Referenzbereich zugeordnet. Das Indikatorergebnis eines Leistungserbringers gilt als rechnerisch auffällig, wenn der Vertrauensbereich außerhalb des Referenzbereichs liegt.
- Alle Leistungserbringer des Verfahrens QS PCI sind Teil der Patientenbefragung. Pro Leistungserbringer wird für die Patientenbefragung eine Stichprobe gezogen, wenn dieser im Jahr mehr als 200 Behandlungsfälle aufweist.
- Die Teilnahme an der Befragung ist für die Patientinnen und Patienten freiwillig und wird anonym ausgewertet. Es sind keine Rückschlüsse auf einzelne Patientinnen und Patienten möglich.

Fragebogenversionen und Qualitätsindikatoren

Die Patientenbefragung QS PCI hat vier Fragebogenversionen², die sich an

1. Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Koronarangiografie,
2. Patientinnen und Patienten mit einer elektiven PCI (isoliert oder einzeitig),
3. Patientinnen und Patienten mit einer dringenden oder akuten Koronarangiografie, oder
4. Patientinnen und Patienten mit einer dringenden oder akuten PCI (isoliert oder einzeitig) richten.

² Für die Erfassungsjahre 2022 und 2023 wurden die dringenden und akuten Koronarangiografien sowie dringende und akute PCI in einem Fragebogen adressiert, sodass für diese Zeiträume drei Fragebogenversionen eingesetzt wurden. Ab Erfassungsjahr 2024 wurde der Fragebogen zu drängenden/akuten Prozeduren nach Koronarangiografie und PCI aufgeteilt, sodass ab dem Jahr vier Fragebogenversionen eingesetzt werden.

Die 19 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung beziehen sich auf folgende Themenbereiche:

- Kontinuität und Koordination der Versorgung
- Interaktion und Kommunikation (Art und Weise)
- Patienteninformation und Aufklärung (Inhalte)
- Patientenbeteiligung
- Veränderung der erlebten Symptome
- körperliches Wohlbefinden und Schmerzen.

Fragebogenlogistik

Für die Patientenbefragung bekommen die Patientinnen und Patienten papierbasierte Fragebögen nach der erfolgten Prozedur zu sich nach Hause geschickt. Damit die Patientinnen und Patienten die Fragebögen per Post erhalten können, sind die Leistungserbringer verpflichtet, die Adressdaten der Patientinnen und Patienten, die mit dem Indexeingriff behandelt wurden, zu übermitteln. Für die Zusendung und Auswahl der richtigen Fragebogenversion müssen zudem bestimmte behandlungsspezifische Daten übermittelt werden (§ 299 Abs. 4 SGB V). Die Daten aller behandelten Patientinnen und Patienten werden von den Leistungserbringern an ihre zuständige Datenannahmestelle (DAS) übermittelt, diese pseudonymisiert die Leistungserbringer und leitet sie an die Versendestelle Patientenbefragung (VPB) weiter. Dort erfolgen die Stichprobenziehung und der Fragebogenversand. Die Patientinnen und Patienten schicken den ausgefüllten Fragebogen an die Fragebogenannahmestelle (FAST). Die Daten werden vom IQTIG ausgewertet.

Fristen

Die Patientenbefragung QS PCI adressiert Themen, die sich auf die Zeit vor, während und nach der Prozedur beziehen. Entsprechend soll der Fragebogen nach erfolgter Prozedur beantwortet werden. Für den Erhalt valider Befragungsergebnisse ist u. a. die Erinnerbarkeit ausschlaggebend, weshalb möglichst kurze Zeiträume zwischen den stattgefundenen Ereignissen oder Sachverhalten und den entsprechenden Fragen dazu eingeräumt werden sollen. Deshalb ist für die Patientenbefragung QS PCI ein Befragungszeitpunkt von 2 bis 12 Wochen nach dem Indexeingriff festgelegt. Daraus ergibt sich, dass die Daten aller im Vormonat behandelten Patientinnen und Patienten von den Leistungserbringern zum 7. eines jeden Monats an die Datenannahmestellen übermittelt werden müssen.³ Die Patientenbefragung findet kontinuierlich in monatlichen Befragungszyklen statt. Da die Befragung innerhalb des beschriebenen zeitlichen Rahmens stattfinden muss, ist die pünktliche Datenlieferung durch die Leistungserbringer essenziell. So können nachgelieferte Daten jenseits der Korrekturfrist nicht mehr im vorgesehenen Auswertungszyklus berücksichtigt werden.

