



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zum Strukturierten Dialog 2018

Erfassungsjahr 2017

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 23. August 2019

Impressum

Thema:

Bericht zum Strukturierten Dialog 2018 – Erfassungsjahr 2017

Ansprechpartnerin:

Martina Dost

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. Mai 2019, geänderte Version vom 23. August 2019

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	9
QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung.....	10
1 Einleitung.....	13
2 Methodik	15
2.1 Grundlagen.....	15
2.2 Zuständigkeiten.....	17
2.3 Rechnerisch auffällige Ergebnisse.....	17
2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse.....	18
2.4.1 Fachgruppenarbeit	18
2.4.2 Bewertung	21
2.4.3 Ergebniseinstufungen.....	22
3 Datenvalidierung	24
4 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren.....	26
5 Durchführung und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs.....	28
5.1 Überblick: Durchführung des Strukturierten Dialogs.....	28
5.2 Ergebnisse der Versorgungsbereiche.....	43
5.2.1 Gefäßchirurgie.....	43
5.2.2 Pneumonie	47
5.2.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren	51
5.2.4 Herzchirurgie	65
5.2.5 Transplantationsmedizin.....	72
5.2.6 Gynäkologie.....	91
5.2.7 Mammachirurgie.....	95
5.2.8 Perinatalmedizin	101
5.2.9 Orthopädie und Unfallchirurgie	110
5.2.10 Pflege.....	120
6 Fazit und Ausblick.....	124
Literatur.....	125

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung	10
Tabelle 2: Einstufungsschema für rechnerisch auffällige Ergebnisse bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs	22
Tabelle 3: Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit aller QS-Verfahren (EJ 2017)	25
Tabelle 4: Ergebnisse der statistisch auffälligen planungsrelevante Qualitätsindikatoren über aller Verfahren.....	27
Tabelle 5: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2017 und 2016 im Vergleich.....	29
Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland	33
Tabelle 7: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren	34
Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland	38
Tabelle 9: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren	39

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs.....	16
Abbildung 2: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure.....	17
Abbildung 3: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog	20
Abbildung 4: Strukturiertes Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung	21
Abbildung 5: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2017	30
Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen.....	31
Abbildung 7: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – kollegiale Gespräche, Begehung, Zielvereinbarung in Relation zu der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse..	32
Abbildung 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller QS-Verfahren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland	37
Abbildung 9: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren	42
Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.	43
Abbildung 11: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation	44
Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.	47
Abbildung 13: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie	50
Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.	51
Abbildung 15: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation)	59
Abbildung 16: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel). 60	
Abbildung 17: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/ Systemwechsel/ Explantation).....	61

Abbildung 18: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	62
Abbildung 19: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	63
Abbildung 20: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	64
Abbildung 21: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.	65
Abbildung 22: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarchirurgie, isoliert	67
Abbildung 23: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch).....	68
Abbildung 24: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	70
Abbildung 25: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	71
Abbildung 26: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.	72
Abbildung 27: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (Auswertungsmodul Herztransplantation).....	76
Abbildung 28: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunsterzen)	78
Abbildung 29: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation.....	80
Abbildung 30: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lebertransplantation	82
Abbildung 31: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Leberlebendspende	84

Abbildung 32: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierentransplantation.....	86
Abbildung 33: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierenlebendspende.....	88
Abbildung 34: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation.....	90
Abbildung 35: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.	91
Abbildung 36: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen.....	94
Abbildung 37: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.	95
Abbildung 38: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie	100
Abbildung 39: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.	101
Abbildung 40: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe	105
Abbildung 41: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie.....	108
Abbildung 42: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.	110
Abbildung 43: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	114
Abbildung 44: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung	116
Abbildung 45: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung	118
Abbildung 46: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.	120

Abbildung 47: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den
Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege:
Dekubitusprophylaxe 123

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
QI	Qualitätsindikator
QI-ID	Identifikationsnummer eines Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SD	Strukturierter Dialog
SGB	Sozialgesetzbuch

QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

Tabelle 1: QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

Versorgungsbereich	QS-Verfahren (Auswertungsmodul)	Beschreibung
Gefäßchirurgie	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Pneumonie	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Herzschrittmacher und Defibrillatoren	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Herzchirurgie	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)
	Aortenklappenchirurgie, isoliert	Ersatz der Aortenklappe (offen-chirurgisch)
		Implantation einer Aortenklappe (kathetergestützt)

Versorgungsbereich	QS-Verfahren (Auswertungsmodul)	Beschreibung
	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aortenklappe
Transplantationsmedizin	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme	Transplantation eines Herzens von einem Organspender zu einem Empfänger oder Implantation eines Herzunterstützungssystems
	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Transplantation einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem Organspender zu einem Empfänger
	Lebertransplantation	Transplantation einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
	Leberlebenspende	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
	Nierentransplantation	Transplantation einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger
	Nierenlebenspende	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger
	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Transplantation der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Transplantation einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger
	Perinatalmedizin	Geburtshilfe
Neonatalogie		Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
Gynäkologie	Gynäkologische Operationen	Operationen in der Frauenheilkunde (ohne Hysterektomien)
Mammachirurgie	Mammachirurgie	Operation an der Brust

Versorgungsbereich	QS-Verfahren (Auswertungsmodul)	Beschreibung
Orthopädie und Unfallchirurgie	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen bzw. Austausch einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte
	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen bzw. Austausch einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies
Pflege	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs während eines stationären Aufenthalts

1 Einleitung

Das IQTIG berichtet dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und der Öffentlichkeit jährlich gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern¹ (QSKH-RL) über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs aus dem vorangegangenen Jahr.

Der vorliegende Bericht fasst dabei die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sowie die ggf. durchgeführten Maßnahmen der einzelnen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) (indirekte QS-Verfahren) sowie der Bundesebene (direkte QS-Verfahren) zusammen. Grundlage der Qualitätsbewertung bilden die im Jahr 2017 von den beteiligten Krankenhausstandorten² erfassten Daten. Darüber hinaus soll die Arbeit aller am Strukturierten Dialog Beteiligten möglichst umfassend und transparent präsentiert werden. Anhand der Daten und Statistiken werden Ereignisse, Entwicklungen und Tendenzen in den bundesweit verpflichtenden QS-Verfahren dargestellt. Die abschließenden Bewertungen erlauben eine Einschätzung zur Behandlungs- und Prozessqualität in den teilnehmenden Krankenhäusern.

Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten für das Erfassungsjahr (EJ) 2017 fanden im Jahr 2018 statt. Die Durchführung in den indirekten QS-Verfahren wird gemäß QSKH-RL durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung vorgenommen; für die direkten Verfahren führt das IQTIG die Strukturierten Dialoge.

Die Darstellung der aktuellen Ergebnisdaten zum EJ 2017 erfolgt im vorliegenden Bericht in Relation zu den beiden vorangegangenen Erfassungsjahren 2015 und 2016. Ergänzende Informationen sind den gemäß § 15 Abs. 1–3 QSKH-RL erstellten Abschlussberichten der Landes- und Bundesebene entnommen.

Die Darstellung der Versorgungsbereiche zielt sowohl auf die Ergebnisse als auch auf die damit assoziierten Versorgungsprozesse. Im Anhang finden sich dementsprechend einerseits die detaillierten Ergebnisse zu allen überprüften Qualitätsindikatoren und andererseits eine nach Bundesländern differenzierte Darstellung der durchgeführten Maßnahmen und Ergebniseinstufungen für jedes QS-Verfahren.

In einem gesonderten „Bericht zur Datenvalidierung 2018 – Erfassungsjahr 2017“ werden die Ergebnisse der parallel stattfindenden Datenvalidierung (Statistische Basisprüfung und Stichprobenprüfung vor Ort) dargestellt. Da die dokumentierten und übermittelten Daten die unverzichtbare Voraussetzung für die Beurteilung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und damit der Behandlungsqualität sind, beinhaltet dieser Bericht eine kurze Zusammenfassung der dort ausführlich dargestellten Ergebnisse.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 21. Juni 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019.

URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 06.05.2019).

² Im vorliegenden Bericht werden die Bezeichnungen „Krankenhausstandorte“ und „Standorte“ synonym für Leistungserbringer nach QSKH-RL verwendet.

Erstmals wurde im Jahr 2018 neben dem Strukturierten Dialog nach QSKH-RL auch das Stellungnahmeverfahren bei statistisch auffälligen Ergebnissen für planungsrelevante Qualitätsindikatoren durchgeführt. Im vorliegenden Bericht wird auch dieses Verfahren kurz dargestellt.

2 Methodik

2.1 Grundlagen

Der Strukturierte Dialog dient dazu, valide und vergleichbare Erkenntnisse zur Versorgungsqualität einzelner Einrichtungen zu erhalten, diese Versorgungsqualität zu sichern und bei Bedarf zu verbessern. Die Grundlagen dazu sind in der QSKH-Richtlinie verankert.

Durch Fragestellungen wie

- erfolgte eine angemessene Indikationsstellung für die Leistungserbringung,
- folgte die Gesundheitsversorgung den erforderlichen Prozessstandards,
- wurden die strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistung erfüllt,
- entsprach die Ergebnisqualität dem, was erwartet werden kann,
- gab es besondere Umstände der Patientenversorgung, z. B. besondere Einzelfälle, die bei der Bewertung zu berücksichtigen sind,

können im Strukturierten Dialog anhand von rechnerischen Auffälligkeiten tatsächliche Qualitätsmängel identifiziert werden. Sind nach den vorgegebenen Prüfmaßnahmen tatsächliche Qualitätsdefizite festgestellt worden, so ist es eine weitere Aufgabe des Strukturierten Dialogs, die betroffenen Krankenhausstandorte bei geeigneten Verbesserungsmaßnahmen zu unterstützen, zum Nutzen für die Patientinnen und Patienten.

Um Verbesserungen zu erreichen, werden mit Einverständnis der Krankenhausstandorte – zu meist in kollegialen Gesprächen und/oder Begehungen – konkrete Zielvereinbarungen geschlossen. Diese führen dann zu einer längerfristigen Beobachtung und Unterstützung durch die jeweils für den Strukturierten Dialog zuständige Stelle. Alle in diesem Rahmen gewonnenen Erkenntnisse dienen darüber hinaus der Optimierung von Indikatoren sowie der Weiterentwicklung der QS-Verfahren.

Der zeitliche Rahmen für die Durchführung der Strukturierten Dialoge ist in der QSKH-RL geregelt. Die Strukturierten Dialoge werden jeweils im Mai/Juni des auf die Datenerfassung folgenden Jahres eröffnet. Für die im Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren müssen die Strukturierten Dialoge bis zum 31. Oktober des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen werden; für die übrigen Indikatoren endet die Frist am 31. Dezember. Der Strukturierte Dialog ist damit ein Verfahren, das sich über sechs bis acht Monate erstreckt. Das Gesamtverfahren mit Datenerfassung, Auswertung, Strukturiertem Dialog und Berichterstattung umfasst einen 3-Jahres-Zeitraum.

Erfassungsjahr (EJ)**EJ 0**

QS-Daten

Durchführungsjahr**EJ +1**

Januar Februar März April Mai Juni Juli August September Oktober November Dezember

Ende der
DatenannahmeStart
des Strukturierten DialogsAbschluss
des Strukturierten Dialogs**Berichtsjahr****EJ +2**

Januar Februar März April Mai Juni Juli August September Oktober November Dezember

Berichte der Landesebene
(Indirekte Verfahren)
Bericht der Bundesebene
(Direkte Verfahren)Zusammenfassender
Bericht auf Bundesebene*Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs*

Das praktische Vorgehen erfolgt wie in den „Methodischen Grundlagen V1.0“ des IQTIG beschrieben (IQTIG 2017):

Die Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität sowie der zugrunde liegenden Datenvalidität erfolgt anhand der für die Qualitätssicherung dokumentierten Daten und den darauf angewandten Algorithmen der Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien. Liegen die Ergebnisse einer Versorgungseinrichtung in einem Qualitätsindikator/Auffälligkeitskriterium außerhalb des geforderten Referenzbereichs, werden die Ergebnisse zunächst als rechnerisch auffällig eingestuft. Bereits bei der Spezifikation der Indikatoren wird eine gewisse Vielfalt der medizinischen Praxis berücksichtigt, z. B. durch die Anwendung von Methoden der Risikoadjustierung bei Indikatoren der Ergebnisqualität. Dennoch kann nie ausgeschlossen werden, dass durch die besondere Versorgungssituation eines einzelnen Leistungserbringers ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auftritt, ohne dass ein Qualitätsproblem vorliegt. Dies kann z. B. dann eintreten, wenn in der behandelten Patientengruppe einer Einrichtung überdurchschnittlich häufig Behandlungsfälle mit speziellen, seltenen Risiken zu finden sind, die in dem verwendeten Risikoadjustierungsmodell nicht genügend berücksichtigt wurden. Solche Gründe kann ein Leistungserbringer während des Strukturierten Dialogs in einer Stellungnahme vorbringen, um eine faire Bewertung seiner Versorgungsqualität zu ermöglichen.

Der Strukturierte Dialog hat zwei wesentliche Ziele:

- Die Klärung, ob eine rechnerische Auffälligkeit auf ein Qualitätsproblem bzw. ein Datenvaliditätsproblem hinweist, das behoben werden muss, sowie
- die Förderung der hierzu notwendigen Verbesserungsmaßnahmen beim Leistungserbringer.

Hierzu stehen auf Grundlage der QSKH-RL mehrere Instrumente zur Verfügung: schriftliche Hinweise, der Strukturierte Dialog im engeren Sinn mit Stellungnahme des Leistungserbringers, die Einladung zum persönlichen Dialog mit der jeweils zuständigen Fachgruppe (kollegiales Gespräch), die Begehung vor Ort sowie der Abschluss einer Zielvereinbarung einschließlich der Kontrolle, ob die vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen auch umgesetzt wurden.

2.2 Zuständigkeiten

In enger Kooperation mit den Verantwortlichen in den Krankenhäusern sorgen die LQS und das IQTIG dafür, dass die Ursachen der als auffällig identifizierten Ergebnisse geklärt und etwaige Qualitätsmängel behoben werden.

In der Qualitätssicherung werden grundsätzlich direkte und indirekte Verfahren unterschieden. Die direkten Verfahren sind QS-Verfahren mit jeweils relativ wenigen beteiligten Leistungserbringern auf Ebene des einzelnen Bundeslandes (derzeit Organtransplantationen und Herzchirurgie), die im Strukturierten Dialog unmittelbar durch das IQTIG betreut werden. Die indirekten Verfahren werden durch die LQS auf Landesebene betreut. Sowohl das IQTIG als auch die Landesgeschäftsstellen erhalten die Daten anonymisiert und verschlüsselt. Die Gesamtverantwortung für den Strukturierten Dialog liegt für die direkten QS-Verfahren beim Unterausschuss Qualitätssicherung, dem zuständigen Lenkungsgremium des G-BA. Für die indirekten QS-Verfahren sind die Lenkungsgremien der Bundesländer (§ 14 QSKH-RL) verantwortlich. Zur Vorbereitung und Umsetzung der Maßnahmen des Strukturierten Dialogs sind jeweils Fachgruppen mit unabhängigen Experten für jedes QS-Verfahren etabliert.

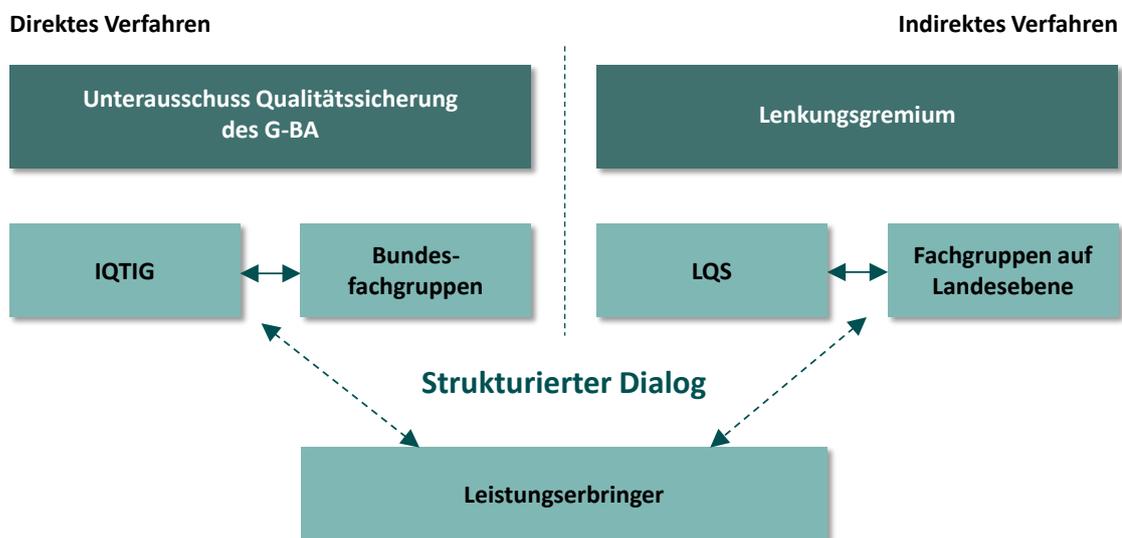


Abbildung 2: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure

2.3 Rechnerisch auffällige Ergebnisse

Die Klassifikation eines Ergebnisses als rechnerisch auffällig und damit der Einstieg in den Strukturierten Dialog wird durch Vergleich der Indikatorergebnisse eines Krankenhausstandortes mit

den Referenzbereichen der Qualitätsindikatoren vorgenommen. Ergebnisse, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, ziehen in aller Regel eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich.

Die Lage eines Qualitätsindikatorwerts inner- oder außerhalb eines zuvor definierten Referenzbereichs ist das erste Kriterium für die Beurteilung, ob ein Behandlungsergebnis einem festgelegten Qualitätsziel entspricht. Es gibt verschiedene Arten von Indikatoren: Je nachdem welches Qualitätsziel im Fokus steht, misst der Indikator entweder die Prozess-, die Indikations- oder die Ergebnisqualität.

Eine Sonderstellung nehmen die sogenannten Sentinel-Event-Indikatoren ein. Diese erfassen sehr seltene, dafür aber schwerwiegende Ereignisse. Diese Ereignisse werden grundsätzlich bei jedem einzelnen Auftreten als auffällig eingestuft, sodass jedes einzelne Ereignis analysiert werden muss. Insofern erfordert jeder aufgetretene Fall eine Stellungnahme des Krankenhauses und eine Einzelfallprüfung.

Die Auswahl, welche Qualitätsindikatoren bundeseinheitlich eingesetzt werden sollen, obliegt dem IQTIG in enger Abstimmung mit dem G-BA. Die Indikatoren fungieren als Instrumente zur Messung der medizinischen Versorgungsqualität und werden durch das IQTIG unter Einbeziehung seiner Bundesfachgruppen inhaltlich betreut und regelmäßig aktualisiert. Abweichungen auf der Landesebene sind möglich, sofern sie ein höheres Qualitätsziel anstreben. Für einige Qualitätsindikatoren wurden in der Vergangenheit keine Referenzbereiche definiert, beispielsweise weil es sich lediglich um die rohen Raten handelte, die in die risikoadjustierten Qualitätsindikatoren mit entsprechendem Referenzbereich einfließen, oder weil ein Referenzbereich erst noch durch die Expertinnen und Experten konsentiert werden muss. Diese werden Kennzahlen genannt. Sie eignen sich nicht in gleichem Maß wie Qualitätsindikatoren, um vergleichend die Behandlungsqualität einer Einrichtung zu beurteilen und als „auffällig“ oder „unauffällig“ einzustufen. Diese sog. „Kennzahlen ohne Referenzbereich“ lösen keinen Strukturierten Dialog aus, können aber als Hintergrundinformation bei der Interpretation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse einer Einrichtung von Interesse sein. Diese werden nach dem neuen Kennzahlkonzept des IQTIG als erläuternde Kennzahlen bezeichnet.

Die Ergebnisse eines Krankenhausstandorts sind rechnerisch auffällig, wenn sie entweder auf relevante Mängel in der Versorgungsqualität eines Krankenhausstandorts hinweisen oder wenn die Versorgungsqualität des Standorts als außergewöhnlich gut erscheint. Dementsprechend sind auch sehr gute Ergebnisse im Strukturierten Dialog zu berücksichtigen und ggf. zu hinterfragen.

Neben den Qualitätsindikatoren sind auch die Auffälligkeitskriterien der Datenvalidierung Bestandteile des Strukturieren Dialoges, diese werden in Kapitel 3 genauer erläutert.

2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse

2.4.1 Fachgruppenarbeit

Die von den Einrichtungen dokumentierten QS-Daten werden an die jeweils für den Strukturierten Dialog zuständigen Stellen (LQS oder IQTIG) übermittelt. Sind Ergebnisse rechnerisch auffällig, müssen die Geschäftsstelle der LQS und die zuständige Fachgruppe entscheiden, welche

Maßnahmen einzuleiten sind. Es kann ausreichen, nur einen Hinweis an den betroffenen Krankenhausstandort zu versenden. Allerdings kann dann nicht mehr entschieden werden, ob tatsächlich ein Qualitätsmangel vorliegt. Mehrheitlich wird eine Stellungnahme von den Krankenhausstandorten angefordert. Bezieht sich die rechnerische Auffälligkeit auf einen einzigen Fall im Zähler eines Qualitätsindikators, dann kann gemäß § 10 Abs. 2 Satz 4 QSKH-RL auch auf eine Maßnahme verzichtet werden (Ein-Fall-Regel).

Damit die Vorgehensweise bei der Überprüfung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bundesweit möglichst einheitlich ist, sind die Anforderungen für den Umgang mit den übermittelten Stellungnahmen in den Fachgruppen ähnlich. Ein Ergebnis sollte anhand folgender Fragen beurteilt werden:

- Wurde das angefragte Ergebnis in der Einrichtung selbstkritisch analysiert, reflektiert und diskutiert?
- Gibt es besondere Umstände bei den behandelten Patienten, die Abweichungen von den Prozess- oder Ergebnisstandards rechtfertigen? Ist daher die Versorgungsqualität einer Einrichtung trotz rechnerischer Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig einzustufen, oder gibt es konkrete Hinweise auf einen Qualitätsmangel?
- Sind ggf. die Ergebnisse der relevanten Auffälligkeitskriterien der Datenvalidierung plausibel im Zusammenhang mit dem Ergebnis des Indikators?
- Liegt ein Versorgungs- und/oder Dokumentationsproblem vor?
- 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 das Krankenhaus kontrolliert?

Damit diese und ähnliche Fragen beantwortet werden können, sind von den Krankenhausstandorten aussagekräftige Stellungnahmen zu verfassen und in einem vorgegebenen Zeitraum an die Fachgruppen zu übermitteln. Sollten die Stellungnahmen die Ursachen nicht erklären können, so können je nach Situation weitere Maßnahmen eingeleitet werden. Dies können insbesondere Einladungen zu kollegialen Gesprächen, die Durchführung von Begehungen und der Abschluss von Zielvereinbarungen sein.