³ Ab dem Erfassungsjahr 2025 und Auswertungsjahr 2026 gilt der 12. Tag eines Monats.

Information der Patientinnen und Patienten

Die Patientinnen und Patienten erhalten mit den Befragungsunterlagen ein Informationsblatt, in dem die Kernpunkte der Befragung erläutert werden und insbesondere auf die Freiwilligkeit, Anonymität und den Datenschutz eingegangen wird. Zudem ist auf der Website des IQTIG eine Übersicht von häufigen Fragen als FAQ-Liste für Patientinnen und Patienten verfügbar (<https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pci/>). Weiterhin hat das IQTIG eine Kontaktstelle eingerichtet, bei der sich Patientinnen und Patienten telefonisch oder per E-Mail bei Fragen zur Teilnahme oder zum Fragebogen melden können (Tel. 030 / 58 58 26-570; per E-Mail unter patientenbefragung-pci@iqtig.org).

Um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen, empfiehlt das IQTIG, die Patientinnen und Patienten vorab durch die Leistungserbringer über die Patientenbefragung zu informieren. Hierfür sind auf der Website des IQTIG Patientenflyer eingestellt, die zur freien Verwendung heruntergeladen und ausgedruckt werden können (<https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pci/>). Auf dieser Seite sind außerdem Informationsflyer für die Leistungserbringer eingestellt.

Zusammenfassung

- Die Patientenbefragung QS PCI hat 4 Fragebogenversionen mit Fragen, die sich auf die Zeit vor, während und nach der Prozedur beziehen.
- § 299 SGB V regelt Grundsätze zur Fragebogenlogistik und zur Weiterleitung von Adressdaten und behandlungsspezifischen Daten für die Auswahl und den Versand der Fragebögen.
- Für die Durchführung der Patientenbefragung schicken die Leistungserbringer bis zum 7. Tag eines Monats die Adressdaten und behandlungsspezifischen Daten zur Auswahl des Fragebogens aller im Vormonat behandelten Patientinnen und Patienten an ihre zuständige Datenannahmestelle (DAS). Diese pseudonymisiert die Leistungserbringer und leitet die Daten an die Versendestelle Patientenbefragung (VPB) weiter.
- Die Versendestelle zieht bei Leistungserbringern, die mehr als 200 Behandlungsfälle pro Jahr aufweisen, eine Zufallsstichprobe, bei allen anderen Leistungserbringern werden alle Patientinnen und Patienten für die Befragung angeschrieben. Die Versendestelle Patientenbefragung verschickt die Fragebögen an die Patientinnen und Patienten. Diese senden die ausgefüllten Fragebogen an die Fragebogenannahmestelle, die die Antworten erfasst und die aufbereiteten Fragebogendaten an das IQTIG zur Auswertung schickt.

Ergebnisanalyse, Praxisanalyse, Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren auf Basis validierter Fragebögen geben das Erleben der Patientinnen und Patienten wieder. Die eigene Wahrnehmung bestimmt das Verhalten und so auch das Gesundheitsverhalten. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Ergebnisse der Patientenbefragung als Rückmeldung der von den Patientinnen und Patienten erlebten Versorgung anzuerkennen.

Die Indikatorergebnisse der Patientenbefragung basieren auf aggregierten Daten. Das bedeutet, dass hinter dem jeweiligen Ergebnis 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. 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.

Die Inhalte der Patientenbefragung beziehen sich auf qualitätsrelevante Prozesse, prozessnahe Strukturen und Ergebnisse der Versorgung, die patientenseitig erlebbar und beurteilbar sind. Um die Ergebnisse zu analysieren und Ansätze zur Verbesserung herauszuarbeiten, müssen die Prozesse und Strukturen, die mit den erfragten Inhalten verbunden sind, herausgearbeitet werden. Dafür muss der eigene Versorgungsalltag des Leistungserbringers im Sinne einer Praxisanalyse betrachtet werden.