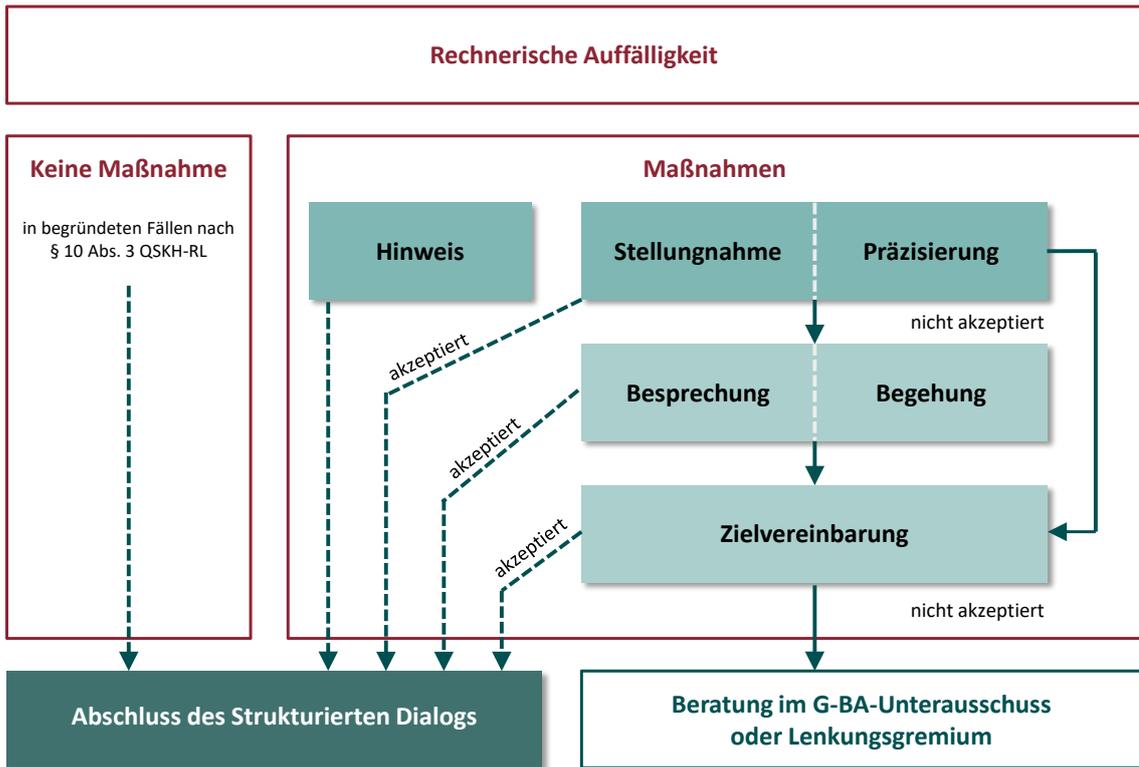


Abbildung 3: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog

2.4.2 Bewertung

Abbildung 4 zeigt, wie die jeweiligen Prüfschritte erfolgen und in welchem Zusammenhang die Bewertungsziffern zu den jeweiligen Maßnahmen stehen.

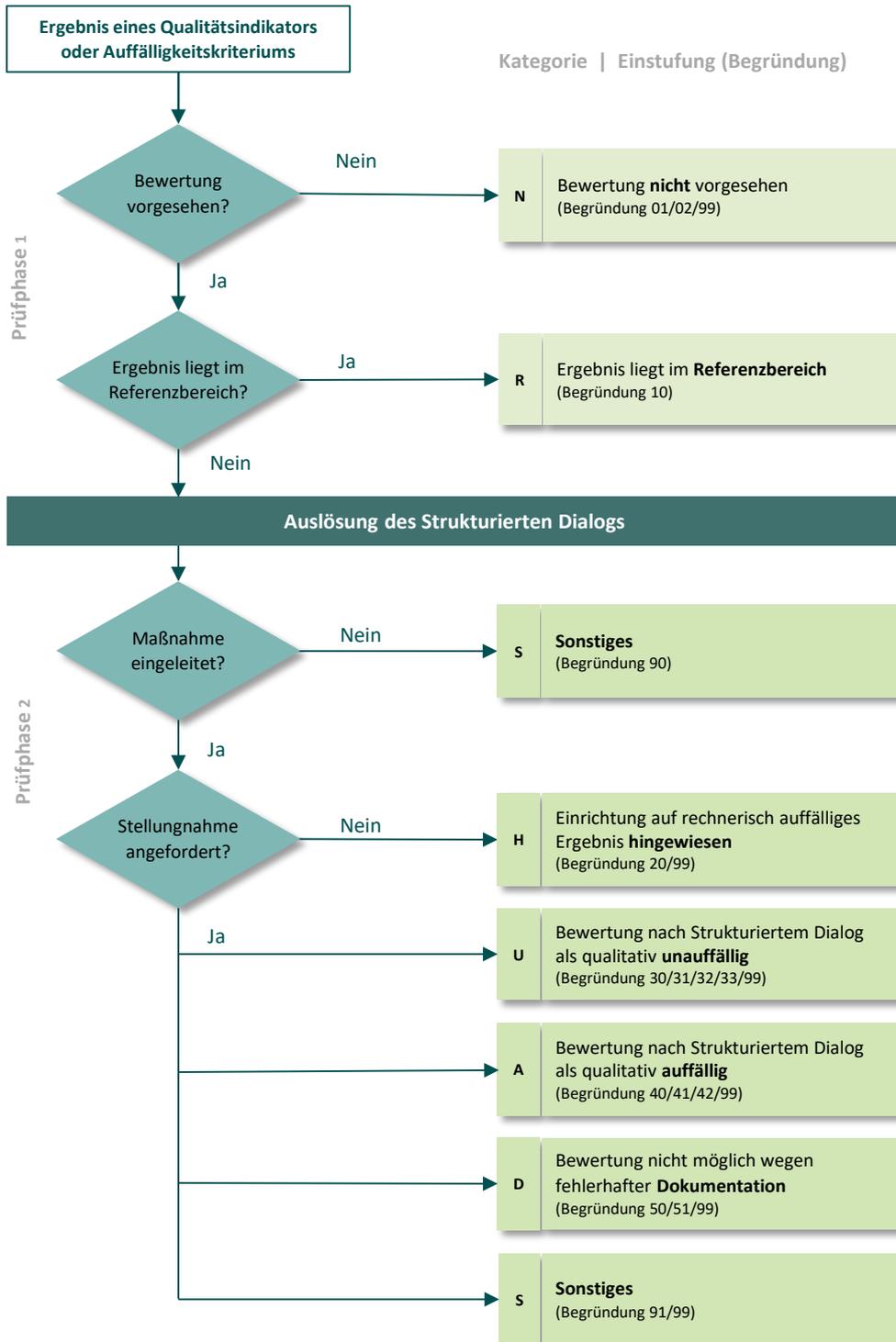


Abbildung 4: Strukturierter Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung

2.4.3 Ergebniseinstufungen

Die Bewertungsergebnisse des Strukturierten Dialogs werden anhand von sieben Bewertungskategorien (N, R, H, U, A, D, S) sowie zugehöriger, präzisierender Unterpunkte eingestuft und durch einen Kurztext beschrieben (siehe Tabelle 2).

Die Kategorien N und R sind nur für die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser von Bedeutung und die Bewertungsziffern 30 und 40 sind ausschließlich für Ergebniseinstufungen im Bereich der Datenvalidierung anzuwenden.

Tabelle 2: Einstufungsschema für rechnerisch auffällige Ergebnisse bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		33	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Eine beispielhafte Auflistung der Kommentare in den Einstufungen „Sonstiges“ ist im Anhang dargestellt.

3 Datenvalidierung

Da eine ausreichende Validität der dokumentierten und übermittelten Daten unverzichtbare Voraussetzung für eine valide Beurteilung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und damit der Behandlungsqualität ist, findet sich nachstehend eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Datenvalidierung.

In der jährlich stattfindenden Datenvalidierung nach § 9 QSKH-RL wird geprüft, ob die dokumentierten Qualitätssicherungsdaten (QS-Daten) korrekt, vollständig und vollzählig sind. Eine valide Dokumentationsqualität ist Voraussetzung für eine ausreichende Aussagekraft der Qualitätsindikatoren. Bei Dokumentationsmängeln sind umgehend entsprechende Verbesserungen in den Dokumentationsprozessen anzuregen. Das Datenvalidierungsverfahren besteht aus drei Elementen: Der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“, dem „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“ und dem „gezielten Datenabgleich“.

Bei der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ erfolgt eine statistische Analyse der angenommenen QS-Daten nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien. Hierbei liegt das Augenmerk erstens auf der Vollzähligkeit, also darauf, ob alle dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle erfasst wurden. Dies erfolgt über einen Abgleich der Anzahl tatsächlich gelieferter Datensätze mit der erwarteten Anzahl (Sollstatistik). Und zweitens wird überprüft, ob die erforderlichen Angaben in den QS-Daten vollständig und plausibel sind.

Für das „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“ werden in einem zweistufigen Stichprobenverfahren zunächst die einzubeziehenden Krankenhausstandorte und anschließend die dort jeweils zu prüfenden Behandlungsfälle ermittelt. Für diese erfolgt dann ein Abgleich der QS-Daten mit der Primärdokumentation in der Patientenakte. Diese umfassende Datenvalidierung erfolgte für das EJ 2017 in den QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*, *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* und *Koronarchirurgie*.

Beim „gezielten Datenabgleich“ werden ab auf Grundlage der Dokumentation des Erfassungsjahres 2017 Standorte ausgewählt, die im Jahr 2019 erneut überprüft werden.

In Tabelle 3 sind die Maßnahmen und Ergebnisse der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ zur Plausibilität und zur Vollständigkeit dargestellt. Die ausführliche Darstellung zu allen Ergebnissen der Datenvalidierung ist Gegenstand des „Berichts zur Datenvalidierung 2018 – Erfassungsjahr 2017“. Dieser wird gemäß QSKH-RL jeweils zum 15. Mai an den G-BA übermittelt und ist nach Freigabe durch den G-BA auf www.iqtig.org abrufbar.

Tabelle 3: Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit aller QS-Verfahren (EJ 2017)

	Anzahl	Anteil
Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien	96.726	-
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	2.238	2,3 %
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	25	1,1 %
Hinweise	647	28,9 %
Stellungnahmen	1.564	69,9 %
Sonstiges	2	0,1 %
Weiterführende Maßnahmen		
Kollegiale Gespräche	8	-
Begehungen	0	-
Zielvereinbarungen	89	-
Einstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99)	410	18,3 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	1.019	45,5 %
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	36	1,6 %
Sonstiges (S91, S99)	99	4,4 %

4 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Das Krankenhausstrukturgesetz hat vorgegeben, dass Aspekte der Versorgungsqualität in die Krankenhausplanung einbezogen werden können (§ 136c SGB V und Krankenhausfinanzierungsgesetz). Zu diesem Zweck hat der G-BA im Dezember 2016 elf Indikatoren als planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus drei bereits bestehenden QS-Verfahren der gesetzlichen externen stationären Qualitätssicherung ausgewählt. Dieses Verfahren zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren läuft seit dem 1. Januar 2017 im Regelbetrieb. Grundlage ist die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL). Es handelt sich um folgende drei QS-Verfahren:

- Gynäkologische Operationen,
- Geburtshilfe und
- Mammachirurgie.

Für die 11 Indikatoren dieser drei Verfahren wird bei Vorliegen einer statistischen Auffälligkeit abweichend von den §§ 11 und 12 Abs. 1 QSKH-RL ein Stellungnahmeverfahren durch das IQTIG durchgeführt. Alle Krankenhausstandorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen zu einem planungsrelevanten Qualitätsindikator erhalten im Rahmen des sogenannten Stellungnahmeverfahrens die Gelegenheit, dem IQTIG Gründe mitzuteilen, die ggf. erklären können, warum ihr statistisch auffälliges Ergebnis nicht als ein Qualitätsproblem zu werten ist. Auf Basis dieser Stellungnahmen und mithilfe beratender Expertengremien erfolgt daraufhin eine fachliche Bewertung dieser vorgebrachten Gründe durch das IQTIG. Als finales Ergebnis der fachlichen Bewertung wird durch das IQTIG festgestellt, ob im Erfassungsjahr an diesen Standorten eine zureichende oder unzureichende Qualität zu den betreffenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vorgelegen hat.

Die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aller Krankenhausstandorte werden jeweils zum 1. September des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an die Landesplanungsbehörden sowie die Landesverbände der Krankenkassen des jeweiligen Bundeslandes und an die Ersatzkassen übermittelt. Detaillierte Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren nach plan. QI-RL sind im Bericht gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vom 31.10.2018³ einzusehen.

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nach QSKH-RL dar. Um ein vollständiges Bild zu geben, werden ergänzend auch die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren dargestellt. Die nachfolgende Tabelle 4 zeigt zusammenfassend die Ergebnisse der statistisch auffälligen Ergebnisse gemäß plan. QI-RL in den QS-Verfahren. Im Anhang des Berichts sind die Ergebnisse pro Qualitätsindikator aufgeführt.

³ Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 136c Abs. 1 und Abs. 2 SGB V. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 18. Januar 2018, in Kraft getreten am 12. Mai 2018.

URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/> (abgerufen am: 11.04.2019).

Tabelle 4: Ergebnisse der statistisch auffälligen planungsrelevante Qualitätsindikatoren über aller Verfahren

QS-Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	Statistisch auffällige Ergebnisse N	Unzureichende Qualität		Zureichende Qualität	
		n	%	n	%
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	16	13	81,2	3	18,8
Geburtshilfe	97	28	28,9	69	71,1
Mammachirurgie	50	32	64,0	18	36,0
Gesamt	163	73	44,8	90	55,2

5 Durchführung und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

5.1 Überblick: Durchführung des Strukturierten Dialogs

Auf Basis der im EJ 2017 von 1.834 Krankenhausstandorten gelieferten 2.495.813 Datensätze wurden für 214 Qualitätsindikatoren mit definierten Referenzbereichen 110.662 Ergebnisse berechnet. Aus zunächst 11.413 Abweichungen von diesen Referenzbereichen bei 1.355 Krankenhausstandorten resultierten nach dem Strukturierten Dialog mit den Verfahrensteilnehmern letztlich 1.465 Qualitätsdefizite (682 Krankenhausstandorte) sowie 852 relevante Dokumentationsmängel (438 Krankenhausstandorte). Bei diesen Zahlen ist zu beachten, dass sie sich auf Indikatorergebnisse und nicht auf Krankenhausstandorte beziehen. In der Regel liefert ein Krankenhausstandort Daten für mehrere QS-Verfahren und somit werden für ihn je nach QS-Verfahren unterschiedlich viele Qualitätsindikatoren berechnet.

Zur Prüfung und Beurteilung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden insgesamt 7.229 Stellungnahmen von den LQS (indirekte Verfahren) und dem IQTIG (direkte Verfahren) angefordert und bearbeitet. In 88 Fällen wurden keine Maßnahmen ergriffen. Hierbei handelte es sich häufig um Situationen, in denen lediglich ein einziger Fall die Auffälligkeit generiert hatte. Ein weiterer Grund für nicht eingeleitete Maßnahmen war das Schließen von Abteilungen oder Krankenhausstandorten. In 2 Fällen wurde nach rechnerischer Auffälligkeit eine „sonstige Maßnahme“ berichtet. Hier begründete sich dies einmal durch die Schließung einer Abteilung. Im zweiten Fall war eine Bewertung nicht möglich, da die Dokumentation in einem QS-Verfahren nicht vollständig war.

Darüber hinaus wurden mit Vertretern von 314 Krankenhausstandorten kollegiale Gespräche geführt; 17 Standorte wurden im Rahmen einer Begehung besucht. Zur Behebung der identifizierten Qualitätsdefizite wurden 668 Zielvereinbarungen mit den Klinikvertretern geschlossen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden insgesamt 12,8 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auch als „qualitativ auffällig“ bewertet; in 40,9 % der Fälle konnte der Strukturierte Dialog keine Hinweise auf Qualitätsmängel erbringen. Die entsprechenden Indikatorergebnisse wurden als „qualitativ unauffällig“ bewertet. 35,8 % der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden mit dem Versand eines Hinweises quittiert.

Tabelle 5 und Abbildung 5 zeigen die auf Bundesebene aggregierten Ergebnisse aller QS-Verfahren im Überblick.

Tabelle 5: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2017 und 2016 im Vergleich

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2017	%
	Anzahl	Anzahl	
Indikatorergebnisse	116.163	110.662	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse (gesamt)	12.683	11.413	10,3
Maßnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 11.413, 100 %)			
Keine Maßnahmen	76	88	0,8
Hinweise (ohne Klärung der Relevanz der Auffälligkeit)	4.997	4.094	35,9
Stellungnahmen	7.607	7.229	63,3
Sonstiges	3	2	0,0
Weiterführende Maßnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 12.683, 100 %)			
Anlässe für Kollegiale Gespräche	275	314	2,8
Anlässe für Begehungen	13	17	0,1
Zielvereinbarungen	742	668	5,9
Einstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse* (Prozentwert bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 11.413, 100 %)			
Hinweise [H20/H99]	4.980	4.091	35,8
Nach Überprüfung der Stellungnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 12.683, 100 %)			
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	4.750	4.671	40,9
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.611	1.465	12,8
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	961	852	7,5
Sonstiges [S90/S91/S99]	381	334	2,9

* In 3 Fällen wurde auf einen Hinweis mit einer Stellungnahme reagiert und es erfolgte eine andere Einstufung als H20/H99.

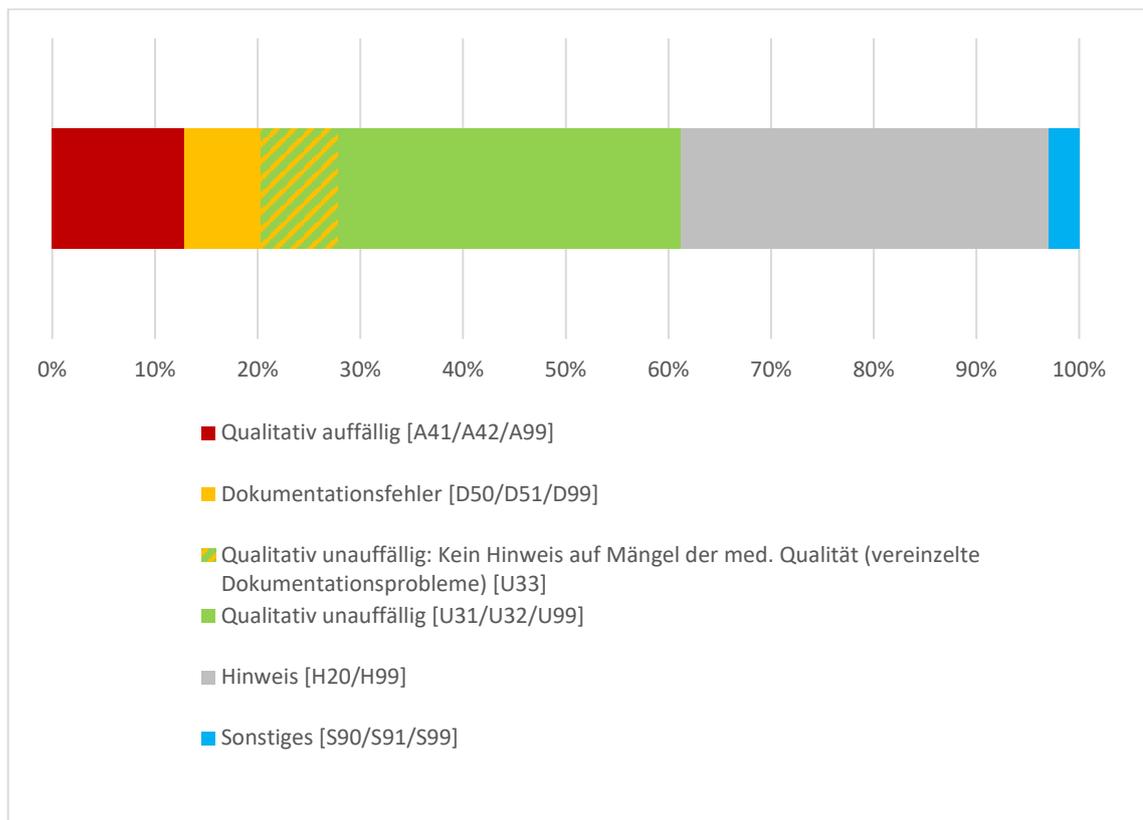


Abbildung 5: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2017

Die Abnahme rechnerisch auffälliger Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr ist hauptsächlich auf die verminderte Anzahl an Qualitätsindikatoren zurückzuführen, der Anteil an den Indikatorergebnissen liegt wie im Vorjahr bei ca. 10 %.

Im Folgenden sind Hinweise oder angeforderte Stellungnahmen sowie die weiterführenden Instrumente (kollegiale Gespräche, Begehungen, Zielvereinbarungen) des Strukturierten Dialogs stratifiziert nach Bundesländern und nach den einzelnen Qualitätssicherungsverfahren dargestellt.

Der Blick auf die Tabellen und Grafiken zeigt ein heterogenes Bild der unterschiedlichen QS-Verfahren und Bundesländer. Vor allem der Umgang mit weitergehenden Maßnahmen wie Begehungen oder Zielvereinbarungen ist sehr different. Hier zeigt sich ein Unterschied im Vergleich zum Vorjahr. Haben im Jahr 2017 4 Länder auf weiterführende Maßnahmen verzichtet, war dies im Jahr 2018 nur ein Bundesland. Auch die Konsequenzen nach Begehungen und Besprechungen sind in den Bundesländern unterschiedlich. Nur zum Teil werden im Anschluss auch Zielvereinbarungen mit den Krankenhausstandorten getroffen. Die Berichte, die die einzelnen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung an den Gemeinsamen Bundesausschuss übermitteln, ergeben ein ähnliches Bild.

Ebenso hält das IQTIG Vergleiche der Versorgungsbereiche untereinander auf diesem Abstraktionsniveau für wenig aussagekräftig. Die Bereiche werden im Abschnitt 5.2 im Einzelnen

einer Analyse aus der Verfahrensperspektive unterzogen, die vom jeweiligen Team der Abteilung Verfahrensmanagement des IQTIG unter Beachtung aller vorliegenden Informationen und Daten aus den Bundesländern und von der Bundesebene verfasst wurden.