Ist ein Indikatorergebnis rechnerisch auffällig, muss in die tiefergehende Analyse eingestiegen werden. Neben den Indikatorergebnissen werden die Ergebnisse der Items, die in die jeweiligen Indikatoren einfließen, ausgegeben. Hierdurch können konkrete Strukturen oder Prozesse, die zu dem auffälligen Ergebnis führen, identifiziert werden.

Die Ergebnisse sind dann in Bezug zu den Strukturen und Prozessen des Versorgungsalltags zu setzen, um die Ursachen für die kritischen Patientenrückmeldungen zu erkennen und Möglichkeiten der Verbesserung abzuleiten.

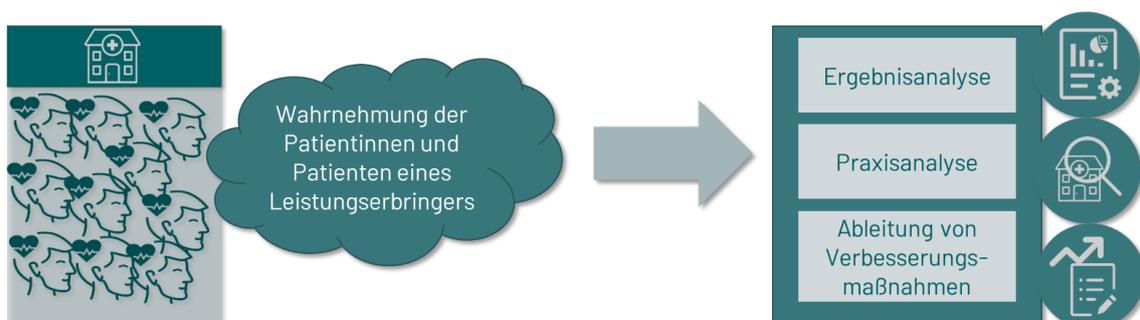


Abbildung 2: Ergebnisinterpretation und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen

Leitende Fragestellungen für die 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 Fragestellungen können spezifisch für den jeweiligen Indikator ausgestaltet werden, um eine gezielte Ursachenanalyse vornehmen zu können. Beispielhafte Fragestellungen sind der Langversion der Arbeitshilfe zu entnehmen (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/arbeitshilfe-stellungnahmeverfahren-patbefragung/>, S. 44-61). Auf die Weise können nicht nur Leistungserbringer zielgerichtet mit den Ergebnissen der Patientenbefragung arbeiten. Die Fragestellungen unterstützen auch ein fokussiertes Stellungnahmeverfahren und die Vereinbarung geeigneter Maßnahmen.

Zusammenfassung

- Die Indikatorergebnisse der Patientenbefragung geben das Erleben der Patientinnen und Patienten wieder. Im Falle eines auffälligen Indikatorergebnisses geben die Antwortverteilungen der zugehörigen Fragebogenitems Hinweise, an welchen konkreten Stellen Verbesserungsbedarf besteht.
- Die Ergebnisse sind vor dem Hintergrund des Versorgungsalltags des Leistungserbringers zu reflektieren, um die Strukturen und Prozesse herauszuarbeiten, die das Ergebnis beeinflussen können. Darauf aufbauend können Verbesserungsmaßnahmen definiert werden. Der Umgang mit den Ergebnissen zur Patientenbefragung setzt sich demnach aus folgenden Schritten zusammen:
 1. Ergebnisanalyse
 2. Praxisanalyse
 3. Ableiten von Verbesserungsmaßnahmen

Stellungnahmeverfahren

Im Stellungnahmeverfahren für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung geht es nicht darum, die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten zu verifizieren oder zu falsifizieren. Vielmehr sollten über die Stellungnahmen Ansätze für eine Erklärung der Ergebnisse darlegt werden, die zur Nachvollziehbarkeit mit Blick auf die dahinterliegenden Prozesse und Strukturen führen. Abbildung 3 fasst den fragengeleiteten Analyseprozess anhand von Beispieldaten zusammen.

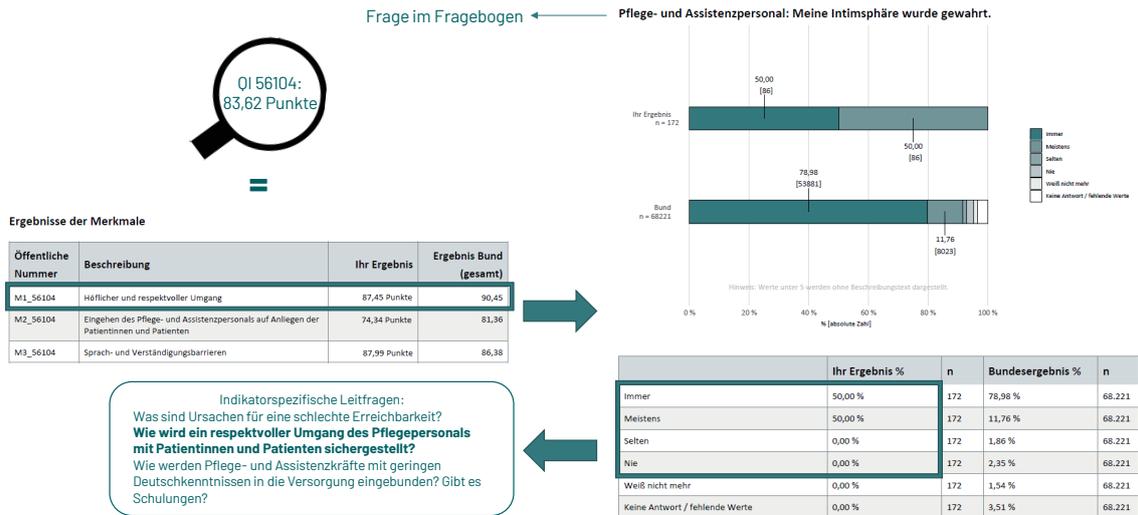


Abbildung 3: Fragengeleiteter Analyseprozess mit Beispieldaten

Für das Stellungnahmeverfahren wird ein mehrstufiger Prozess empfohlen:

- In der ersten Stufe sollten die Indikatorergebnisse betrachtet werden. Neben den Indikatorergebnissen sollten auch die dargestellten Antwortverteilungen der Items betrachtet werden, die in die jeweiligen Qualitätsindikatoren einfließen. Im Rahmen dieser Betrachtung können konkrete, indikatorspezifische Fragestellungen an den Leistungserbringer herangetragen werden, die durch das Stellungnahmeverfahren leiten.
- Durch die Fragen wird der Leistungserbringer unterstützt, im zweiten Schritt in die konkrete Ursachenanalyse zu gehen und den Fokus der Stellungnahme auf diese zu lenken. Beispielhafte Fragestellungen sind der Langversion der Arbeitshilfe zu entnehmen (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/arbeitshilfe-stellungnahmeverfahren-patbefragung/>; S. 44-61).
- Im dritten Schritt werden entsprechende Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL vereinbart (Maßnahmenstufe 1). Die Anwendung der Maßnahmenstufe 2 (Korrektur der getroffenen Vereinbarung, Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit) ist im Erprobungszeitraum nicht vorgesehen.

Grundsätzlich sind die Ergebnisse immer auf die Einschätzungen des Patientenkollektivs im Mittel zurückzuführen. Dabei besteht explizit keine Möglichkeit der Identifikation und Analyse einzelner Behandlungsfälle zur Erklärung der Ergebnisse. Vielmehr sollte das Ziel sein herauszufinden, welche Prozesse und Strukturen das Ergebnis beeinflussen, wie diese bei dem Leistungserbringer ausgestaltet sind und inwiefern eine Verbesserung erzielt werden kann. Sowohl die Analyse der Ursachen als auch das Ableiten von Maßnahmen sind zentraler Bestandteil des initiierten Stellungnahmeverfahrens. Abbildung 4 fasst diesen Prozess anhand von Beispieldaten zusammen:

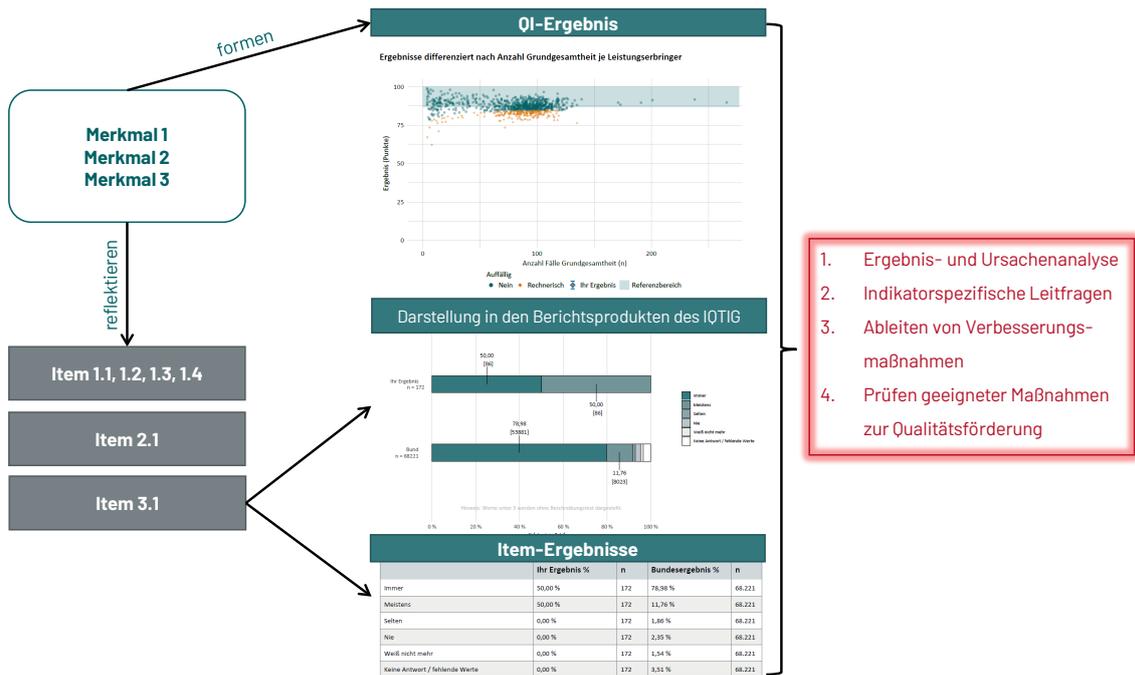


Abbildung 4: Herleitung und Darstellung der Indikatorergebnisse der Patientenbefragung QS PCI anhand von Beispieldaten und das Vorgehen für das Stellungnahmeverfahren

Bei risikoadjustierten Ergebnissen gilt es zu berücksichtigen, dass diejenigen Faktoren, die bereits in die Berechnung einbezogen wurden, nicht erneut als Erklärung eines auffälligen Ergebnisses gegeben werden können. Sollte ein Leistungserbringer weitere patientenbezogene Merkmale aufführen, die das Indikatorergebnis beeinflussen, muss dieser vermutete Zusammenhang z. B. anhand von Literatur begründet werden. Ferner ist darzulegen, inwiefern dies ein systematischer Faktor ist, der für die gesamte Patientengruppe des Leistungserbringers und nicht nur auf Einzelfälle zutrifft und sich somit in der aggregierten Auswertung niederschlägt. Obwohl die Rückverfolgung und Analyse einzelner Behandlungsfälle aufgrund von Anonymität und methodischer Konzeption nicht möglich sind, können Patientenakten oder Vor-Ort-Begehungen zur Informationszusammenführung genutzt werden, um systematische Konstellationen transparent zu begründen.

Die qualitative Beurteilung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens bezieht sich bei Patientenbefragungen primär auf die mit dem Indikator in Verbindung stehende Versorgungsleistung und damit die Art und Dringlichkeit sowie das Ausmaß der erforderlichen Veränderung. Es soll explizit nicht die vorher festgestellte rechnerische Auffälligkeit bestätigen oder widerlegen. Die Erklärungen der Leistungserbringer in den Stellungnahmen können daher dazu dienen, bestmögliche Ansätze für konkrete Verbesserungsmaßnahmen und damit Zielvereinbarungen gemäß Maßnahmenstufe 1 abzuleiten, nicht aber, das statistische Ergebnis zu rechtfertigen.