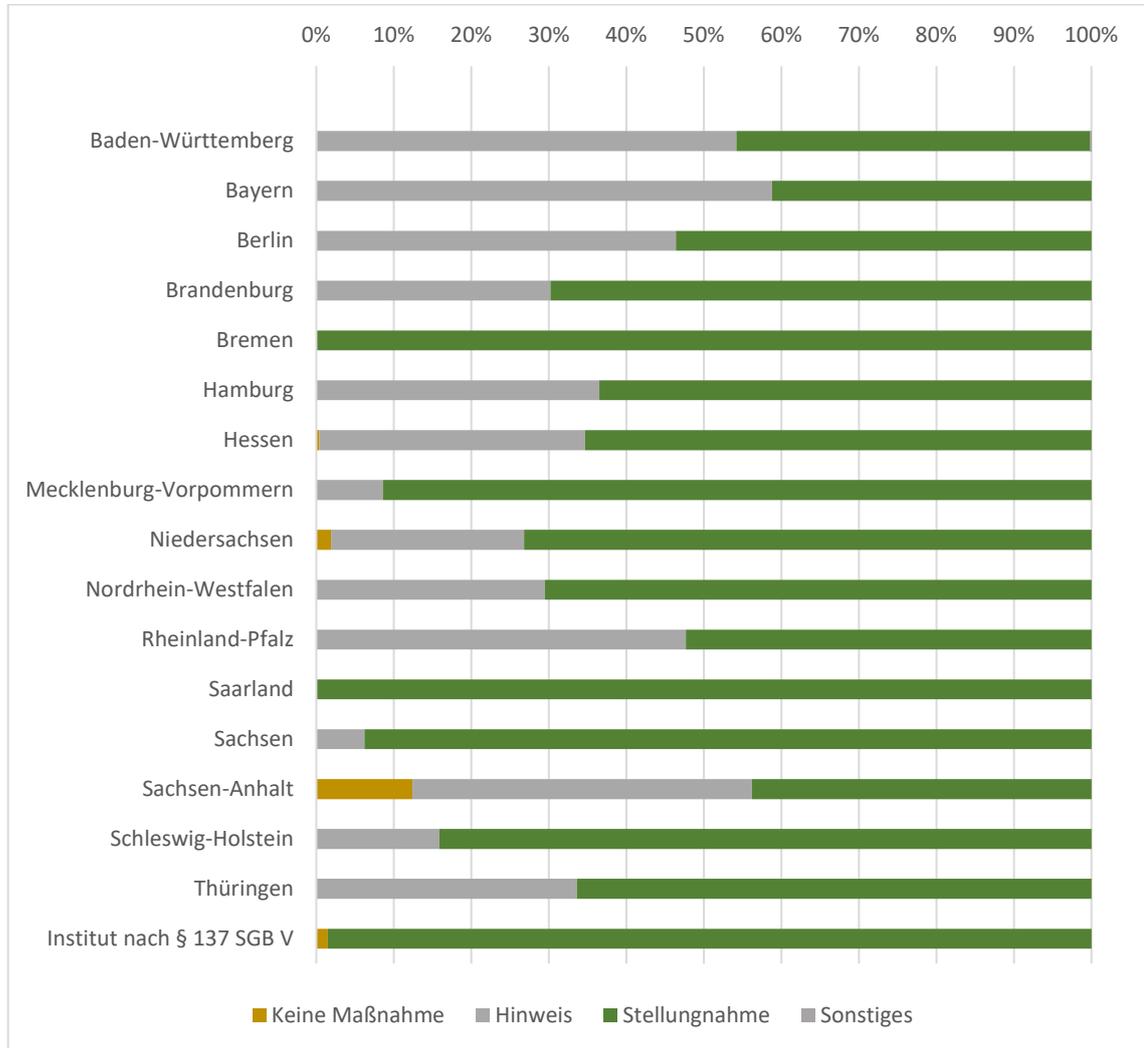


Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen

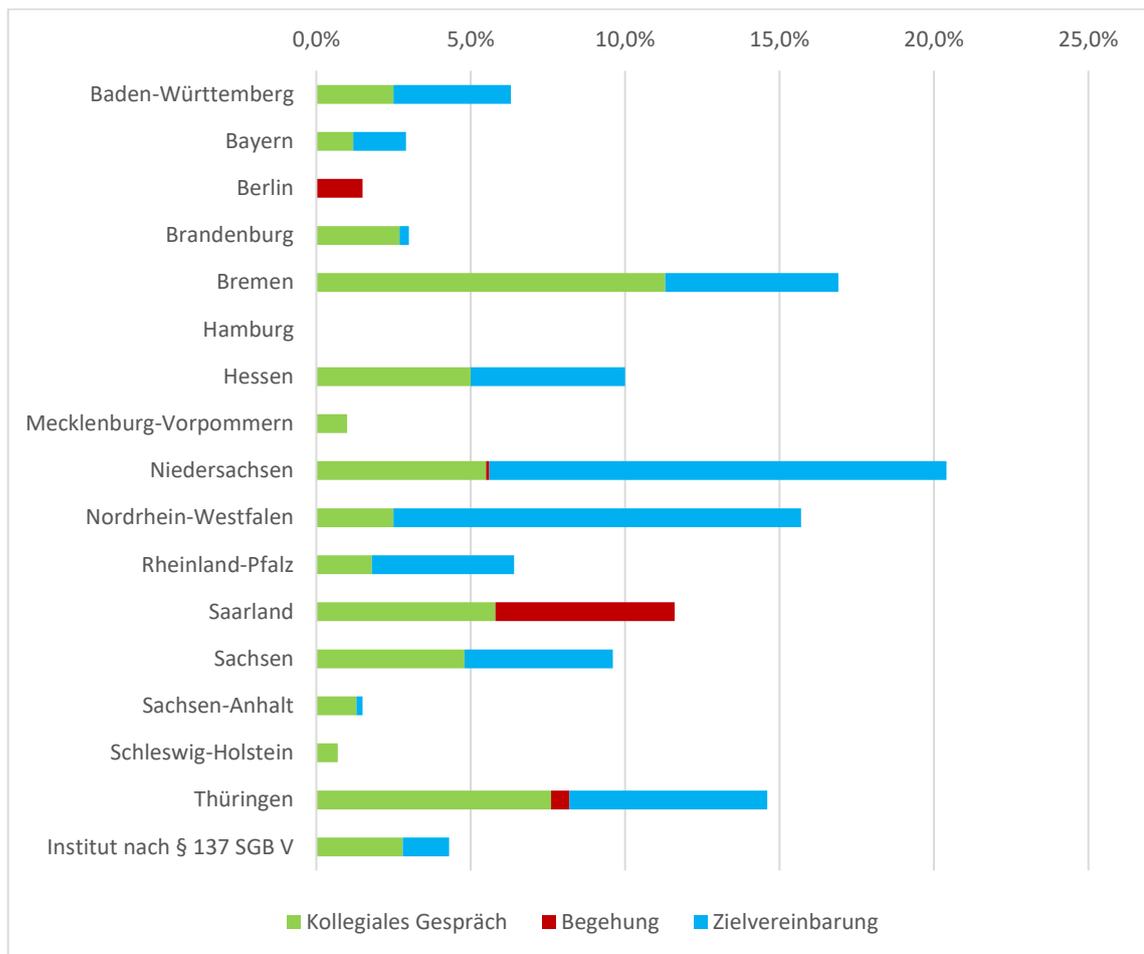


Abbildung 7: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – kollegiale Gespräche, Begehung, Zielvereinbarung in Relation zu der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse.

In Bundesländern ohne Balken wurde keine der Maßnahmen durchgeführt.

Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auf- fälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	11.432	1.074	9,4	1	0,1	581	54,1	490	45,6	2	0,2	27	2,5	0	0,0	41	3,8
Bayern	17.171	1.896	11,0	0	0,0	1.115	58,8	781	41,2	0	0,0	23	1,2	0	0,0	33	1,7
Berlin	3.283	407	12,4	0	0,0	189	46,4	218	53,6	0	0,0	0	0,0	6	1,5	0	0,0
Brandenburg	3.528	367	10,4	0	0,0	111	30,2	256	69,8	0	0,0	10	2,7	0	0,0	1	0,3
Bremen	810	71	8,8	0	0,0	0	0,0	71	100,0	0	0,0	8	11,3	0	0,0	4	5,6
Hamburg	2.033	219	10,8	0	0,0	80	36,5	139	63,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	7.608	753	9,9	3	0,4	258	34,3	492	65,3	0	0,0	38	5,0	0	0,0	38	5,0
Mecklenburg-Vorpom- mern	2.606	292	11,2	0	0,0	25	8,6	267	91,4	0	0,0	3	1,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	9.714	1.000	10,3	19	1,9	249	24,9	732	73,2	0	0,0	55	5,5	1	0,1	148	14,8
Nordrhein-Westfalen	25.113	2.364	9,4	0	0,0	698	29,5	1.666	70,5	0	0,0	58	2,5	0	0,0	313	13,2
Rheinland-Pfalz	6.339	813	12,8	0	0,0	388	47,7	425	52,3	0	0,0	15	1,8	0	0,0	37	4,6
Saarland	1.454	139	9,6	0	0,0	0	0,0	139	100,0	0	0,0	8	5,8	8	5,8	0	0,0
Sachsen	5.799	519	8,9	0	0,0	32	6,2	487	93,8	0	0,0	25	4,8	0	0,0	25	4,8
Sachsen-Anhalt	3.661	477	13,0	59	12,4	209	43,8	209	43,8	0	0,0	6	1,3	0	0,0	1	0,2
Schleswig-Holstein	3.252	302	9,3	0	0,0	48	15,9	254	84,1	0	0,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	3.383	330	9,8	0	0,0	111	33,6	219	66,4	0	0,0	25	7,6	2	0,6	21	6,4
Institut nach § 137 SGB V	3.476	390	11,2	6	1,5	0	0,0	384	98,5	0	0,0	11	2,8	0	0,0	6	1,5
Gesamt	110.662	11.413	10,30	88	0,8	4.094	35,9	7.229	63,3	2	0,0	314	2,8	17	0,1	668	5,9

Tabelle 7: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

Leistungsbereich	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Karotis-Revaskularisation	3.723	270	7,3	2	0,7	92	34,1	176	65,2	0	0,0	18	6,7	2	0,7	17	6,3
Ambulant erworbene Pneumonie	8.467	1.215	14,3	8	0,7	450	37,0	757	62,3	0	0,0	34	2,8	3	0,2	131	10,8
Herzschrittmacher-Implantation	13.323	1.198	9,0	12	1,0	529	44,2	657	54,8	0	0,0	23	1,9	0	0,0	70	5,8
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	2.906	186	6,4	0	0,0	59	31,7	127	68,3	0	0,0	7	3,8	0	0,0	12	6,5
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	2.729	138	5,1	4	2,9	71	51,4	63	45,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7

Leistungsbereich	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellung- nahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Implantierbare Defibrillatoren-Im- plantation	6.132	658	10,7	7	1,1	304	46,2	347	52,7	0	0,0	4	0,6	0	0,0	46	7,0
Implantierbare Defibrillatoren-Ag- gregatwechsel	2.107	66	3,1	0	0,0	23	34,8	43	65,2	0	0,0	2	3,0	0	0,0	0	0,0
Implantierbare Defibrillatoren-Revi- sion/-Systemwechsel/-Explantation	4.193	266	6,3	3	1,1	134	50,4	129	48,5	0	0,0	2	0,8	0	0,0	9	3,4
Koronarchirurgie, isoliert	342	25	7,3	1	4,0	0	0,0	24	96,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	336	22	6,5	3	13,6	0	0,0	19	86,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	370	19	5,1	0	0,0	0	0,0	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5
Kombinierte Koronar- und Aorten- klappenchirurgie	251	20	8,0	2	10,0	0	0,0	18	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Herztransplantation	154	49	31,8	0	0,0	0	0,0	49	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Herzunterstützungssysteme/Kunst- herzen	275	49	17,8	0	0,0	0	0,0	49	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lungen- und Herz-Lungentransplan- tation	113	43	38,1	0	0,0	0	0,0	43	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lebertransplantation	200	28	14,0	0	0,0	0	0,0	28	100,0	0	0,0	4	14,3	0	0,0	1	3,6
Leberlebendspende	139	11	7,9	0	0,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Leistungsbereich	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellung- nahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nierentransplantation	499	37	7,4	0	0,0	0	0,0	37	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierenlebenspende	565	36	6,4	0	0,0	0	0,0	36	100,0	0	0,0	5	13,9	0	0,0	1	2,8
Pankreas- und Pankreas-Nieren- transplantation	232	51	22,0	0	0,0	0	0,0	51	100,0	0	0,0	2	3,9	0	0,0	0	0,0
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*	7.015	922	13,1	3	0,3	360	39,0	559	60,6	0	0,0	14	1,5	0	0,0	36	3,9
Mammachirurgie*	5.560	585	10,5	6	1,0	188	32,1	391	66,8	0	0,0	5	0,9	0	0,0	26	4,4
Geburtshilfe*	5.777	238	4,1	0	0,0	56	23,5	181	76,1	1	0,4	14	5,9	0	0,0	16	6,7
Neonatologie	3.229	332	10,3	0	0,0	88	26,5	244	73,5	0	0,0	5	1,5	0	0,0	11	3,3
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	9.501	1.156	12,2	5	0,4	409	35,4	742	64,2	0	0,0	53	4,6	0	0,0	71	6,1
Hüftendoprothesenversorgung	16.976	2.153	12,7	17	0,8	830	38,6	1.306	60,7	0	0,0	81	3,8	2	0,1	141	6,5
Knieendoprothesenversorgung	11.646	1.028	8,8	14	1,4	483	47,0	530	51,6	1	0,1	16	1,6	1	0,1	38	3,7
Pflege: Dekubitusprophylaxe	3.902	612	15,7	1	0,2	18	2,9	593	96,9	0	0,0	25	4,1	9	1,5	37	6,0
Gesamt	110.662	11.413	10,3	88	0,8	4.094	35,9	7.229	63,3	2	0,0	314	2,8	17	0,1	668	5,9

* QS-Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

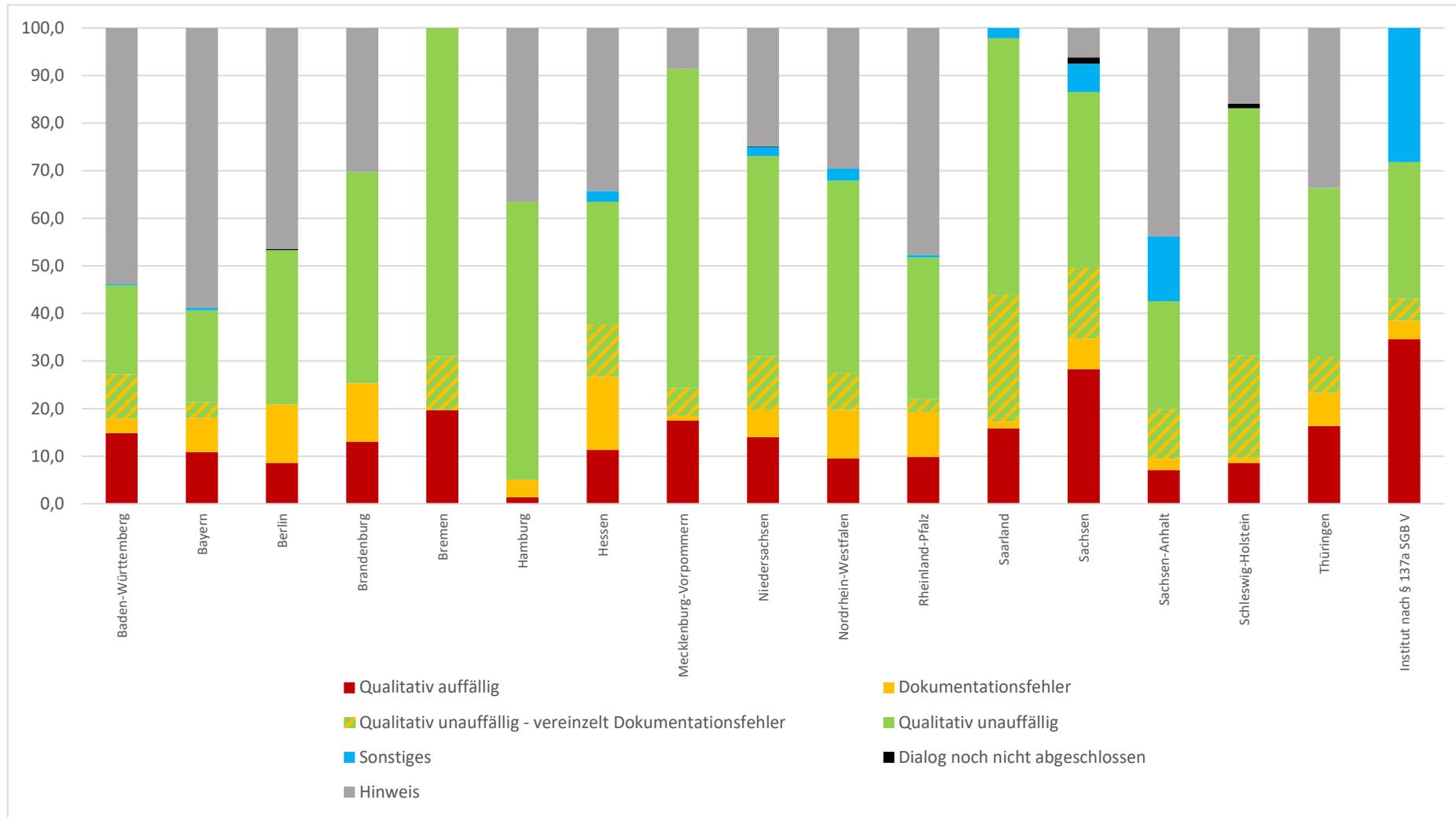


Abbildung 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller QS-Verfahren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig		Qualitativ unauffällig		Fehlerhafte Dokumentation		Sonstiges		Hinweis	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	1.074	160	14,9	301	28,0	32	3,0	3	0,3	578	53,8
Bayern	1.896	206	10,9	430	22,7	135	7,1	10	0,5	1115	58,8
Berlin	407	35	8,6	132	32,4	50	12,3	1	0,2	189	46,4
Brandenburg	367	48	13,1	163	44,4	45	12,3	0	0,0	111	30,2
Bremen	71	14	19,7	57	80,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	219	3	1,4	128	58,4	8	3,7	0	0,0	80	36,5
Hessen	753	85	11,3	277	36,8	116	15,4	17	2,3	258	34,3
Mecklenburg-Vorpommern	292	51	17,5	213	72,9	3	1,0	0	0,0	25	8,6
Niedersachsen	1.000	140	14,0	533	53,3	58	5,8	20	2,0	249	24,9
Nordrhein-Westfalen	2.364	225	9,5	1140	48,2	241	10,2	60	2,5	698	29,5
Rheinland-Pfalz	813	80	9,8	264	32,5	77	9,5	4	0,5	388	47,7
Saarland	139	22	15,8	112	80,6	2	1,4	3	2,2	0	0,0
Sachsen	519	147	28,3	269	51,8	33	6,4	38	7,3	32	6,2
Sachsen-Anhalt	477	34	7,1	158	33,1	11	2,3	65	13,6	209	43,8

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig		Qualitativ unauffällig		Fehlerhafte Dokumentation		Sonstiges		Hinweis	
		n	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Schleswig-Holstein	302	26	8,6	222	73,5	3	1,0	3	1,0	48	15,9
Thüringen	330	54	16,4	142	43,0	23	7,0	0	0,0	111	33,6
Institution nach § 137a SGB V	390	135	34,6	130	33,3	15	3,8	110	28,2	0	0,0
Gesamt	11.413	1.465	12,8	4.671	40,9	852	7,5	334	2,9	4.091	35,8

Tabelle 9: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig A41, A42, A99		Qualitativ unauffällig U31, U32, U33, U99		Fehlerhafte Doku- mentation D50, D51, D99		Sonstiges S90, S91, S99		Hinweis H20, H99	
		n	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Karotis-Revaskularisation	270	31	11,5	132	48,9	10	3,7	5	1,9	92	34,1
Ambulant erworbene Pneumonie	1.215	268	22,1	363	29,9	111	9,1	23	1,9	450	37,0
Herzschrittmacher-Implantation	1.198	153	12,8	414	34,6	52	4,3	50	4,2	529	44,2
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	186	32	17,2	78	41,9	15	8,1	2	1,1	59	31,7
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/ -Explantation	138	2	1,4	60	43,5	1	0,7	4	2,9	71	51,4

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig A41, A42, A99		Qualitativ unauffällig U31, U32, U33, U99		Fehlerhafte Dokumentation D50, D51, D99		Sonstiges S90, S91, S99		Hinweis H20, H99	
		n	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	658	68	10,3	214	32,5	56	8,5	16	2,4	304	46,2
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	66	7	10,6	34	51,5	2	3,0	0	0,0	23	34,8
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	266	16	6,0	107	40,2	3	1,1	6	2,3	134	50,4
Koronarchirurgie, isoliert	25	6	24,0	15	60,0	4	16,0	0	0,0	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	22	3	13,6	15	68,2	4	18,2	0	0,0	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	19	4	21,1	14	73,7	1	5,3	0	0,0	0	0,0
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	20	3	15,0	13	65,0	4	20,0	0	0,0	0	0,0
Herztransplantation	49	6	12,2	7	14,3	0	0,0	36	73,5	0	0,0
Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen	49	27	55,1	18	36,7	0	0,0	4	8,2	0	0,0
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	43	12	27,9	4	9,3	0	0,0	27	62,8	0	0,0
Lebertransplantation	28	11	39,3	7	25,0	0	0,0	10	35,7	0	0,0
Leberlebendspende	11	9	81,8	1	9,1	0	0,0	1	9,1	0	0,0
Nierentransplantation	37	19	51,4	14	37,8	0	0,0	4	10,8	0	0,0
Nierenlebendspende	36	16	44,4	15	41,7	2	5,6	3	8,3	0	0,0
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	51	19	37,3	7	13,7	0	0,0	25	49,0	0	0,0
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*	922	47	5,1	433	47,0	77	8,4	5	0,5	360	39,0

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig A41, A42, A99		Qualitativ unauffällig U31, U32, U33, U99		Fehlerhafte Doku- mentation D50, D51, D99		Sonstiges S90, S91, S99		Hinweis H20, H99	
		n	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Mammachirurgie*	585	83	14,2	273	46,7	31	5,3	10	1,7	188	32,1
Geburtshilfe*	238	56	23,5	111	46,6	8	3,4	8	3,4	55	23,1
Neonatologie	332	39	11,7	184	55,4	13	3,9	8	2,4	88	26,5
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	1.156	167	14,4	492	42,6	73	6,3	15	1,3	409	35,4
Hüftendoprothesenversorgung	2153	226	10,5	892	41,4	166	7,7	40	1,9	829	38,5
Knieendoprothesenversorgung	1.028	32	3,1	395	38,4	103	10,0	16	1,6	482	46,9
Pflege: Dekubitusprophylaxe	612	103	16,8	359	58,7	116	19,0	16	2,6	18	2,9
Gesamt	11.413	1.465	12,8	4.671	40,9	852	7,5	334	2,9	4.091	35,8

* QS-Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

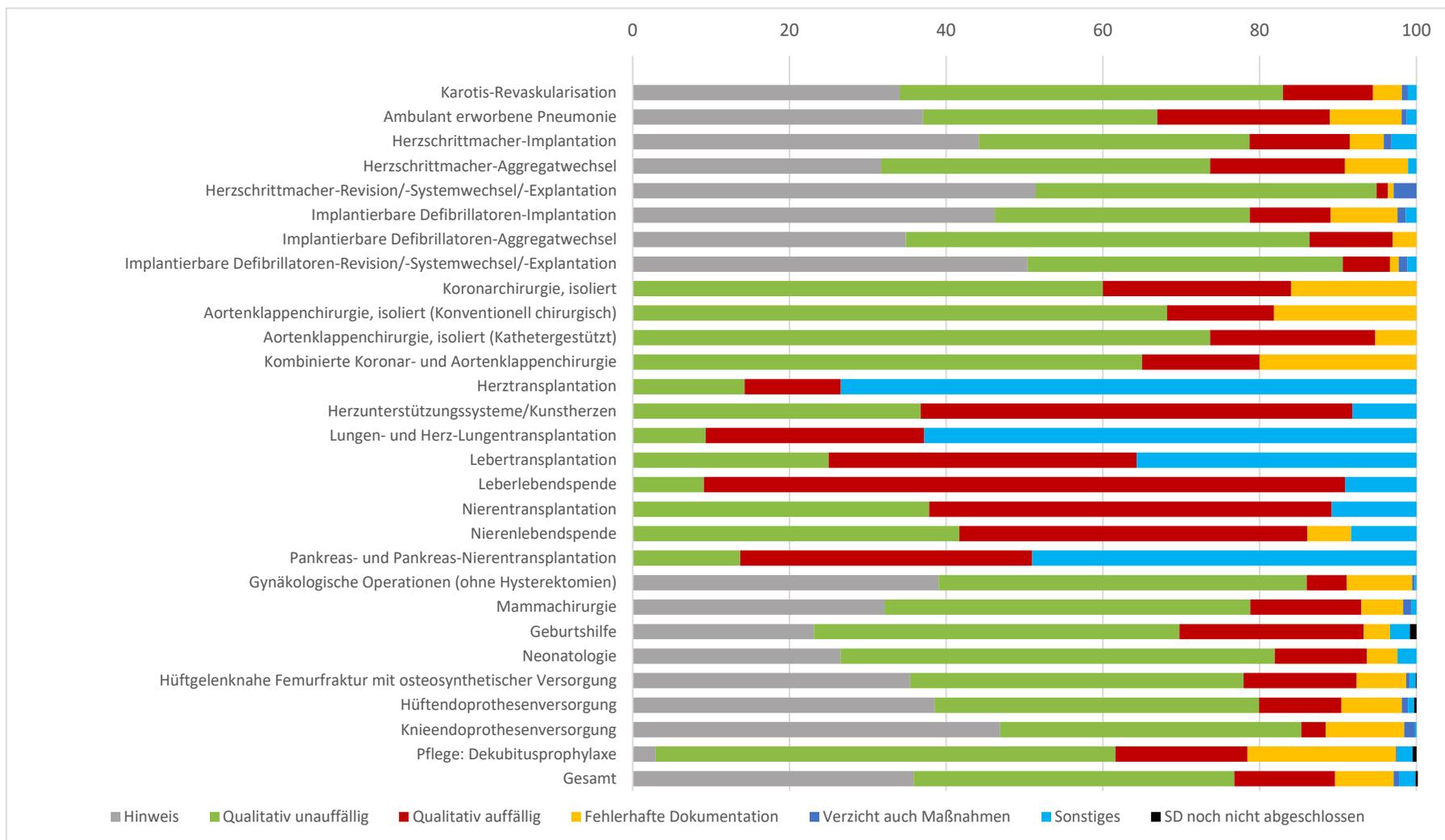


Abbildung 9: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren

5.2 Ergebnisse der Versorgungsbereiche

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse und die Prozesse der geführten Strukturierten Dialoge in den einzelnen QS-Verfahren näher betrachtet. Die Darstellung der Ergebnisse ist nach Versorgungsbereichen gegliedert.⁴ Die jeweiligen Diagramme zeigen die Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte und heben qualitativ auffällige Ergebnisse im Versorgungsbereich hervor.

Im Anhang zu diesem Bericht sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs detailliert pro Qualitätsindikator für jedes QS-Verfahren in einer Tabelle dargestellt. Dort finden sich auch wiederholte Auffälligkeiten im Vergleich der Erfassungsjahre 2015 und 2016. Weiterhin enthält der Anhang für jedes QS-Verfahren eine Darstellung der durchgeführten Maßnahmen pro Qualitätsindikator und pro Bundesland sowie der Ergebnisse pro Bundesland.

5.2.1 Gefäßchirurgie

Stefan Sens, Stefanie Holleck-Weithmann

▪ QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

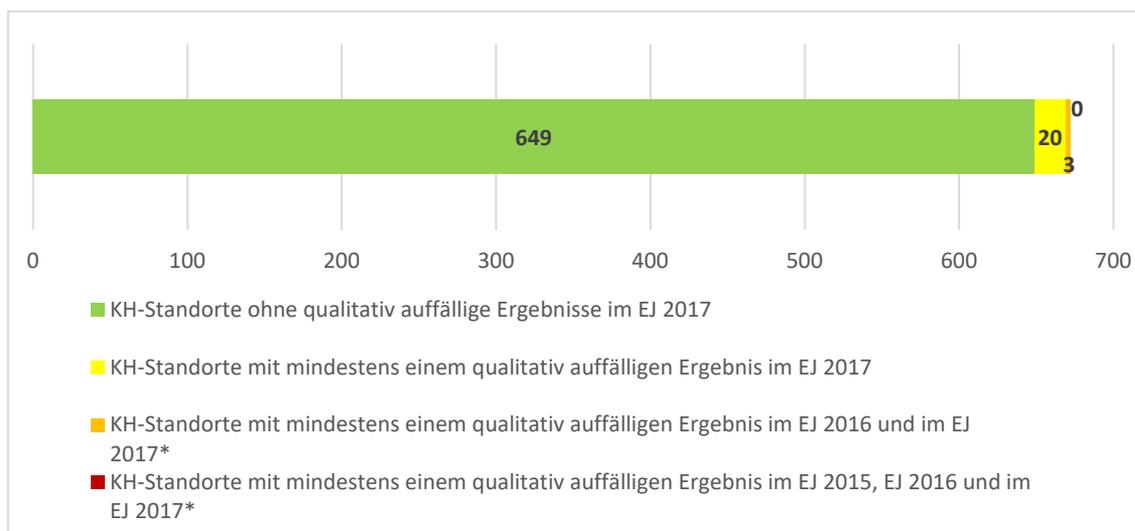


Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.

Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Karotis-Revaskularisation* betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2015, 2016 und 2017 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs über die Daten des Erfassungsjahres 2017 zeigt sich im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* ein insgesamt positives Bild. Unter den Krankenhausstandorten mit qualitativ auffälligen Ergebnissen gab es keinen Krankenhausstandort, der in mehreren KH-Bereichen wie beispielsweise bei der Indikationsstellung und der Vermeidung von

⁴ Die Zuordnung der QS-Verfahren zu den einzelnen Versorgungsbereichen ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Komplikationen qualitativ auffällig war. Für lediglich zwei Krankenhausstandorte wurde im Vergleich zum Vorjahr eine wiederholte qualitative Auffälligkeit im gleichen Indikator festgestellt. Diese bezog sich in beiden Fällen auf den Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“ (QI-ID 11704). Positiv zu verzeichnen ist, dass über die Erfassungsjahre 2015 bis 2017 kein Krankenhausstandort in Folge als qualitativ auffällig eingestuft worden ist.

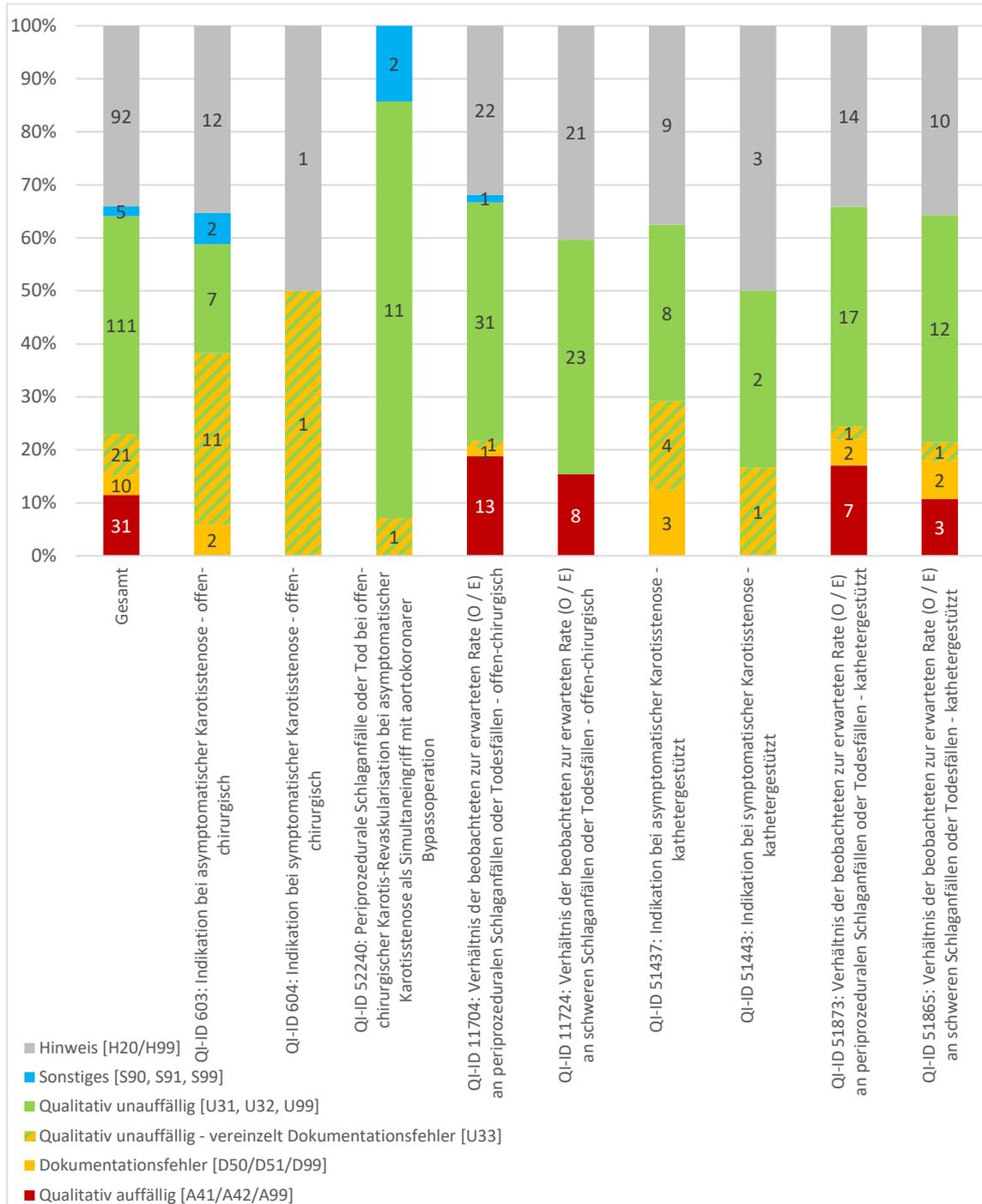


Abbildung 11: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

In den vier Qualitätsindikatoren, die die korrekte Indikationsstellung überprüfen (QI-ID 603, 604, 51443, 51437), wurde bei keinem Krankenhausstandort ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt. Insgesamt fällt jedoch auf, dass der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten bei der Indikationsstellung von asymptomatischen Karotisstenosen (6,2 % offen-chirurgisch / 7,6 % kathetergestützt) größer ist als bei der Indikationsstellung von symptomatischen Karotisstenosen (0,4 % offen-chirurgisch / 2,0 % kathetergestützt). Bei der Interpretation der Ergebnisse für die Indikationsindikatoren gilt es zu beachten, dass für rund 38 % aller rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte kein Strukturierter Dialog durchgeführt wurde, sondern diesen ein Hinweis gemäß § 11 Abs. 2 Satz 1 QSKH-RL übermittelt wurde. Bei Hinweisen erfolgt allerdings keine Bewertung des rechnerisch auffälligen Ergebnisses, sodass keine Aussage darüber getroffen werden kann, ob Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite vorliegen.

Für die beiden risikoadjustierten Qualitätsindikatoren (QI-ID 11704 und 11724), die Schlaganfälle und Todesfälle im Zusammenhang mit einem offen-chirurgisch durchgeführten Eingriff an der Karotis betrachten, ergaben sich insgesamt 121 rechnerische Auffälligkeiten, zu denen 43 Hinweise versandt wurden. Für 78 der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde ein Strukturierter Dialog durchgeführt, im Zuge dessen 21 Mal (20 Mal A41 / 1 Mal A42) ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt wurde. 57,1 % der qualitativ auffälligen Ergebnisse (n = 12) bezogen sich auf Krankenhausstandorte (n = 6), die in beiden risikoadjustierten Qualitätsindikatoren qualitativ auffällig waren. Darüber hinaus wurden mit fünf Krankenhausstandorten Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Qualität geschlossen bzw. Begehungen durchgeführt.

Der Sentinel-Event-Indikator mit der QI-ID 52240 betrachtet die Qualität bei Eingriffen, bei denen eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei einer asymptomatischen Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wird. Sobald an einem Krankenhausstandort ein Todesfall oder ein perioperativer Schlaganfall in Zusammenhang mit diesem Eingriff auftritt, ist ein Strukturierter Dialog verpflichtend durchzuführen. Rund 23,3 % (n = 14) aller in dem Sentinel-Event-Indikator betrachteten Krankenhausstandorte (n = 60) waren rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs haben sich bei keinem Krankenhausstandort Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel ergeben.

Analog zu den offen-chirurgischen Eingriffen an der Karotis werden auch für kathetergestützte Eingriffe über zwei risikoadjustierte Qualitätsindikatoren (QI-ID 51873 und 51865) periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle sowie schwere Schlaganfälle und Todesfälle, die im Zusammenhang mit dem Eingriff auftreten, betrachtet. Hierbei wurde insgesamt zehnmal, d. h. bei 2,6 % der Krankenhausstandorte, die diesen Eingriff durchführten, ein Mangel in der medizinischen Qualität festgestellt. Im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorjahres fällt auf, dass die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung verstärkt weiterführende Maßnahmen eingesetzt haben. So wurden mit fünf bzw. drei Krankenhausstandorten (QI-ID 51873 und 51865) Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Qualität geschlossen und mit sechs Krankenhausstandorten Besprechungen durchgeführt. Anzumerken ist, dass für etwas mehr als ein Drittel der rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein Strukturierter Dialog durchgeführt wurde, sondern lediglich ein Hinweis versandt wurde. Dies ist im Rahmen der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Über alle Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* hinweg ergaben sich 270 rechnerische Auffälligkeiten. Dies entspricht einem Anteil von 7,3 %, bezogen auf alle Indikatorergebnisse in diesem Leistungsbereich. Für 31 der rechnerisch auffälligen Qualitätsergebnisse erfolgte im Rahmen des Strukturieren Dialogs die Einstufung „qualitativ auffällig“ (29 Mal A41 / 2 Mal A42). Dies entspricht einem Anteil von 11,5 % an allen rechnerischen Auffälligkeiten bzw. 0,8 % an allen Qualitätsergebnissen in dem Verfahren. Eine fehlerhafte Dokumentation konnte im Rahmen des Strukturierten Dialogs nur vereinzelt – insgesamt bei zehn Indikatorergebnissen – festgestellt werden.

5.2.2 Pneumonie

Leif Warming, Stefanie Holleck-Weithmann

▪ QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*

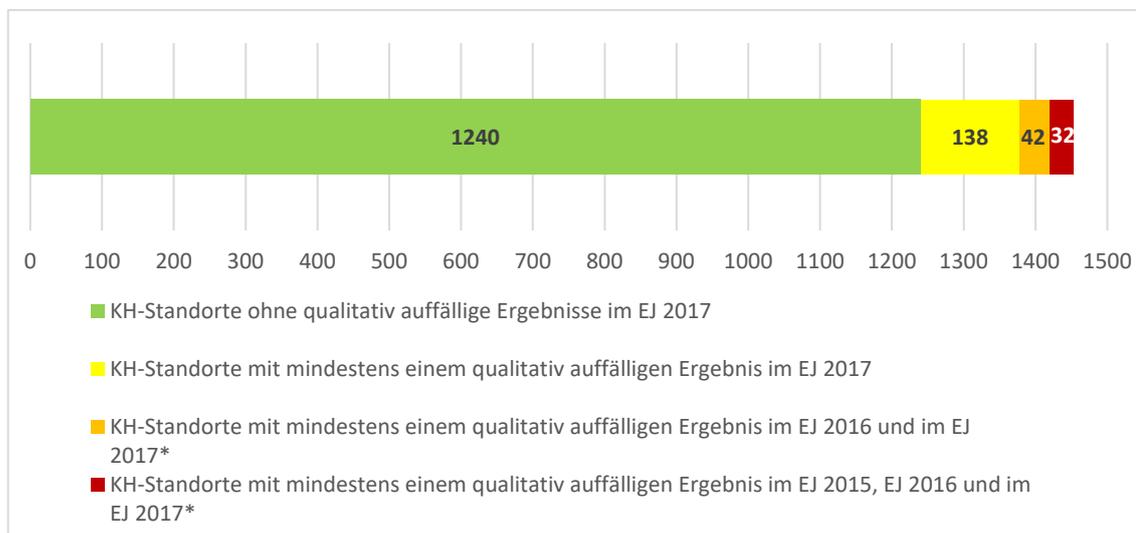


Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.

Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Ambulant erworbene Pneumonie* betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2015, 2016 und 2017 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im EJ 2017 wurden im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* von 1.433 Standorten insgesamt 280.368 QS-Datensätze geliefert.

Die rechnerisch auffälligen Ergebnisse gingen von 1.461 im Jahr 2016 zurück auf 1.217 im Jahr 2017 (dies entspricht einem Rückgang von ca. 16,7 %). Auch gab es weniger qualitative Auffälligkeiten: Im Jahr 2017 waren es mit 268 qualitativen Auffälligkeiten 28 weniger als noch im Jahr 2016. Zurückzuführen ist dies in erster Linie darauf, dass der Indikator „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Index = 0)“ (QI-ID 2012) im Jahr 2017 nicht mehr ausgewertet wurde.

Der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen lag im Jahr 2016 bei 20,3 % und im Jahr 2017 bei 22,0 %. Aus einer rechnerischen Auffälligkeit resultierte entsprechend im Jahr 2017 etwas häufiger eine qualitative Auffälligkeit als noch im Jahr 2016. Damit setzt sich ein Trend fort: Im Jahr 2015 waren es noch 17,7 % der Standorte.

Der Abbildung 12 ist zu entnehmen, dass 212 Standorte 2017 mindestens eine qualitative Auffälligkeit aufwiesen, gegenüber 190 Standorten im Jahr 2016. Bei insgesamt 268 qualitativen Auffälligkeiten bedeutet dies, dass jeder dieser 212 Standorte im Durchschnitt in ca. 1,2 Indikatoren qualitativ auffällig wurde (2016 waren es noch ca. 1,6 Indikatoren, 2015 ca. 2,9 Indikatoren).

ren). Von diesen 212 Standorten wies etwa ein Fünftel schon im Vorjahr mindestens eine qualitative Auffälligkeit auf. Ca. 15 % (n = 32) der Standorte waren drei Jahre in Folge in mindestens einem Indikator qualitativ auffällig. Damit hat sich die Anzahl der Standorte mit mindestens drei qualitativ auffälligen Ergebnissen fast verdoppelt. 2017 waren es noch 17 Standorte (ca. 9 % aller Standorte mit mindestens einer Auffälligkeit)

In 142 Fällen war im Jahr 2016 aufgrund von Dokumentationsproblemen keine Bewertung möglich (9,7 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse). 2017 waren es 111 Fälle (9,1 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse). Somit ergaben sich etwas weniger Probleme bei der Dokumentation im Vergleich zum Vorjahr und zum Vorvorjahr: 2015 gab es noch bei 11,9 % der rechnerisch auffälligen Standorte größere Probleme bei der Dokumentation.

2017 wurden 451 Hinweise verschickt. 2016 waren es noch 590. Der Anteil verschickter Hinweise an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist somit im Jahr 2017 mit 37,1 % gegenüber 2016 mit 40,4 % etwas zurückgegangen.

Bundesweit führten im Jahr 2017 131 Indikatorergebnisse zum Abschluss von Zielvereinbarungen (2016: 7,67 %), in 34 Fällen (2,79 %) wurden kollegiale Gespräche durchgeführt (2016: 32; 2,19 %). Mit 3 Fällen wurde das Instrument der Begehungen für das EJ 2017 wie im davorliegenden Jahr nur selten genutzt (EJ 2016 n = 2).

Von den insgesamt 268 als „qualitativ auffällig“ bewerteten rechnerisch auffälligen Ergebnissen gehen 2017 knapp 84,7 % (n = 227) auf 3 Indikatoren zurück:

- QI-ID 2009: „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)“ (n = 48)
- QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (n = 88)
- QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (n = 91)

Auf die restlichen 4 Indikatoren entfallen entsprechend 41 qualitative Auffälligkeiten:

- QI-ID 2005: „Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme“ (n = 11)
- QI-ID 2009: „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB65-Index = 1 oder 2)“ (n = 28)
- QI-ID 50778: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ (n = 2)

Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Standorten mit mindestens einem Fall im jeweiligen Indikator im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* reicht von 0,1 % (QI-ID 50778: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“) bis 6,4 % (QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“).

Hinsichtlich dieses Anteils hat es die deutlichsten Änderungen im Vergleich zum Vorjahr beim Indikator „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)“ (QI-ID 2009) und beim Indikator „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)“ (QI-ID 2013) gegeben. Beim QI zur frühen antimikrobiellen Therapie hat sich das Ergebnis von 2,46 % auf 3,43 % verschlechtert,

während sich das Ergebnis zum QI zur Frühmobilisation verbessert hat von 2,93 % auf 2,02 %. Bei allen anderen Indikatoren ergaben sich noch kleinere Änderungen an diesem Anteil.

Zu folgenden Indikatoren haben einige Bundesländer in den Berichten zum Strukturierten Dialog dargestellt, welche Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten im Dialog mit den Krankenhausstandorten ermittelt werden konnten:

QI 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“

Als Gründe für qualitative Auffälligkeiten hinsichtlich der vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien werden insbesondere Personalmangel bzw. Personalfluktuations genannt.

Ein Haus fiel durch unzureichende Kenntnisse bezogen auf das Qualitätsziel und die Dokumentation auf. Aufgrund dessen wurde mit dieser Klinik ein Gespräch durchgeführt. Bei diesem Krankenhaus fehlte darüber hinaus eine gründliche Analyse der festgestellten Unterdokumentation in Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*. Zielvereinbarungen bezogen sich z. B. auf die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder Prozessanpassungen und Verbesserungen der Dokumentation.

QI 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“

Bezüglich der Atemfrequenz werden als Gründe für qualitative Auffälligkeiten strukturelle Defizite wie fehlende, geeignete Verfahrensabläufe in der Aufnahme oder Personalmangel und Personalfluktuations sowie eine verzögerte Diagnosestellung angeführt. Genannt wurden auch Prozessprobleme bei „Außenliegern“. Einige größere Krankenhäuser haben Schwierigkeiten bei der Erfassung der Daten für diesen Qualitätsindikator, insbesondere aufgrund mehrerer aufnehmender Fachabteilungen. Zielvereinbarungen wurden u. a. zu Prozessanpassungen, aber auch zu Fort- und Weiterbildungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getroffen.

Fazit

Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten ist gestiegen. Das zeigt, dass das Verfahren effizienter geworden ist, da mehr qualitative Auffälligkeiten hinter den rechnerischen Auffälligkeiten stehen. Auch die Dokumentationsprobleme insgesamt sind rückläufig.

Gleichzeitig gibt es hinsichtlich des Anteils an qualitativ auffälligen Standorten an allen Standorten mit mindestens einem Fall im Indikator nur geringe Unterschiede im Vergleich zum Vorjahr. Die Ergebnisse im QI zur frühen Antibiose (mit einem besseren Ergebnis) und im QI zur Frühmobilisation (mit einem schlechteren Ergebnis) weichen stärker vom Wert des Vorjahres ab. In den übrigen Indikatoren ist die Abweichung minimal.

Im Strukturierten Dialog wurden auch im Jahr 2018 wieder in der Mehrheit der Bundesländer Standorte identifiziert, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu einer deutlichen Optimierung ihrer Prozesse aufgefordert werden mussten.

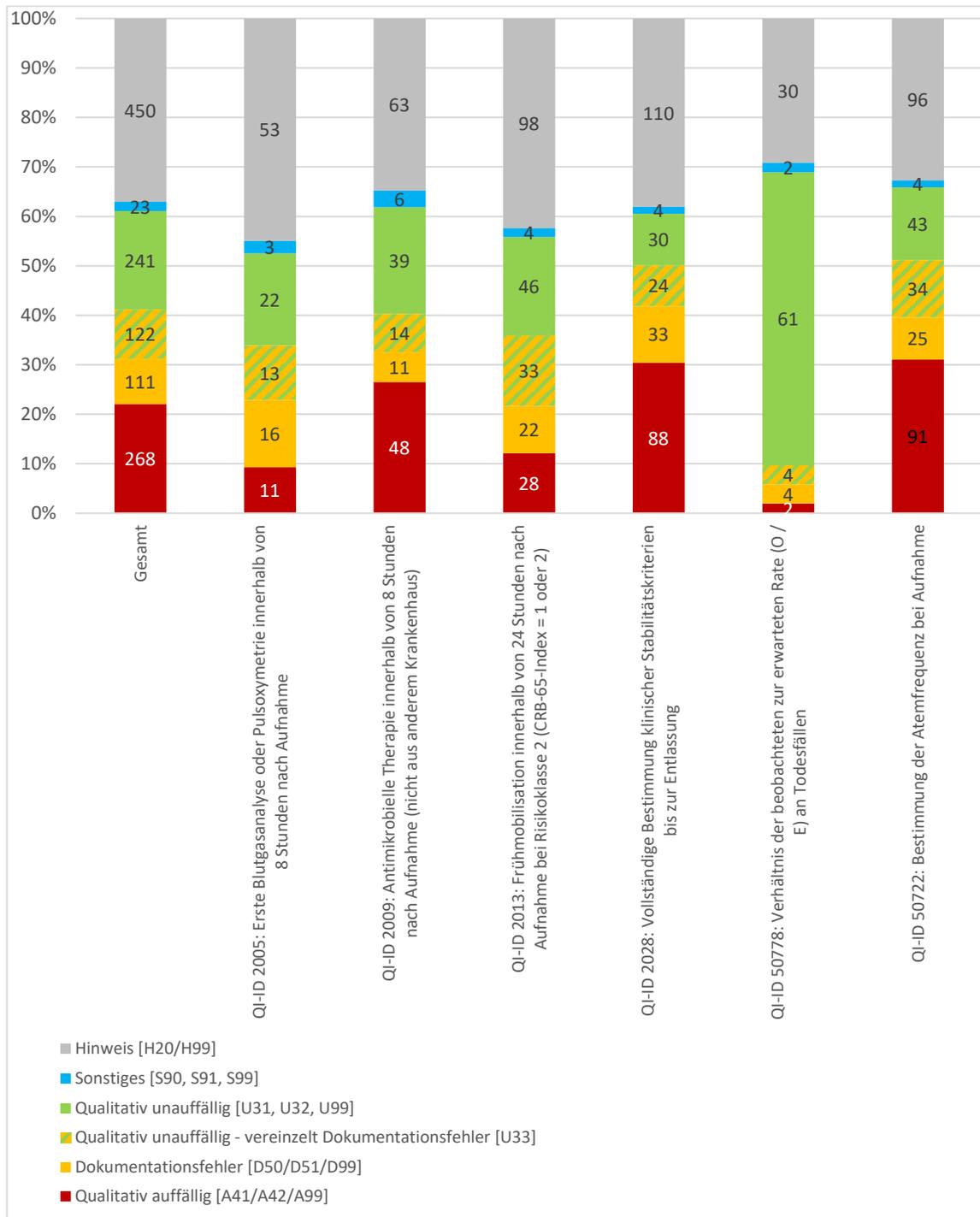


Abbildung 13: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie

5.2.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Florian Rüppel, Alina Wolfschütz, Stefanie Holleck-Weithmann, Laura Köcher

- QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule⁵ Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel*
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation*

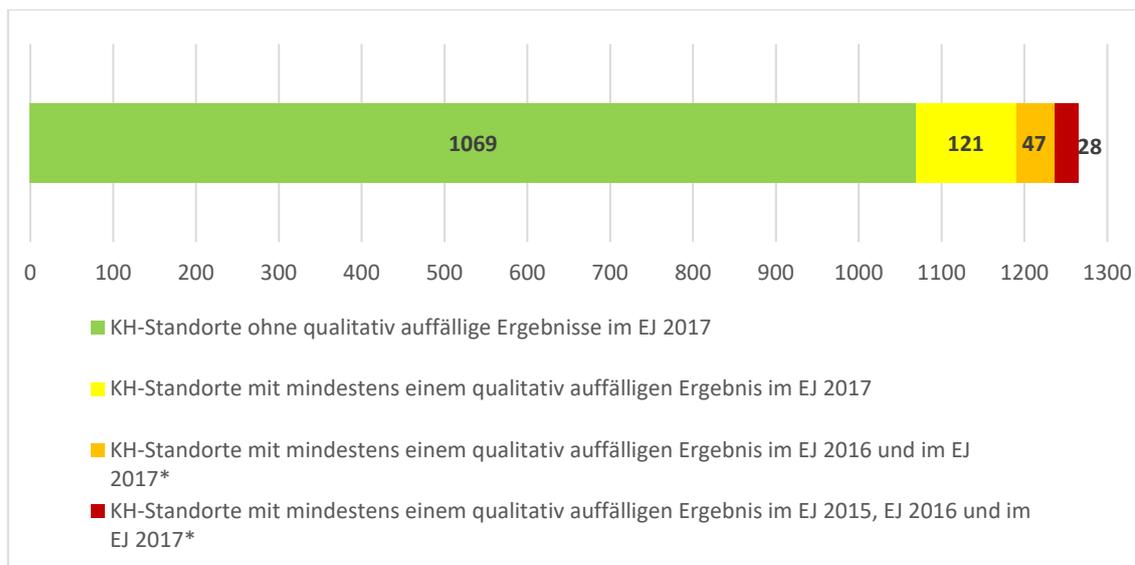


Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.

Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzschrittmacher und Defibrillatoren betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2015, 2016 und 2017 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Von den 1.265 Krankenhausstandorten, in denen im EJ 2017 mindestens ein QS-dokumentationspflichtiger Schrittmacher- oder Defibrillatoreingriff durchgeführt wurde, wurden 196 (15,5 %) in mindestens einem der 35 Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (SD) als qualitativ auffällig bewertet. Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2016) ist der Anteil an qualitativ auffälligen Krankenhausstandorten von 18,0 % auf 15,5 % leicht gesunken. Jedoch wurde eine höhere Anzahl an wiederholt auffälligen Standorten im Vergleich zum Vorjahr ermittelt. Dabei ist besonders erwähnenswert, dass die Anzahl der Krankenhausstandorte mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis in drei aufeinanderfolgenden Jahren von 9 im EJ 2016 auf 28 im EJ 2017 deutlich angestiegen ist.

⁵ Die dokumentierten Fälle werden nach drei Bereichen aufgeteilt ausgewertet. In der Bundesauswertung werden sie getrennt dargestellt. Auf technischer Ebene werden diese Auswertungsmodul in der Qualitätsindikatorendatenbank sowie in der Auswertungsdatenbank einzeln spezifiziert und repräsentiert.

Es ist zu beachten, dass bei 1.120 von 2.512 (44,6 %) rechnerisch auffälligen Ergebnissen lediglich Hinweise durch die LQS versandt wurden, sodass bei einem großen Teil von rechnerisch auffälligen Ergebnissen darauf verzichtet wurde zu analysieren, ob es sich in diesen Fällen um mögliche Qualitätsdefizite der entsprechenden Leistungserbringer handelt. Dieses Vorgehen lässt die QS-Ergebnisse womöglich positiver erscheinen, als die Versorgungsqualität im Bereich der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung ist. Im Vergleich zum Vorjahr wurde jedoch ein geringerer Anteil an Hinweisen versandt (EJ 2016: 51,2 %; EJ 2017: 44,6 %).

Allgemein ist weiterhin ein äußerst heterogenes Vorgehen bei der Durchführung des SD zwischen den Bundesländern zu erkennen. Dies betrifft v. a. die Entscheidung der zuständigen LQS, ob ein Strukturierter Dialog bei rechnerischer Auffälligkeit eingeleitet oder ob lediglich ein Hinweis an den betreffenden Leistungserbringer versendet wird.

Die reduzierte Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* ist vor allem auf den QI „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ (QI-ID 54139) des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Implantationen* zurückzuführen, für den im EJ 2016 498 (45,0 %) und im EJ 2017 263 (23,9 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden. Der hohe Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten im EJ 2016 kam durch viele problematische Indikationsstellungen bei Patientinnen und Patienten mit einem Sinusknotensyndrom zustande; für das EJ 2017 waren diesbezüglich somit deutliche Verbesserungen zu erkennen. Der leichte Anstieg der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte im Bereich der Defibrillatorversorgung ist hauptsächlich auf den neu definierten QI „Leitlinienkonforme Indikation“ (QI-ID 50055) des QS-Verfahrens *Implantierbare Defibrillator – Implantation* zurückzuführen, der die neue ESC-Leitlinie zum Management ventrikulärer Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztodes aus dem Jahr 2015 abbildet und für den im EJ 2017 283 (37,1 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse durch die QS-Dokumentation erfasst wurden. Die genannten QI, zu denen im EJ 2017 auch die meisten Stellungnahmen angefordert wurden, werden im Verlauf des Berichts ausführlicher thematisiert.

Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

Ein Schwerpunkt des SD zum EJ 2017 bildete der QI „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ (QI-ID 54139) im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Implantation*). Im Vorjahr wurde bei diesem QI die höchste Anzahl rechnerisch auffälliger Krankenhausstandorte (498 von 1.920 (25,9 %)) im Bereich der Herzschrittmacherversorgung dokumentiert. Dies war auf eine Änderung der Rechenregel zurückzuführen, durch die die Empfehlungen der Leitlinie bei einem Sinusknotensyndrom als führender Indikation besser abgebildet wurden. Dagegen konnte im EJ 2017 wieder eine Verbesserung der Versorgungslage bezüglich dieses QI beobachtet werden, mit 263 von 1.522 (17,3 %) rechnerisch auffälligen Standorten.

Dem IQTIG wurden in einigen Fällen ausführliche Berichte der LQS in Bezug auf die Dokumentations- und Qualitätsdefizite einzelner Krankenhausstandorte übermittelt. Rechnerisch auffällige Ergebnisse in diesem QI waren bei einem Großteil der auffälligen Krankenhausstandorte auf Dokumentationsprobleme zurückzuführen. Zwei LQS berichteten, dass ein verbleibendes Problem häufig in der fehlenden Dokumentation der zeitlichen Korrelation zwischen Symptomen und

durch EKG nachgewiesener Bradykardie lag. Ein Leistungserbringer wurde aufgrund von Fehlkodierungen auffällig, indem fälschlicherweise in mehreren Fällen „Sonstiges“ als führendes Symptom zur HSM-Implantation dokumentiert wurde, obwohl lediglich ein Fall nicht unter den vorhandenen Schlüsselns abbildbar war.

Neben den beschriebenen Dokumentationsproblemen wurden für 31 Krankenhausstandorte und somit für 2,8 % aller Standorte, die mindestens eine dokumentationspflichtige Herzschrittmacher-Implantation im EJ 2017 durchführten, qualitative Versorgungsdefizite ermittelt. Die LQS eines Bundeslandes schlussfolgerte, dass bei einem Teil der überprüften Leistungserbringer bis jetzt noch keine vollständige Umsetzung der aktuellen ESC-Richtlinie von 2013 erfolgt ist. Für diesen QI wurden insgesamt vier Besprechungen durchgeführt und 19 Zielvereinbarungen zwischen der LQS und den betreffenden Krankenhausstandorten vereinbart.

Sondendislokation oder -dysfunktion

Für den QI „Sondendislokation und -dysfunktion“ (QI-ID 52311) im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (QS-Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation) hatte das IQTIG in Abstimmung mit der Bundesfachgruppe für das EJ 2016 aufgrund der hohen Anzahl rechnerisch und qualitativ auffälliger Ergebnisse einen besonderen Handlungsbedarf festgelegt. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl rechnerisch auffälliger Krankenhausstandorte im EJ 2017 leicht gestiegen (EJ 2016: 197 von 1.108 (17,8 %); EJ 2017: 211 von 1.099 (19,2 %)), jedoch wurde ein geringerer Anteil an allen Leistungserbringern im EJ 2017 als qualitativ auffällig bewertet (EJ 2016: 41 (3,7 %); EJ 2017: 30 (2,7 %)).

Eine LQS leitete kollegiale Gespräche mit drei Krankenhäusern aufgrund wiederholt auffälliger Ergebnisse in diesem QI und in dem QI „Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (QI-ID 52307) ein. Daraufhin wurden Zielvereinbarungen zwischen der Fachkommission, LQS und den Krankenhäusern geschlossen. Die Beschlüsse beinhalteten u. a. die Einführung einer SOP, Fortbildungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, zeitnahe Dokumentation der Messwerte sowie die Überprüfung der Wirksamkeit anhand unterjähriger Auswertungen durch die LQS. Für eines dieser Krankenhäuser wurde entschieden, die kardiologische Abteilung aufgrund einer Kooperation mit einem anderen Haus in Zukunft auszulagern.

Ein weiteres Krankenhaus berichtete auf Grundlage der QS-Ergebnisse für den QI „Sondendislokation oder -dysfunktion“ eine interne Begutachtung der auffälligen Fälle durchgeführt zu haben. Es wurde gemeinsam mit der zuständigen LQS entschieden, dass das Krankenhaus in Zukunft das Angebot von Leistungen im Bereich der Herzschrittmacherversorgung einstellt.

Trotz der Durchführung von Provokationstests, welche postoperativen Sondendislokationen entgegenwirken sollten, zeigte sich in einer Klinik ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Daraufhin prüfte die zuständige LQS den Einsatz von Schraubelektroden bei Herzschrittmacher-Implantation bei diesem Leistungserbringer. Die Fachgruppe schlussfolgerte, dass für diesen Krankenhausstandort kein Versorgungsdefizit vorliegt.

Die zuständigen LQS veranlassten auf Grundlage des QI „Sondendislokation und -dysfunktion“ insgesamt sieben Besprechungen und 18 Zielvereinbarungen als weiterführende Maßnahmen mit den betreffenden Krankenhäusern.

Follow-up-Indikatoren

Seit 2016 werden erstmals Follow-up-Indikatoren im Rahmen des Auswertungsmoduls Herzschrittmacher-Implantation erhoben und ausgewertet. Zu diesen QI wurden im SD des Vorjahres fast ausschließlich Hinweise an rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte versendet, da den LQS zu diesem Zeitpunkt noch keine Informationen zu den Folgeeingriffen vorlagen. Zum im Jahr 2018 durchgeführten Strukturierten Dialog wurden diese Informationen den LQS durch das IQTIG erstmals zur Verfügung gestellt. Diese Neuerung führte zu einem deutlich höheren Anteil an eingeleiteten Strukturierten Dialogen infolge rechnerisch auffälliger Ergebnisse, sodass der Anteil von versendeten Hinweisen an den rechnerischen Auffälligkeiten bei den Follow-up-Indikatoren nur noch bei ca. 11 % bis 25 % liegt. Hierbei ist zu beachten, dass bei den Follow-up-Indikatoren im SD 2018 die Herzschrittmacher-Implantationen aus dem EJ 2016 bewertet wurden (und nicht die Eingriffe aus dem EJ 2017 wie bei den anderen querschnittlich berechneten QI), da nur zu diesen Implantationen Informationen zum vollständigen Follow-up-Zeitraum vorliegen.

In dem QI „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (QI-ID 2194) wurden 26 Leistungserbringer und somit 2,7 % aller betrachteten Standorte als qualitativ auffällig bewertet. Dies entspricht den Ergebnissen des früheren querschnittlich berechneten QI „Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff“ (QI-ID 51988), für den bis zum EJ 2015 relativ viele qualitative Auffälligkeiten festgestellt wurden. Der SD zum entsprechenden Follow-up-QI bestätigt nun, dass diese Qualitätsdefizite teilweise noch bestehen.

Der Follow-up-Indikator „Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen“ (QI-ID 2190) wurde für das EJ 2016 (SD 2018) erstmals als Sentinel-Event-Indikator geführt.

Bei der Indikatorberechnung fiel auf, dass bei ca. drei Viertel der aufgetretenen Sentinel Events eine Survivalzeit von 0 Tagen vorliegt, das heißt, dass für den dokumentierten Implantationseingriff und den dokumentierten Folgeeingriff jeweils dasselbe OP-Datum angegeben wurde. Das Szenario, dass eine vorzeitige Batterieerschöpfung bereits innerhalb von 24 Stunden nach der Implantation auftritt, erscheint wenig wahrscheinlich. Das IQTIG hat die LQS aus diesem Grund gebeten, mögliche fehlerhafte Dokumentationsmuster, die zu einer rechnerischen Auffälligkeit geführt haben, an das IQTIG und die Bundesfachgruppe zurückzumelden. Viele Bundesländer haben sich in den Rückmeldeberichten zum SD eingehend zu diesen Gründen geäußert.

Ein hoher Anteil (43,8 %) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in diesem QI konnte auf Dokumentationsfehler zurückgeführt werden. Die LQS berichteten, dass es sich bei einem Großteil der überprüften rechnerisch auffälligen Leistungserbringer, um Fälle handelte, bei denen eine Aggregatlaufzeit von 0 Tagen berechnet wurde. Der häufigste beschriebene Grund für dieses Dokumentationsmuster bestand darin, dass Aggregatwechsel als Implantationen dokumentiert

wurden. Eine LQS berichtete, dass bei der Mehrheit der analysierten Behandlungsfälle eine tatsächliche Aggregatlaufzeit von über vier Jahren und somit kein qualitatives Versorgungsdefizit vorlag. Im Strukturierten Dialog wurde festgestellt, dass die Krankenhäuser den Aggregatwechsel in zwei Eingriffen vorgenommen hatten. Dabei wurde zunächst der neue Herzschrittmacher auf der kontralateralen Seite implantiert und daraufhin in einem zweiten Eingriff die Explantation des alten Schrittmachers vorgenommen. Eine Fallanalyse ergab, dass es sich in einem Fall um einen Aggregatwechsel bei Batterieerschöpfung mit gleichzeitigem Downgrading des Systems handelte, der als Neuimplantation kodiert wurde und für den nachträglich eine Umkodierung der OP erfolgte. Durch dieses Vorgehen wurde sowohl der Dokumentationsbogen des Moduls *Herzschrittmacher-Implantation* als auch der Bogen des Moduls *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* ausgelöst. Neben Dokumentationsfehlern wurden auch begründete Einzelfälle von den LQS als qualitativ unauffällig bewertet. Nach Abschluss des SD wurde somit lediglich einer von 73 rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten als qualitativ auffällig bewertet. Es wurden keine weiterführenden Maßnahmen auf Grundlage dieses QI durchgeführt.

Ähnliche Dokumentationsmuster führten auch in dem QI „Verhältnis der beobachtetem zur erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (QI-ID 2195) zu rechnerischen Auffälligkeiten. Eine LQS berichtete, dass bei einem Großteil der überprüften Standorte mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen, die Herzschrittmacher-Implantation und Revision am gleichen Tag stattfand. Die Patientinnen und Patienten erschienen bei zeitgerechter Batterieerschöpfung zur Aufrüstung oder aufgrund eines Sondenproblems in der Klinik. Da es sich ausschließlich um schrittmacherabhängige Patientinnen und Patienten handelte, erfolgte zunächst eine Neuimplantation des neuen Herzschrittmachers auf der kontralateralen Seite des alten Aggregats und erst daraufhin wurde die Entfernung des alten Herzschrittmachers vorgenommen. Mit Abschluss des SD wurde lediglich ein Leistungserbringer in diesem QI als qualitativ auffällig bewertet. Der geringe Anteil an qualitativen Auffälligkeiten entspricht den Ergebnissen des früheren querschnittlich berechneten Indikators „Infektion als Indikation zum Folgeeingriff“ (QI-ID 51994).

Auf Grundlage der in den Länderberichten zum SD beschriebenen fehlerhaften Dokumentationsmuster wird das IQTIG überprüfen, ob die Rechenregeln der Indikatoren der betreffenden Follow-up-Indikatoren angepasst werden sollten (z. B. durch den Ausschluss von Fällen mit einer Survivalzeit von 0 Tagen aus der Grundgesamtheit).

Eine LQS kritisierte, dass nicht alle benötigten Informationen zum Folgeeingriff zur Bewertung der Krankenhausstandorte, die den Primäreingriff vorgenommen haben, zur Verfügung gestellt worden seien. Aus diesem Grund wurden alle rechnerisch auffälligen Leistungserbringer in diesem Bundesland mit S99 (Sonstiges) bewertet. Allerdings wurde von der LQS nicht benannt, welche zusätzlichen Informationen konkret für eine adäquate Durchführung des SD benötigt werden.

Leitlinienkonforme Indikation

Die Rechenregeln des Qualitätsindikators „Leitlinienkonforme Indikation“ (QI-ID 50055) aus dem Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* wurden zum EJ 2017 umfassend geändert, sodass diese nun erstmals die 2015 durch die ESC publizierte neue Leitlinie zum Management ventrikulärer Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztodes abbilden. Eine wichtige Änderung gegenüber den vorher gültigen Rechenregeln ist, dass bei primärpräventiven Defibrillator-Implantationen nun eine leitlinienkonforme Indikation erst nach einer mindestens dreimonatigen optimierten medikamentösen Herzinsuffizienztherapie besteht. Zum alten QI „Leitlinienkonforme Indikation“ (QI-ID 50004), der sich noch auf die deutsche Leitlinie von 2006 und die gemeinsame Leitlinie der European Society for Cardiology (ESC) und des American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) ebenfalls von 2006 bezieht, besteht keine Vergleichbarkeit.

Das Bundesergebnis dieses QI für das EJ 2017 lag mit 88,99 % außerhalb des Referenzbereichs von $\geq 90,00$ % und hat sich somit aufgrund der Anpassung der Rechenregeln an die neuen Empfehlungen in der aktuellen ESC-Leitlinie im Vergleich zum Vorjahr und zum früheren QI zur leitlinienkonformen Indikation deutlich verschlechtert (EJ 2016: 94,42 %). Das IQTIG wies in einem Hinweisschreiben an die LQS darauf hin, dass der Titel des Datenfeldes „medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der Diagnosestellung)“ im QS-Dokumentationsbogen möglicherweise missverständlich formuliert wurde, sodass eventuell von einigen Leistungserbringern angegeben wurde, ob eine medikamentöse Herzinsuffizienztherapie zum Zeitpunkt der Diagnosestellung der Herzinsuffizienz, die ggf. deutlich vor der Defibrillator-Implantation gestellt wurde, bestand. Es wurde geschlussfolgert, dass ein solches Dokumentationsmuster eine Erklärung für eine rechnerische Auffälligkeit darstellen könnte. Die LQS sind gebeten worden, dem IQTIG mitzuteilen, inwiefern unauffällige Qualitätsbewertungen auf das missverständlich formulierte Datenfeld zurückzuführen sind.

In vier von acht eingegangenen Länderberichten zum SD zu diesem Indikator wurde die Fehldokumentation in dem Datenfeld „medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der Diagnosestellung)“ als Grund für rechnerisch auffällige Ergebnisse thematisiert. Die LQS leiteten Strukturierte Dialoge mit den betreffenden Krankenhausstandorten ein und konnten daraufhin einen Großteil der rechnerisch auffälligen Fälle auf das missverständlich formulierte Datenfeld zurückführen. Diese Krankenhausstandorte wurden als qualitativ unauffällig eingestuft.

Weitere Fehldokumentationen, die zu einer rechnerischen Auffälligkeit führten, konnten auf das Datenfeld „Herzinsuffizienz“ sowie auf die korrekte Dokumentation einer primärprophylaktischen Versorgung mit einem ICD- bzw. CRT-D-System zurückgeführt werden. Eine LQS entschied, aufgrund erheblicher Fehldokumentationen eines Leistungserbringers, dass dieser im EJ 2019 monatlich Daten und zugehörige Arztbriefe der durchgeführten Defibrillator-Implantationen an die LQS übermitteln muss, um der Arbeitsgruppe eine laufende Mitbeurteilung der leitliniengerechten Indikationsstellung zu ermöglichen. Darüber hinaus werden alle auffälligen Krankenhausstandorte weiterhin unterjährig durch diese LQS beobachtet.

Trotz der Vielzahl von Dokumentationsproblemen wurden 24 Krankenhausstandorte letztlich als qualitativ auffällig bewertet. Als weiterführende Maßnahmen wurden zwei Besprechungen geführt und 30 Zielvereinbarungen geschlossen.

Dosis-Flächen-Produkt

Die zum EJ 2016 eingeführten QI „Dosis-Flächen-Produkt“ im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation; QI-ID 10117) und im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* (QI-ID 10179) stellten einen Schwerpunkt des SD zum EJ 2016 dar.

Im Vergleich zum Vorjahr blieb der Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen in diesem QI sowohl bei Herzschrittmacher- als auch bei Defibrillator-Implantationen gleich. Für das EJ 2017 wurden im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantationen 31 (2,8 %) (EJ 2016: 30 (2,7 %)) qualitativ auffällige Ergebnisse dokumentiert, davon sind acht Krankenhausstandorte wiederholt qualitativ auffällig. Von den 18 (2,4 %) (EJ 2016: 23 (3,0 %)) qualitativ auffälligen Krankenhausstandorten im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren - Implantation* sind drei dieser Standorte bereits wiederholt als qualitativ auffällig bewertet worden.

Zwei LQS gingen in den Länderberichten zum SD auf die Gründe für möglicherweise fehlerhafte Dokumentationen und rechnerisch auffällige Ergebnisse von Krankenhausstandorten ein. Eine LQS berichtete von insgesamt 28 Leistungserbringern, die Dosis-Flächen-Produkte kleiner als $10 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$ für Herzschrittmacher- und Defibrillator-Implantationen dokumentierten. Für zwei Drittel ($n = 19$) der Krankenhäuser wurden Übertragungs- und Dokumentationsfehler festgestellt. Die restlichen neun Kliniken hatten die korrekten Werte dokumentiert und hatten entweder ein sehr geringes oder kein Dosis-Flächen-Produkt, z. B. durch den Einsatz von gepulster Durchleuchtung oder epimyokardialer Schrittmacher. Sieben Krankenhäuser wurden aufgrund von Dosis-Flächen-Produkten größer als $50.000 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$ auffällig. In vier Fällen war dieses Ergebnis auf Dokumentationsfehler zurückzuführen. Drei Leistungserbringer hatten die korrekten Werte dokumentiert bzw. keine ausreichende Begründung geliefert. Die LQS berichteten jedoch, dass die Krankenhäuser bemüht seien, diese Prozesse zu optimieren sowie Fortbildungsmöglichkeiten für ärztliches Personal zu diesem Thema anzubieten. Es wurde geschlussfolgert, dass sich die Dokumentationsqualität im Vergleich zum Vorjahr wesentlich verbessert hat, jedoch führen Fehldokumentationen und Umrechnungsfehler mancher Leistungserbringer immer noch zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen.

In einem Bundesland wurde eine Krankenhaus erneut aufgrund struktureller Probleme mit der ordnungsgemäßen Strahlendokumentation der Prozeduren im Bereich der Herzschrittmacher- und Defibrillatorimplantation auffällig. Die zuständige LQS führte ein kollegiales Gespräch mit der Vertretung des Chefarztes der Klinik, in dem notwendige Verbesserungen der Versorgungsqualität besprochen und deren Umsetzung in der Klinik vereinbart wurden.

Auf Grundlage dieser QI wurden insgesamt zwei Besprechungen und zwölf Zielvereinbarungen in der Herzschrittmacherversorgung und eine Besprechung und sechs Zielvereinbarungen in der Defibrillatorversorgung durchgeführt.