Zusammenfassend empfiehlt das IQTIG, die Stellungnahmen der Leistungserbringer zu auffälligen Indikatorergebnissen anhand folgender Fragen zu beurteilen:

- Wurde das angefragte Ergebnis in der Einrichtung selbstkritisch analysiert, reflektiert und diskutiert?
- Beziehen sich die Darlegungen und Erläuterungen auf die Prozesse und Strukturen, die mit dem Indikatorergebnis in Verbindung gebracht werden?
- Sind die Erklärungen plausibel und nachvollziehbar?
- Stehen die Erklärungen im Einklang mit dem Qualitätsziel des jeweiligen Indikators und nicht im Widerspruch?
- Beziehen sich die Erklärungen auf die Patientinnen und Patienten als Gruppe und nicht auf Einzelfälle des Leistungserbringers?
- Gibt es besondere und nachvollziehbare Umstände, die Abweichungen von den Qualitätsanforderungen der Indikatoren für die Patientengruppe des Leistungserbringers rechtfertigen?
- Wurden das Problem und der damit verbundene Handlungsbedarf erkannt?
- Wurden bereits Lösungen zur Ergebnisverbesserung erarbeitet und eingeleitet?
- Sind die geplanten Maßnahmen erfolgversprechend?
- Werden die eingeleiteten Maßnahmen nachhaltig durch den Leistungserbringer kontrolliert?

Auf der Basis der Darlegungen durch den Leistungserbringer entscheidet die Landesarbeitsgemeinschaft über Verbesserungsmaßnahmen.

Zusammenfassung

- Das Stellungnahmeverfahren trägt zur Aufklärung des auffälligen Indikatorergebnisses bei, ohne das Indikatorergebnis infrage zu stellen. Hierfür legt der Leistungserbringer dar, wie die für das Ergebnis verantwortlichen Strukturen und Prozesse ausgestaltet sind und an welchen Stellen vermeintliche Schwachstellen bereits identifiziert werden konnten. Auf Basis dieser Darstellungen prüft und beschließt die LAG über die Notwendigkeit, Art, Inhalt und Umfang der Maßnahmen zur Qualitätsförderung.
- Das qualitative Bewertungsverfahren bezieht sich auf die durch den Indikator adressierte Versorgungsleistung.
- Der Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung beinhaltet:
 1. das Interpretieren der Indikatorergebnisse unter Zuhilfenahme der zugehörigen Item-Ergebnisse (Ergebnisanalyse),
 2. das Erkennen der für das jeweilige Indikatorergebnis verantwortlichen Strukturen und Prozesse im Versorgungsalltag des jeweiligen Leistungserbringers sowie das Identifizieren möglicher Schwachstellen (Praxisanalyse),
 3. das Ableiten von Verbesserungsmaßnahmen.

Eine ausführliche Darstellung ist der Langversion „Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung QS PCI im Stellungnahmeverfahren. Arbeitshilfe für die Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringer“ zu entnehmen:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/arbeitshilfe-stellungnahmeverfahren-patbefragung>.



FAQ (für Leistungserbringer)

Wieso sind so wenig Patientinnen und Patienten in meine Ergebnisse der Patientenbefragung einbezogen, obwohl ich so viele versorgt habe?

Versorgen Leistungserbringer mehr als 200 Patientinnen und Patienten im Jahr wird eine Stichprobe gezogen. Statistische Berechnungen haben gezeigt, dass eine größere Fallzahl für die Darstellung valider Ergebnisse nicht erforderlich ist.

Ich habe pro Indikatorergebnis eine sehr kleine Fallzahl. Wie zuverlässig ist das Ergebnis?

Die Auswertung der Indikatorergebnisse basiert auf einer Methode, die statistische Unsicherheit berücksichtigt. Diese kann u. a. durch kleine Fallzahlen entstehen. Jedes Indikatorergebnis wird als Punktschätzer mit einem Vertrauensbereich dargestellt. Je größer die Unsicherheit, desto breiter sind die Vertrauensbereiche. So wird die fallzahlabhängige statistische Unsicherheit transparent gemacht. Sie wird auch bei der Auffälligkeitseinstufung berücksichtigt: Erst wenn der gesamte Vertrauensbereich außerhalb des Referenzbereichs liegt, gilt das Indikatorergebnis als rechnerisch auffällig. Für die Berechnung und Darstellung eines Indikatorergebnisses, einer Kennzahl oder eines Items müssen aus datenschutzrechtlichen Gründen mindestens vier Fragebögen vorliegen, die für mindestens ein Item des Qualitätsindikators oder der Kennzahl oder des Items selbst ausgefüllt sind.

Die Ergebnisse lassen sich nicht auf einzelne Patientinnen und Patienten zurückführen. Wie soll ich dann wissen, ob und was ich verbessern soll?

Die Ergebnisse geben die Wahrnehmung der befragten Patientinnen und Patienten als Gruppe im Sinne eines gemittelten Feedbacks zu ihrer Versorgung wieder. Deshalb ist die einzelne Meinung nicht ausschlaggebend und kann auch aus Gründen des Datenschutzes nicht zurückverfolgt werden. Das Ziel der Patientenbefragung besteht darin, eine patientenzentrierte Versorgung zu fördern. Deshalb ist es wichtig, die aggregierten Rückmeldungen „Ihrer“ Patientinnen und Patienten aufzunehmen und Prozesse und Strukturen zu erkennen, auf die die Wahrnehmung zurückzuführen sind und aus denen Stellschrauben für eine Verbesserung abgeleitet werden können.

Wie kann ich aus dem Indikatorergebnis ableiten, was ich verändern kann?

Die Qualitätsindikatoren sind als Indizes zu verstehen, die mehrere Facetten des vom jeweiligen Indikator adressierten Themas vereinen. Diese Facetten werden als Qualitätsmerkmale bezeichnet. Die Qualitätsmerkmale werden über die Fragen und Antworten, d. h. die Items des Fragebogens erfasst. Deshalb sollten zur genauen Ergebnisanalyse immer die Antwortverteilungen der zum jeweiligen Qualitätsindikator gehörenden Items betrachtet werden. So können die konkreten Aussagen analysiert werden, die mit dem Indikatorergebnis in Verbindung stehen und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden.

Wie kann ich meine Ergebnisse nachrechnen?

Die Ergebnisse der Patientenbefragung werden mit einer Auswertungsmethodik berechnet, die der hierarchischen Konstruktion der Indikatoren der Patientenbefragung Rechnung trägt und es ermöglicht, fallzahlabhängige statistische Unsicherheit zu berücksichtigen. Die Berechnungen der Punktschätzer sowie der Vertrauensbereiche basieren auf einem sog. Bayesianischen Ansatz. Die Indikatorergebnisse können nur mit dieser Methodik repliziert werden. Um Transparenz herzustellen, hat das IQTIG neben der Dokumentation der Auswertungsmethodik (https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Auswertungsmethodik-QIs-Patientenbefragung_2024-05-31.pdf) auch ein Software-Paket in der Open-Source-Software R veröffentlicht.⁴

Ich habe eine sehr spezielle Patientenklientel und deshalb Bedenken, ob ich „fair“ bewertet wurde.

Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung sind so entwickelt worden, dass die damit adressierten Ereignisse, Situationen oder Zustände von den Patientinnen und Patienten in der Versorgung erlebbar, beobachtbar und bewertbar sind. Zudem sind die mit jedem Indikator verbundenen Qualitätsanforderungen auch für alle Patientinnen und Patienten, die einen Stent oder eine Koronarangiografie erhalten haben, gedacht. Ein Großteil der Indikatoren adressiert Prozesse, bei denen es keine systematischen Ausnahmen bei bestimmten Patientengruppen hinsichtlich der Anforderungen gibt. So sollten beispielsweise alle Patientinnen und Patienten über Behandlungsalternativen informiert werden. Indikatoren, die sich auf die Ergebnisqualität beziehen, werden hinsichtlich bestimmter Patientenmerkmale, die Einfluss auf das Ergebnis haben, aber seitens des Leistungserbringers nicht beeinflusst werden können, risikoadjustiert.

Die Fragebögen erscheinen mir sehr lang. Auch bin ich mir nicht sicher, ob die Patientinnen und Patienten die Fragen richtig verstehen.

Die Fragebögen wurden im Rahmen ihrer Entwicklung validiert. Dazu gehörte auch eine ausführliche dreistufige Pretestung. Dabei wurden u. a. Funktionsfähigkeit, Verständlichkeit bzw. möglicher Befragungsprobleme sowie messtheoretischer Eigenschaften der Fragebögen und ihrer zugrunde liegenden Konstrukte überprüft. Die Ergebnisse verwiesen auf eine generell gute Verständlichkeit, Erinnerbarkeit und Beantwortbarkeit der Fragebögen.

⁴ Das Software-Paket kann auf der Website des IQTIG abgerufen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/>. Die Umsetzung der Risikoadjustierung ist in dem Paket noch nicht enthalten.