Sterblichkeit im Krankenhaus

Wie bereits in den Vorjahren wurden im EJ 2017 keine Krankenhausstandorte in den Sentinel-Event-Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 51398 und 50031) des Auswertungsmoduls Herzschrittmacher-Aggregatwechsel bzw. des QS-Verfahrens *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* als qualitativ auffällig bewertet. Die Einzelfallanalysen durch die LQS ergaben, dass es sich bei den untersuchten Todesfällen um medizinisch nachvollziehbare Fallkonstruktionen handelte, die in keinem kausalen Zusammenhang mit den durchgeführten Eingriffen standen. Da in diesem Bereich keine qualitativen Versorgungsdefizite in den letzten Jahren festgestellt wurden, werden diese Qualitätsindikatoren ab der Qualitätsindikatorendatenbank (QIDB) 2018 nicht mehr berechnet.

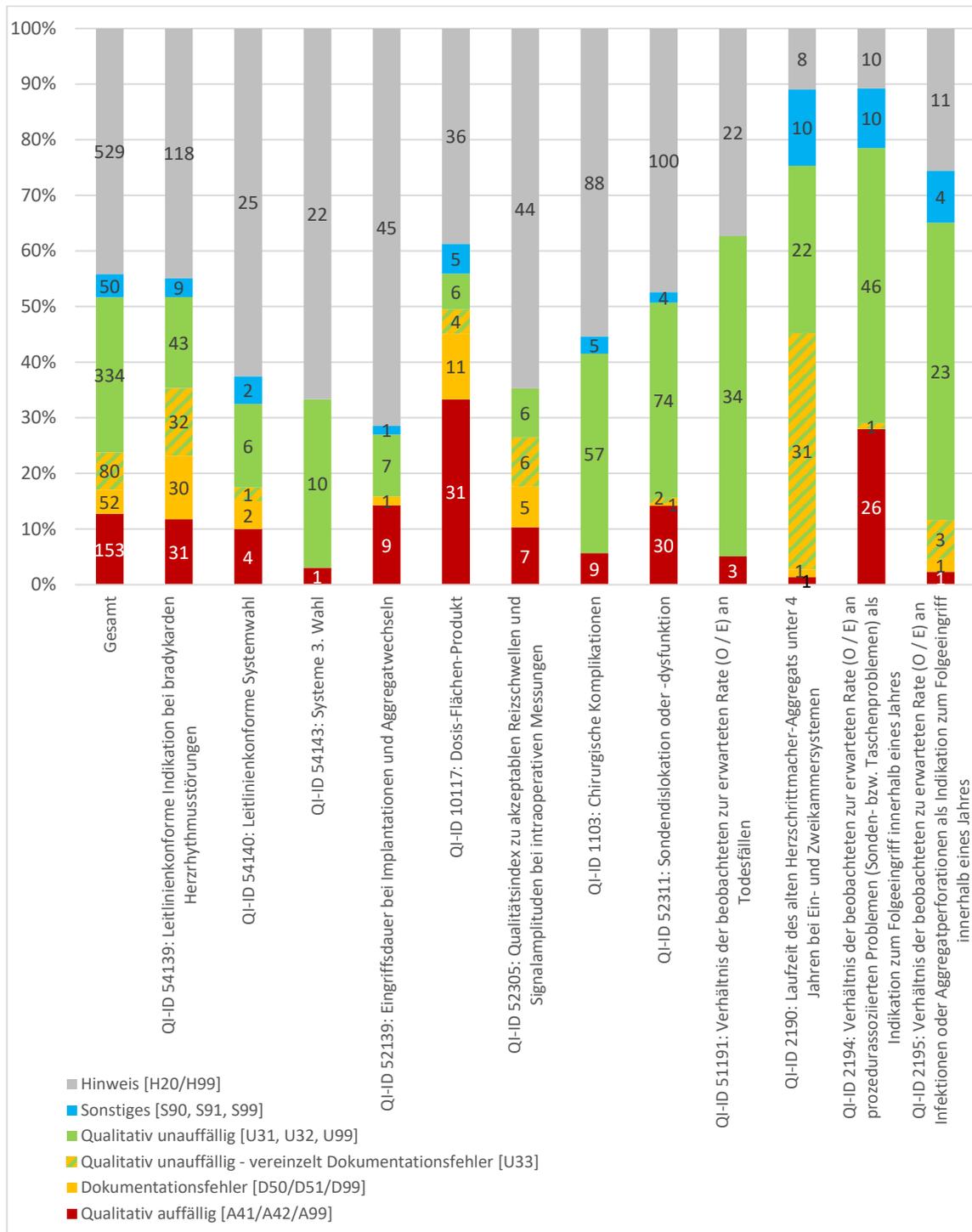


Abbildung 15: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation)

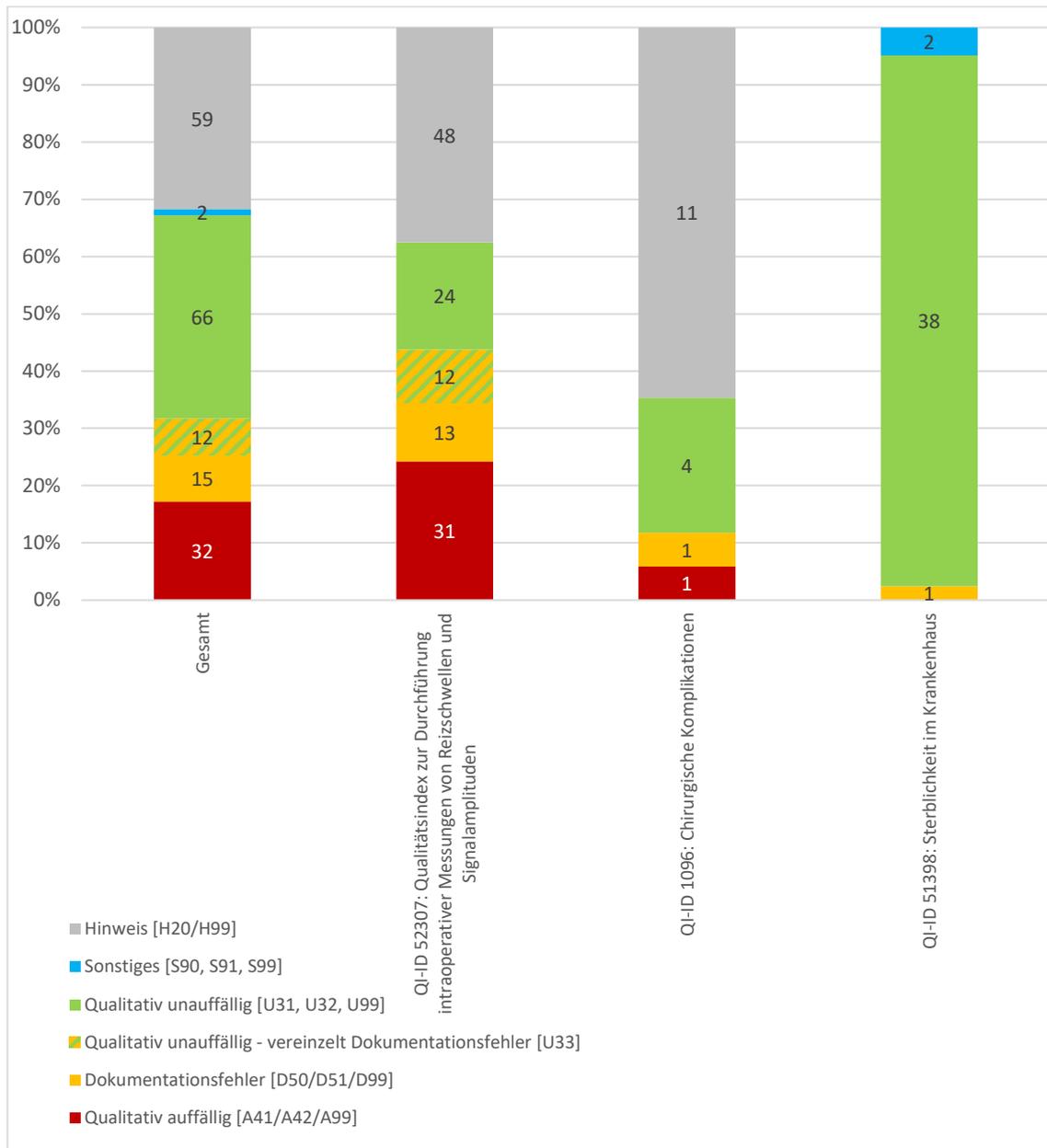


Abbildung 16: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel)

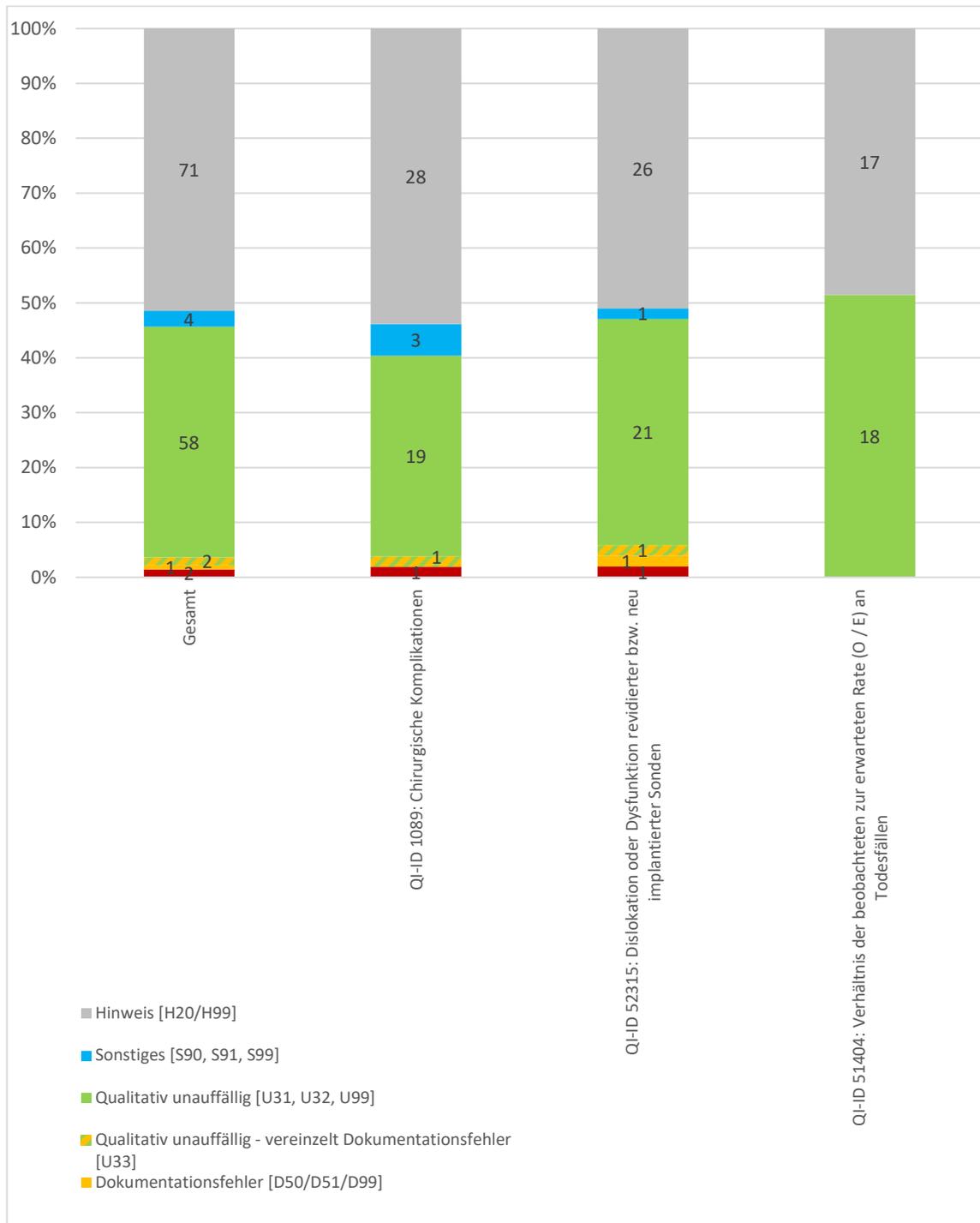


Abbildung 17: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/ Systemwechsel/ Explantation)

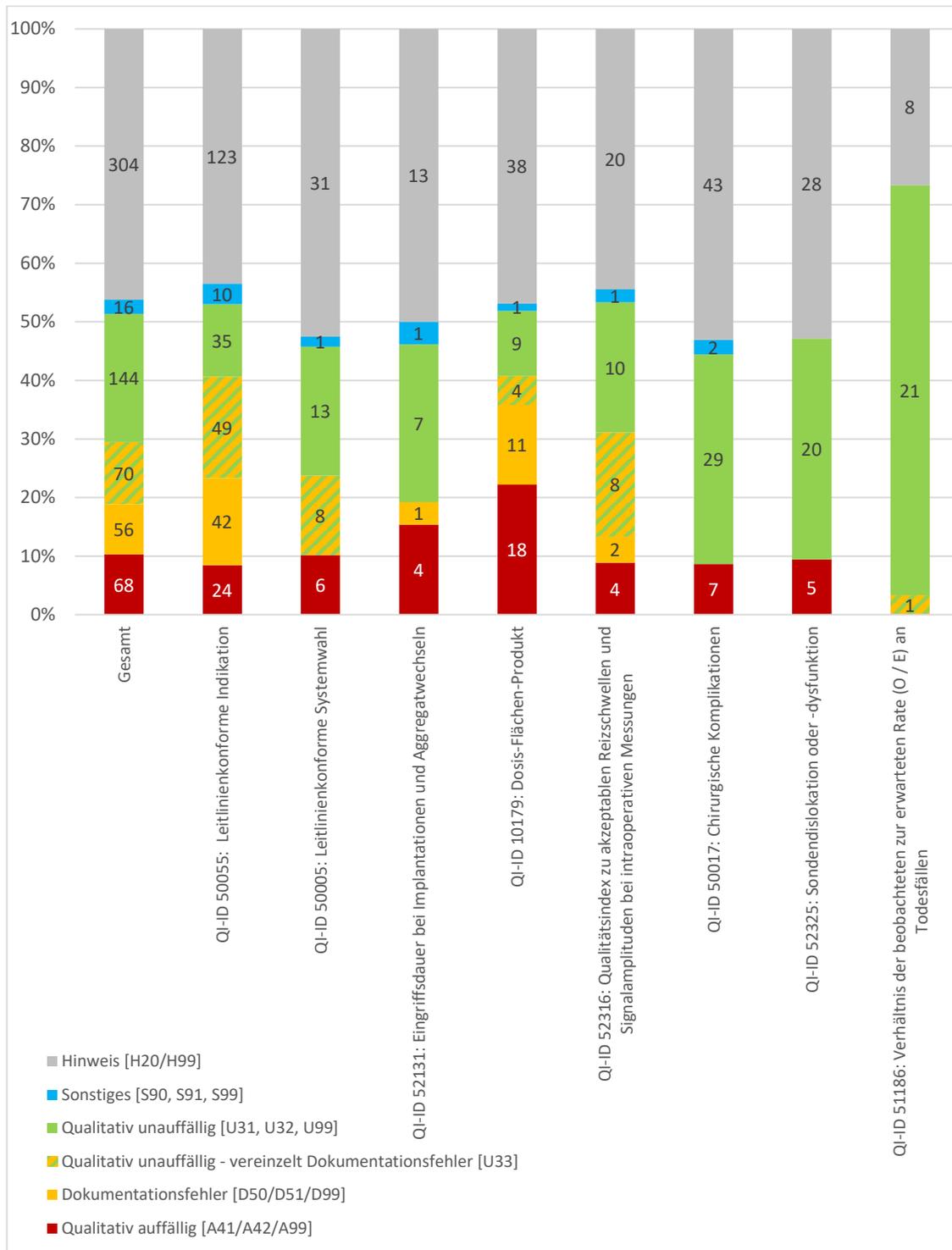


Abbildung 18: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

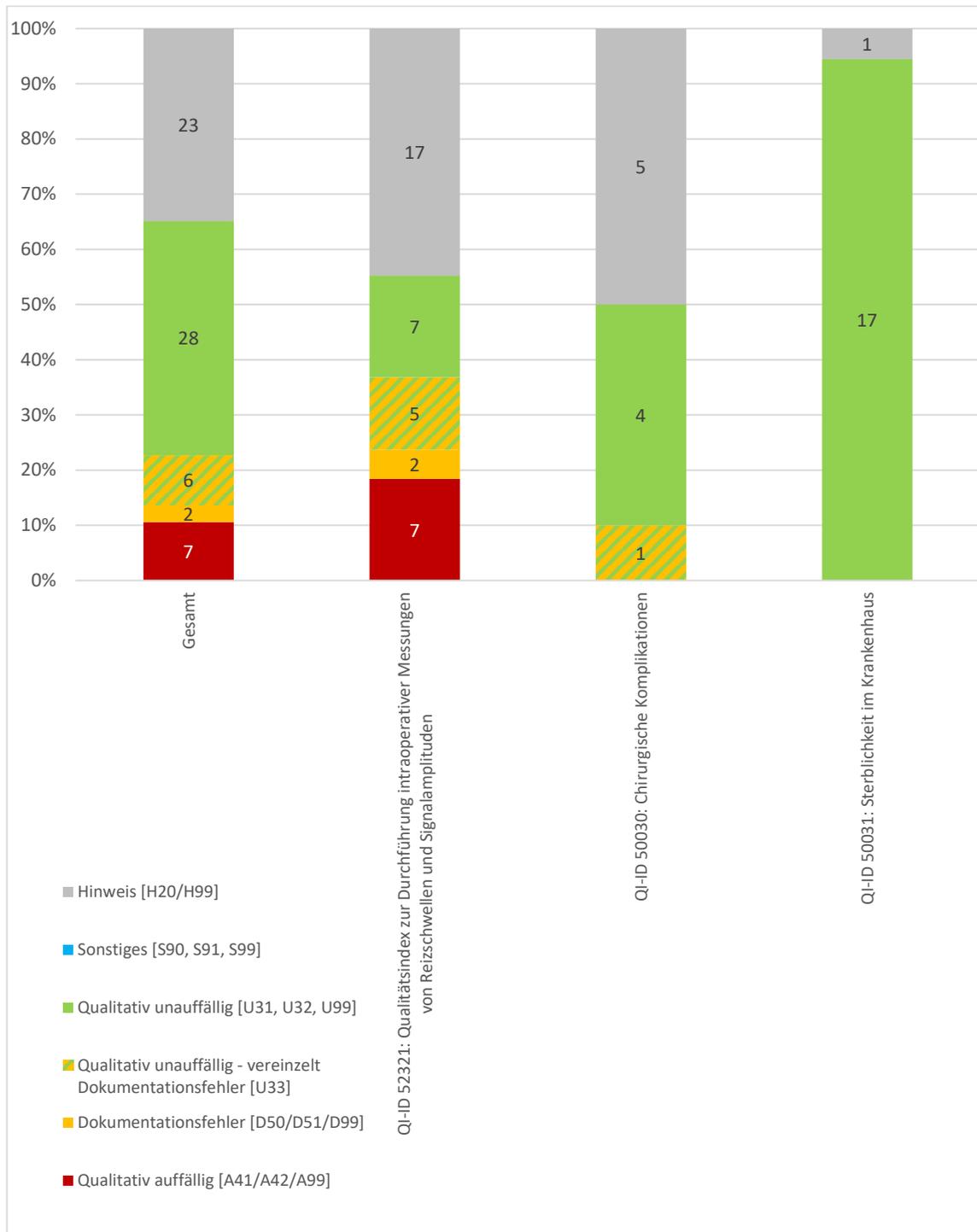


Abbildung 19: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

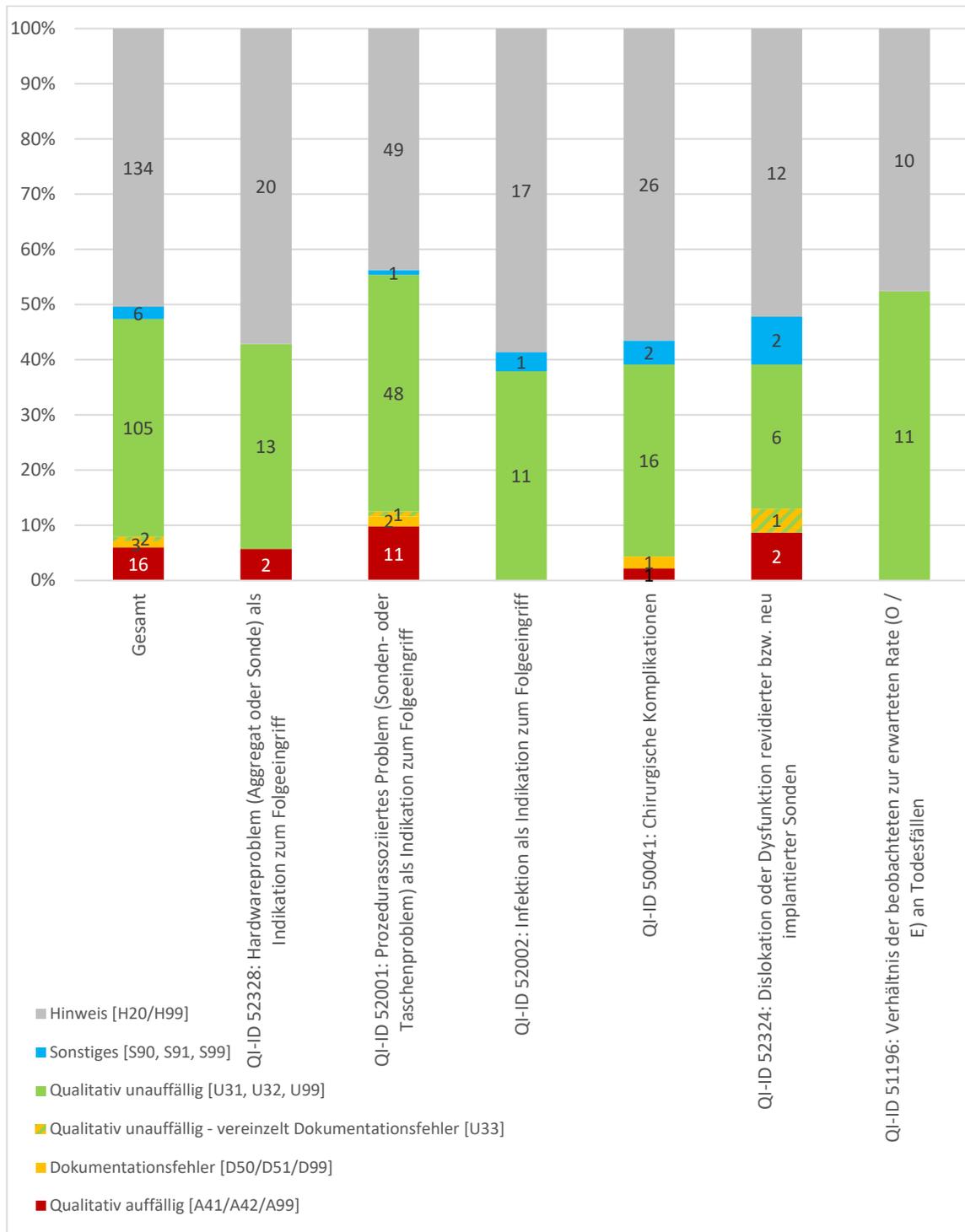


Abbildung 20: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

5.2.4 Herzchirurgie

Dr. Daniela Blaßfeld, Martina Dost

- QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert*
- QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert*
- QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*

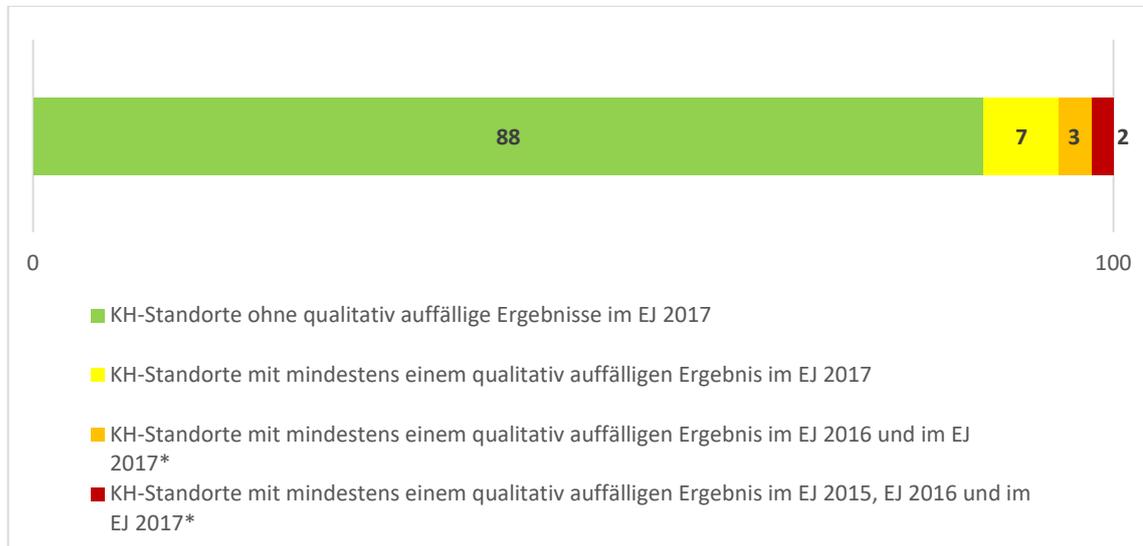


Abbildung 21: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.

Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzchirurgie betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2015, 2016 und 2017 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Rahmen der statistischen Auswertung aller gelieferten herzmedizinischen Datensätze wurden insgesamt 1.299 Qualitätsindikatorergebnisse berechnet. Als Resultat zeigten sich 86 (6,6 %) rechnerische Abweichungen vom jeweiligen Referenzbereich (bzw. Indexereignisse bei Sentinel-Event-Indikatoren), die – im Sinne eines Aufgreifkriteriums für potentielle Qualitätsdefizite – zum Strukturierten Dialog mit 46 von 100 (also 46,0 %) Krankenhausstandorten führten. Im Vorjahr betrug diese Rate noch 48,5 % (50 von 103 Standorten).

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs konnten alle rechnerischen Auffälligkeiten qualitativ bewertet werden im Sinne eines Defizitnachweises (positiv, qualitativ auffällig) oder eines Verdachtsdementis (negativ, qualitativ unauffällig).

Die Notwendigkeit kollegialer Gespräche wurde im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2017 nicht gesehen. Mit den Verantwortlichen von drei Krankenhausstandorten wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen und erforderliche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung festgehalten. Die in den Zielvereinbarungen festgelegten Maßnahmen wurden fristgerecht umgesetzt.

Begehungen waren in den herzmedizinischen QS-Verfahren im Jahr 2018 bei keinem der beteiligten Leistungserbringer erforderlich, um die Qualität abschließend beurteilen zu können.

In insgesamt 6 Fällen wurden Krankenhausstandorte im Ergebnis der Betrachtung der Auffälligkeitskriterien als rechnerisch auffällig eingestuft und mit der Bewertung „Dokumentationsfehler“ versehen. Hier wurden keine zusätzlichen Stellungnahmen angefordert, also keine Maßnahmen ergriffen.

Abbildung 21 stellt die longitudinale Betrachtung der Krankenhausstandortergebnisse entlang der Zeitachse über drei Erfassungsjahre dar. Bei den 12 Krankenhausstandorten die gelb, orange und rot dargestellt sind, hat die Überprüfung mindestens eines rechnerisch auffälligen Ergebnisses im Strukturierten Dialog mindestens ein Qualitätsdefizit ergeben.

Koronarchirurgie, isoliert

Im QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert* gab es 24 rechnerisch auffällige Ergebnisse, zu denen ein Strukturierter Dialog geführt wurde. Die Krankenhausstandorte konnten in 75 % der Fälle entlastende Gründe liefern, die den Verdacht qualitativer Defizite entkräften konnten. Die Bewertung A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ wurde bei 3 Krankenhausstandorten vergeben, 3 weitere Standorte erhielten die Bewertung A42 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“. Die Notwendigkeit zu einem kollegialen Gespräch oder zu einer Begehung wurde nicht gesehen. Mit den Verantwortlichen eines Krankenhausstandorts wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen, in der einzuleitende Verbesserungsmaßnahmen festgehalten wurden. Diese hat das Krankenhaus fristgerecht inhaltlich und formal eingehalten. Bei den übrigen Krankenhäusern wurden die bereits eingeleiteten Maßnahmen als zielführend eingeschätzt. Die weitere Ergebnisentwicklung wird beobachtet.

Einer der o. g. Krankenhausstandorte wurde wiederholt qualitativ auffällig bewertet. Mit Vertretern dieses Krankenhauses wurde im Vorjahr ein kollegiales Gespräch geführt. Alle in der im Anschluss abgeschlossenen Zielvereinbarung bestimmten Maßnahmen wurden umgesetzt. Die Bundesfachgruppe erwartet, dass sich mit dem Wirken dieser Maßnahmen die Ergebnisse weiter positiv entwickeln und im Folgejahr wieder im Referenzbereich liegen werden.

Die Qualitätsindikatoren zu „Neurologischen Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation“, die analog in allen herzchirurgischen QS-Verfahren bestehen, wurden für das Erfassungsjahr 2017 methodisch überarbeitet. Es werden nur noch Patientinnen und Patienten mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung betrachtet. Ein Vergleich mit den Vorjahresergebnissen kann in diesen Indikatoren nicht vorgenommen werden.

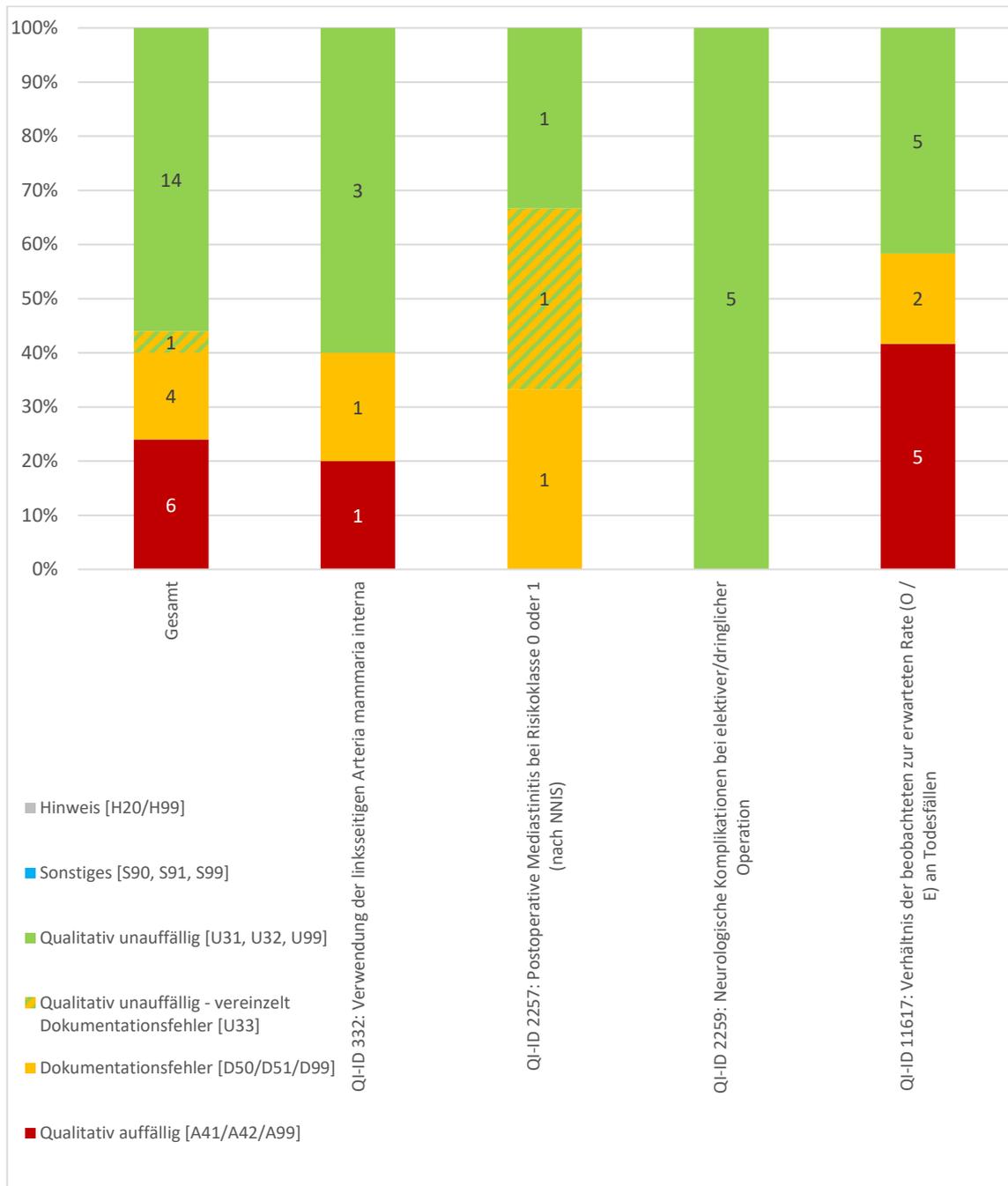


Abbildung 22: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarchirurgie, isoliert

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Im QS-Verfahren Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell chirurgisch sind 19 rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgetreten, bei insgesamt drei Krankenhausstandorten wurden Qualitätsdefizite festgestellt. Wiederholte qualitative Auffälligkeiten traten nicht auf. Über einen Krankenhausstandort wurde bereits in Abschnitt „Koronarchirurgie, isoliert“ berichtet. Die abgeschlossene Zielvereinbarung betrifft auch dieses QS-Verfahren. In den Stellungnahmen der beiden weiteren auffälligen Standorte wurden mögliche Mängel sowie konsekutive Maßnahmen

zur Verbesserung der Qualität bereits umfassend und glaubwürdig dargestellt, sodass auf weitere Maßnahmen verzichtet wurde. Auf Empfehlung der Bundesfachgruppe wird die Betrachtung der Ergebnisse der Auswertung des Erfassungsjahres 2018 abgewartet.

Hinsichtlich des Qualitätsindikators „Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation“ kann, wie bereits erläutert, kein Vergleich zu den Vorjahren vorgenommen werden.

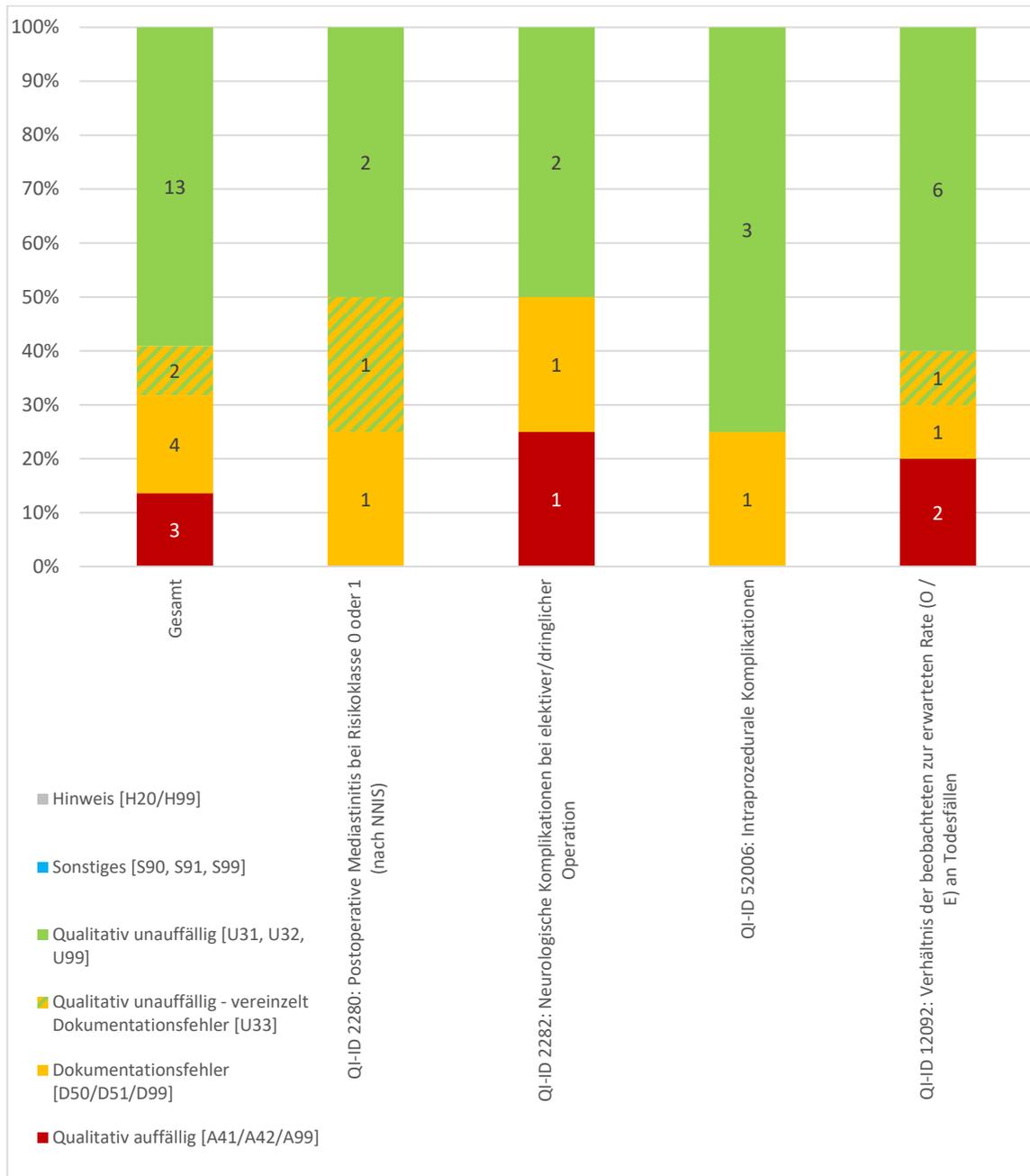


Abbildung 23: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Im QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert* (kathetergestützt) hat sich im Erfassungsjahr 2017 eine Besonderheit ergeben, die die Ergebnisbewertung im Indikator „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ beeinflusst hat: Mit Inkrafttreten der neuen europäischen Leitlinie zum Management von Herzklappenerkrankungen sind die Vorgaben/Voraussetzungen zur Indikationsstellung zum kathetergestützten Aortenklappenersatz (TAVI) erweitert worden, sodass TAVIs nicht mehr nur bei inoperablen oder multimorbiden Patientinnen und Patienten mit einer Aortenklappenstenose indiziert sind (vgl. Baumgartner et al. 2017). Zum Erfassungsjahr 2017 wurde für diesen Indikator auf einen Referenzbereich verzichtet.

Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse hat sich entsprechend deutlich von 39 im Erfassungsjahr 2016 auf 19 im Berichtsjahr reduziert. 4 Indikatorergebnisse an drei Krankenhausstandorten wurden als qualitativ auffällig bewertet.

Mit den Verantwortlichen von zwei Krankenhausstandorten wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen, in der einzuleitende Verbesserungsmaßnahmen festgehalten wurden. Diese haben die Krankenhäuser fristgerecht inhaltlich und formal eingehalten. Bei dem dritten Krankenhaus wurden die bereits eingeleiteten Maßnahmen als zielführend eingeschätzt. Unter anderem lagen ausführliche Protokolle der durchgeführten M+M-Konferenzen vor, wo jeweils Verbesserungsmaßnahmen festgehalten wurden. Die weitere Ergebnisentwicklung wird beobachtet.

Hinsichtlich des Qualitätsindikators „Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation“ kann, wie bereits erläutert, kein Vergleich zu den Vorjahren vorgenommen werden.

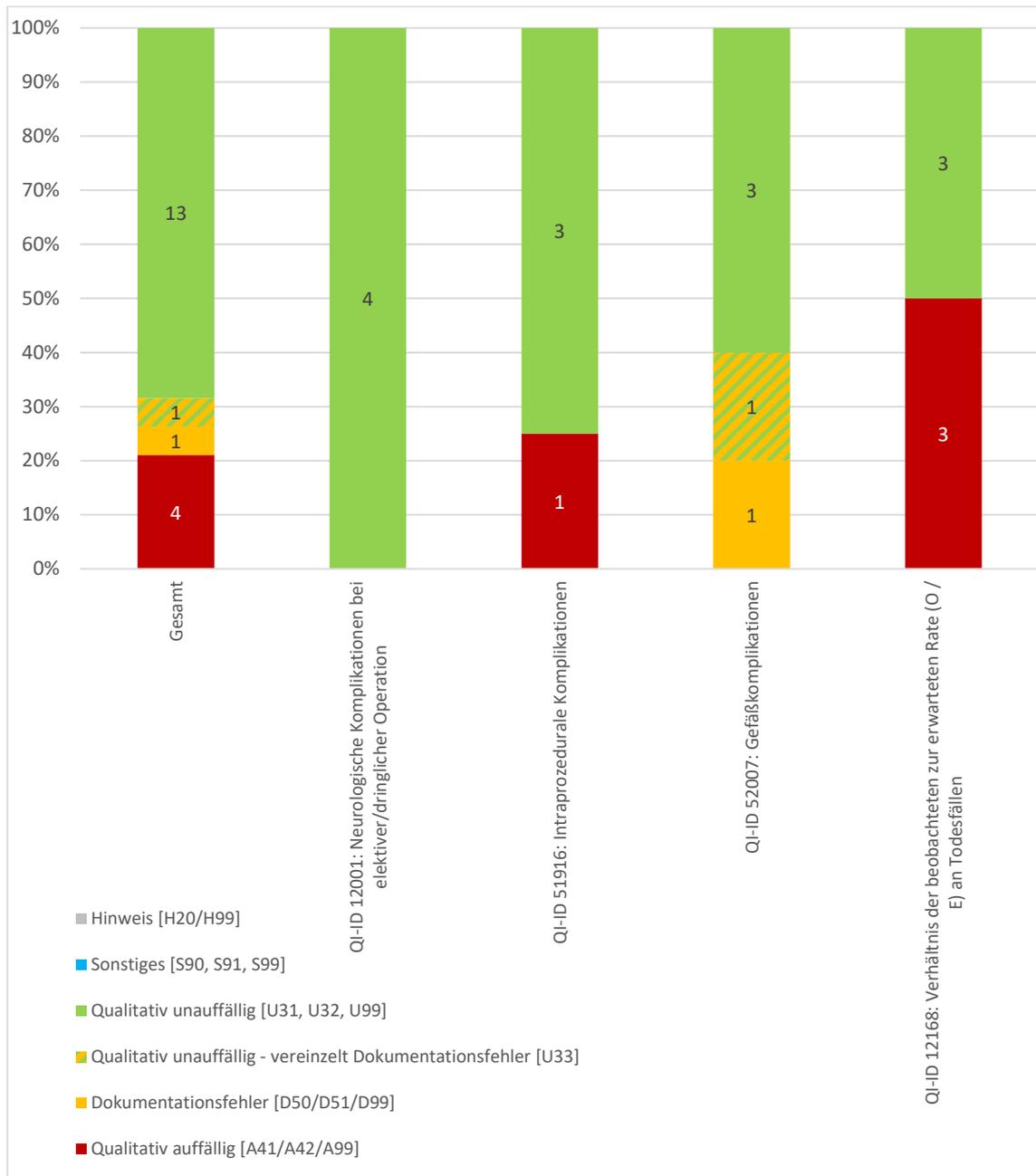


Abbildung 24: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* wurden nach 18 rechnerisch auffälligen Ergebnissen insgesamt 3 Krankenhausstandorte mit Qualitätsdefiziten identifiziert. Im Vorjahr war keines dieser Krankenhäuser qualitativ auffällig.

Bei diesen Standorten handelte es sich um erstmalige Abweichungen vom Referenzbereich, die bei geringen Fallzahlen für das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs verantwortlich waren. Die eingesandten Stellungnahmen haben die Ursachen und Verbesserungsmaßnahmen aus Sicht der Bundesfachgruppe ausreichend reflektiert, sodass neben der qualitativ auffälligen Bewertung zunächst auf den Abschluss von Zielvereinbarungen verzichtet wurde.

Hinsichtlich des Qualitätsindikators „Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation“ kann, wie bereits erläutert, kein Vergleich zu den Vorjahren vorgenommen werden.

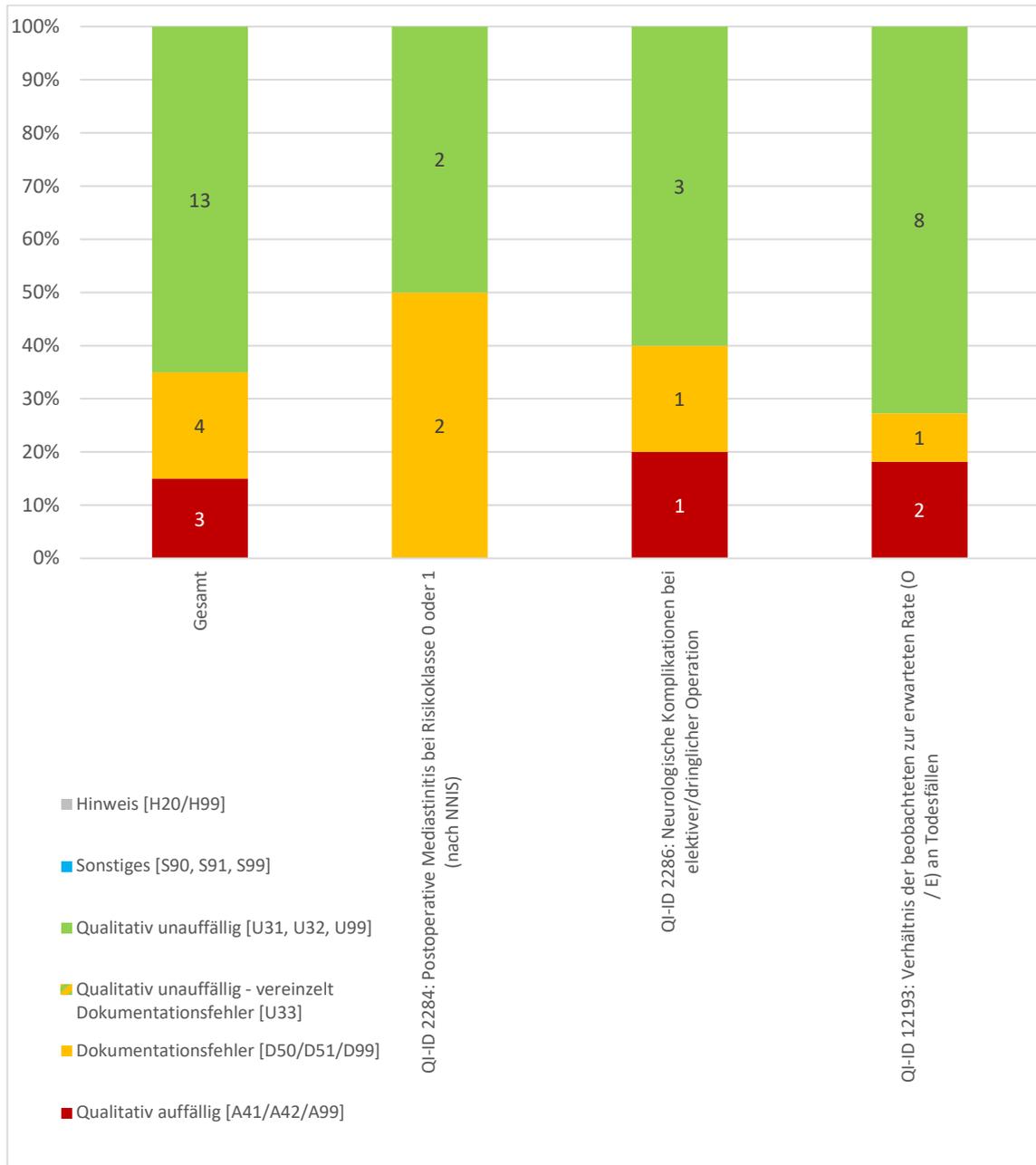


Abbildung 25: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

5.2.5 Transplantationsmedizin

Nadja Komm, Kathrin Rickert, Theresia Höhne, Alexander Werwath

- QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme
- QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation
- QS-Verfahren Lebertransplantation
- QS-Verfahren Leberlebendspende
- QS-Verfahren Nierentransplantation
- QS-Verfahren Nierenlebendspende
- QS-Verfahren Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

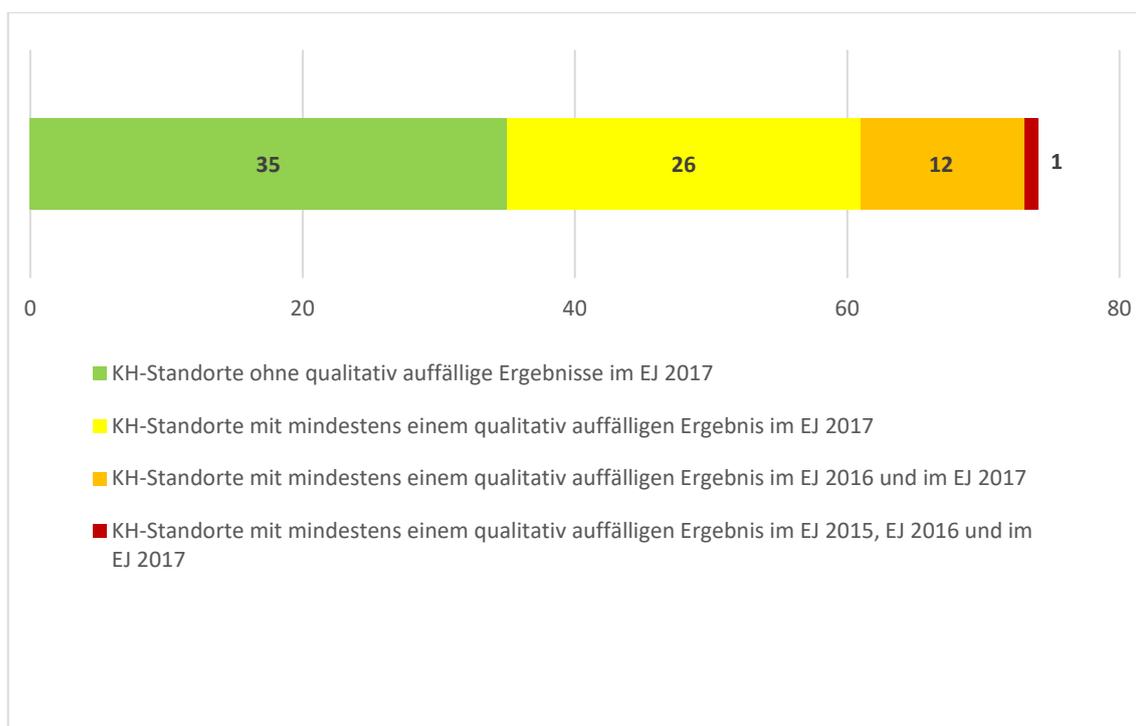


Abbildung 26: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.

Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Transplantationsmedizin betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2015, 2016 und 2017 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Erfassungsjahr 2017 waren im Bereich der Transplantationsmedizin 74 entlassende Krankenhausstandorte verpflichtet, Daten für die externe Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V an das IQTIG zu übermitteln. Je nach QS-Verfahren betraf diese Dokumentationspflicht zwischen 13 (Leberlebendspende) und 58 Standorte (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen).

Über alle QS-Verfahren und entlassenden Krankenhausstandorte der Transplantationsmedizin

hinweg wurden für das Erfassungsjahr 2017 2.177 Ergebnisse⁶ zu Qualitätsindikatoren berechnet, von denen 304 Ergebnisse (14,0 %) rechnerisch auffällig waren. Für diese wurden zu Beginn des Strukturierten Dialoges Stellungnahmen angefordert.

Insgesamt hat die Qualität der Stellungnahmen trotz dezidiertem Anforderungen sowohl in formaler Hinsicht als auch bezüglich der spezifisch-fachlichen Genauigkeit stark zwischen den einzelnen Krankenhausstandorten und Fachabteilungen variiert. Bei unzureichender fachlicher Plausibilität der Stellungnahmen erfolgte eine Bewertung mit „A42 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“. Darüber hinaus wurde der Datenschutz nicht in jeder Stellungnahme ausreichend eingehalten. Diese Stellungnahmen konnten dementsprechend nicht berücksichtigt werden und führten in dem jeweiligen Qualitätsindikator aufgrund unzureichend erklärender Gründe für die rechnerische Auffälligkeit zu einer qualitativ auffälligen Bewertung.

Mit dem Erfassungsjahr 2017 wurde eine Änderung der Auswertung der Qualitätsindikatoren mit Follow-up der Transplantatfunktion in den QS-Verfahren der Transplantationsmedizin umgesetzt. Für die Erhebung der Follow-up-Informationen galt bisher der empfohlene Zeitraum „30 Tage vor bis 60 Tage nach dem Operationsdatum plus 1, 2 bzw. 3 Jahre“. Für die Berechnung der Qualitätsindikatoren hatte dies bisher allerdings keine Bedeutung. Seit dem Erfassungsjahr 2017 werden für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zur Transplantatfunktion 1, 2 und 3 Jahre nach der Transplantation allerdings nur noch die Datensätze berücksichtigt, bei denen das definierte Zeitfenster zur Erhebung der Informationen eingehalten wurde. Für das 1-Jahres-Follow-up gilt der Zeitraum „30 Tage vor bis 60 Tage nach dem Operationsdatum plus 1 Jahr“, für das 2- und 3-Jahres-Follow-up hingegen wurde der zulässige Dokumentationszeitraum – durch den für die Transplantationszentren hohen Aufwand der rechtzeitigen Erhebung der Follow-up-Informationen – auf „30 Tage vor bis 90 Tage nach dem Operationsdatum plus 2 bzw. 3 Jahre“ festgelegt. Hintergrund der Änderung der Indikatorberechnung war es, eine valide Vergleichbarkeit der Transplantationszentren hinsichtlich der nachhaltigen Behandlungsqualität zu ermöglichen.

Für die Follow-up-Indikatoren zum Überleben, einer ggf. erforderlichen Transplantation bei einer Lebendspenderin / einem Lebendspender sowie zum Transplantatversagen gilt diese Einschränkung in der Berechnung der Qualitätsindikatorergebnisse nicht, da bei diesen Qualitätsindikatoren keine temporäre Abweichung von den Parametern wie Tod oder Transplantatversagen generiert werden kann.

Da die eingereichten Stellungnahmen für eine abschließende Bewertung der Versorgungsqualität nicht in jedem Fall ausreichten, wurden als weiterführende Maßnahmen mit 3 Krankenhausstandorten zu insgesamt 11 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen kollegiale Gespräche geführt (EJ 2016: kollegiale Gespräche mit 4 Krankenhausstandorten zu insgesamt 15

⁶ Die errechneten 2.177 Ergebnisse entsprechen nicht der Patientenfallzahl; vielmehr handelt es sich um die Anzahl der in der transplantationsmedizinischen externen Qualitätssicherung eingesetzten Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich multipliziert mit der Anzahl an Krankenhausstandorten mit behandelten Patientenfällen in der Grundgesamtheit der jeweiligen Qualitätsindikatoren.

rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen). Bei keinem Standort musste eine Begehung als weiterführende Maßnahme durchgeführt werden (EJ 2016: Begehungen bei 3 Krankenhausstandorten aufgrund von 14 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen).

Für 119 aller rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnisse (39,1 % aller Qualitätsindikatorergebnisse), die sich auf 39 Krankenhausstandorte verteilen, wurde zum Stichtag 31. Oktober 2018 die Bewertung „qualitativ auffällig“ vorgenommen. Mit 2 Krankenhausstandorten, die letztlich als qualitativ auffällig in insgesamt 4 Qualitätsindikatoren bewertet wurden, wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Für 73 Qualitätsindikatorergebnisse (24,0 % aller Qualitätsindikatorergebnisse) wurde eine Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten mit „qualitativ unauffällig“ vorgenommen, da es sich um Einzelfälle oder vereinzelte Dokumentationsprobleme handelte bzw. dem Krankenhaus ein Hinweis zu Verbesserungsmöglichkeiten gegeben wurde.

Mit „Sonstiges“ (S99) wurden 110 Qualitätsindikatorergebnisse (36,2 % aller Qualitätsindikatorergebnisse) bewertet. Dies ist in vielen Fällen dadurch begründet, dass rechnerisch auffällige Ergebnisse in Follow-up-Indikatoren bereits im Strukturieren Dialog des Vorjahres bzw. der Vorjahre evaluiert wurden, sodass eine erneute Bewertung nicht sachgerecht gewesen wäre. Wenn allerdings im Vergleich zum Vorjahr bzw. den Vorjahren Fälle hinzukamen, wurde eine erneute Evaluation aller Fälle vorgenommen, um keine durch die zusätzlichen Informationen sichtbar gewordenen Ursachen möglicher qualitativer Mängel zu übersehen.

Bei lediglich 2 Qualitätsindikatorergebnissen (0,7 % aller Qualitätsindikatorergebnisse) wurde eine „unvollständige oder falsche Dokumentation“ (D50) als Ursache der rechnerischen Auffälligkeit festgestellt. Im Vorjahr lag der Anteil noch bei 16,1 % aller Qualitätsindikatorergebnisse.

Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme sowie Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Herztransplantation

Im Auswertungsmodul Herztransplantation zeigten sich für insgesamt 49 Qualitätsindikatorergebnisse rechnerische Auffälligkeiten, für die zu Beginn des Strukturierten Dialogs eine Stellungnahme angefordert wurde.

6 Qualitätsindikatorergebnisse in 5 Krankenhausstandorten wurden nach Durchsicht und Diskussion der Stellungnahmen mit der Bundesfachgruppe als qualitativ auffällig bewertet. Während in einem Krankenhausstandort für den Qualitätsindikator „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (QI-ID 12269) Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen wurden, da das Risikoprofil einiger Empfänger als zu hoch hinsichtlich der Erfolgsaussicht eingeschätzt wurde, konnten bei 2 Krankenhausstandorten für 3 Qualitätsindikatorergebnisse zum „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (QI-ID 12253) bzw. „1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)“ (QI-ID 51629) keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt werden, die sich auf den fehlenden Datenschutz bzw. eine selbstkritische und klinische Aufarbeitung der Fälle beziehen. Weiterhin wurde

in den Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 2157) sowie „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (QI-ID 12253) in jeweils einem Krankenhausstandort nach einer erforderlichen Präzisierung die Bewertung „A99“ mit einem Hinweis vergeben.

36 Qualitätsindikatorergebnisse zum 1-, 2- und 3-Jahres-Überleben in 15 Krankenhausstandorten wurden mit „Sonstiges“ (S99) bewertet, da in den überwiegenden Fällen (28) die rechnerischen Auffälligkeiten in anderen Qualitätsindikatoren dieses oder der Vorjahre evaluiert wurden. In 2 Krankenhausstandorten wurde das Transplantationsprogramm bereits in den vergangenen Jahren eingestellt. Von einer Diskussion der 8 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnisse wurde vor dem Hintergrund, dass der überwiegende und für die rechnerische Auffälligkeit ausschlaggebende Teil der Ergebnisse in den Vorjahren evaluiert wurde, abgesehen.

Ein Krankenhausstandort, mit dem eine Zielvereinbarung hinsichtlich der Senkung der „Sterblichkeit im Krankenhaus“ für das Erfassungsjahr 2018 besteht, konnte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine Sterblichkeitsreduktion erreichen und ist in diesem Qualitätsindikator nicht rechnerisch auffällig geworden, da keine Patientin und kein Patient im Krankenhaus verstarben.

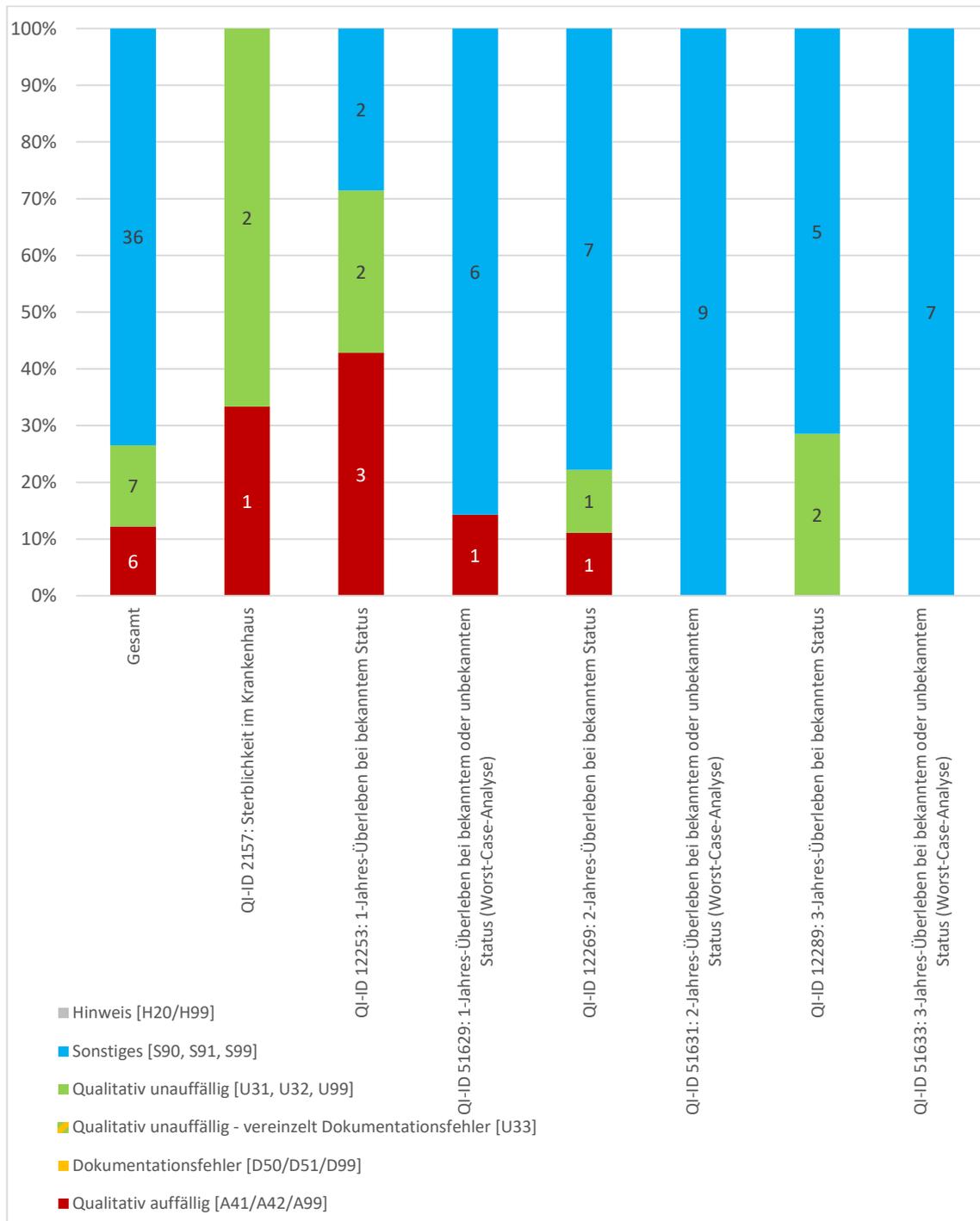


Abbildung 27: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (Auswertungsmodul Herztransplantation).

(Die hohe Rate „Sonstiges“ geht in erster Linie auf die Tatsache zurück, dass die Follow-up-Indikatoren, deren Fälle bereits vollständig im Strukturierten Dialog des Vorjahres geprüft wurden, im aktuellen Strukturierten Dialog nicht erneut diskutiert werden mussten.)

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Im Erfassungsjahr 2017 waren im Vergleich zum Erfassungsjahr 2016 mit 51 Krankenhausstandorten nun 56 zur Datenlieferung im Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen verpflichtet. Insgesamt zeigten sich 49 rechnerisch auffällige Qualitätsindikatorergebnisse. Mit 25 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen zeigten sich im Erfassungsjahr 2017 wie bereits im Vorjahr mehr als die Hälfte der Auffälligkeiten im Qualitätsindikator „Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ (QI-ID 52381).

Als qualitativ auffällig wurden in diesem Qualitätsindikator 6 Krankenhausstandorte bewertet. Hierbei konnten in 5 Fällen keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt werden bzw. ergaben die Stellungnahmen keine ausreichende fachliche Plausibilität, sodass sie mit A42 bewertet wurden. In einem weiteren Krankenhausstandort gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, weshalb eine Bewertung mit A41 erfolgte. Dies zeigte sich u. a. in der scheinbar unzureichenden interdisziplinären Zusammenarbeit.

In 3 Krankenhausstandorten besteht ein ungelöstes Kodierproblem hinsichtlich der Fehlkodierung von ECLS/ECMO-Systemen, sodass eine Bewertung mit „S99 – Sonstiges“ vorgenommen wurde.

13 Krankenhausstandorte wurden im Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines LVAD“ (QI-ID 52382) rechnerisch auffällig, wobei in 12 dieser Fälle auch eine qualitative Auffälligkeit festgestellt wurde. Hierbei konnten in der Hälfte der Fälle keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt werden. 4 Krankenhausstandorte wurden mit „A99 – Sonstiges“ bewertet, wenngleich in 2 Fällen, in denen die Prozess- und Indikationsqualität als kritisch eingeschätzt wurde, bereits Maßnahmen seitens des Krankenhauses abgeleitet wurden. In den 2 weiteren Krankenhausstandorten wurde ein Hinweis zu Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich einer kritischen Überprüfung der Indikationsstellung zur Implantation eines LVAD gegeben. Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, wie z. B. hinsichtlich des perioperativen Managements, wurden in diesem Indikator in 2 Krankenhausstandorten gesehen, weshalb eine Bewertung mit A41 erfolgte. Ein Krankenhausstandort wurde wie bereits im Qualitätsindikator „Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ mit der beschriebenen Kodierproblematik hinsichtlich der Fehlkodierung von ECLS-Systemen auffällig, sodass auch dieses Qualitätsindikatorergebnis mit „S99 – Sonstiges“ bewertet wurde.

In 4 Krankenhausstandorten wurden zum Qualitätsindikator „Sepsis bei Implantation eines LVAD“ (QI-ID 52388) durch ein als mangelhaft eingeschätztes präoperatives Management Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. In jeweils einem weiteren Fall wurden entweder keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder dem Krankenhaus wurden Hinweise zur Verbesserungsmöglichkeit gegeben (A99).

In einem Krankenhausstandort wurde bei der „Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD“ (QI-ID 52391) eine qualitativ auffällige Bewertung mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel vorgenommen, die sich auf als nicht ausreichend routiniert eingeschätzte interne

Prozesse beziehen. Auch hier wurden Hinweise zu möglichen Verbesserungspotenzialen gegeben.

In diesem Verfahren war im Vergleich zu den anderen transplantationsmedizinischen QS-Verfahren mit 14 eine hohe Anzahl an Präzisierungen notwendig, was einen erheblichen Mehraufwand im Prozess des Strukturierten Dialogs bedeutet.

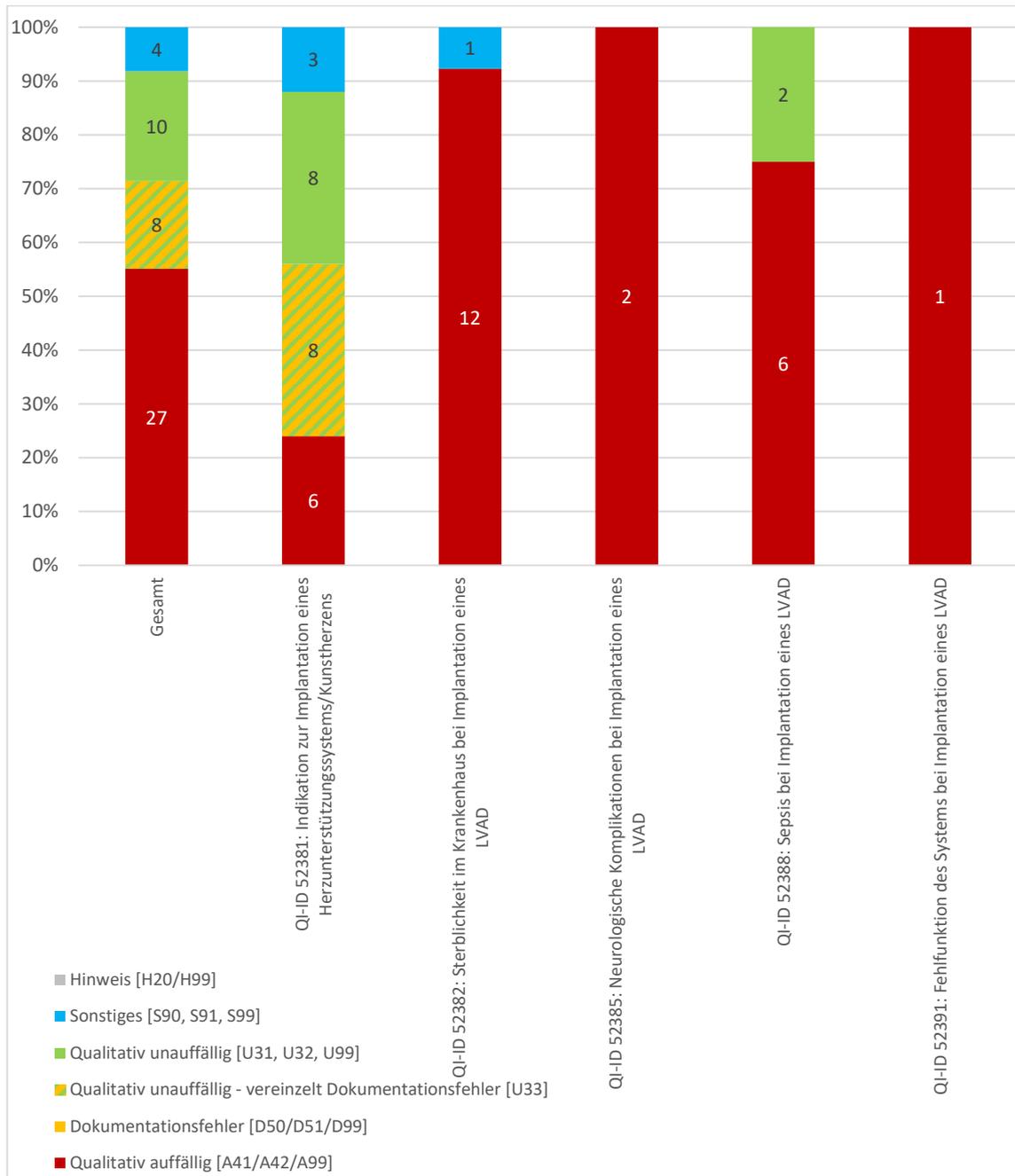


Abbildung 28: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Im QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* kam es zu 43 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen, die sich auf 12 Krankenhausstandorte verteilten. Zu jeder Auffälligkeit wurde eine Stellungnahme angefordert.

In insgesamt 12 Qualitätsindikatorergebnissen wurde das Ergebnis als qualitativ auffällig bewertet. Für die qualitativ auffällige Bewertung der „Sterblichkeit im Krankenhaus“ waren eine nicht ausreichende prä- bzw. postoperative Reflektion von Komplikationen und Risikofaktoren sowie kritische Empfänger- und Spenderkonstellationen ausschlaggebend. Für die Qualitätsindikatorergebnisse des Follow-ups führten chirurgisch-operative Mängel sowie Mängel in Nachsorgeprozessen sowie nicht ausreichende Berücksichtigung von zu hohen Risikoprofilen präoperativ sowie im postoperativen Behandlungsprozess zur qualitativ auffälligen Bewertung.

In 2 Krankenhausstandorten zu 4 Qualitätsindikatorergebnissen („1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“, „1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)“ (QI-ID 51636), „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“, „2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)“ (QI-ID 51639)) entsprach die Stellungnahme nicht den Anforderungen an den Datenschutz und das Ergebnis wurde daher mit „A42 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. In einem Krankenhausstandort wurde das Qualitätsindikatorergebnis zur „Sterblichkeit im Krankenhaus“ aufgrund einer zu hohen Rate an Blutungs- und Gerinnungskomplikationen sowie eines offenbar sehr hohen präoperativen Risikoprofils der Empfängerpatientinnen und Empfängerpatienten mit dem Hinweis, dass Maßnahmen bereits vereinbart wurden, als qualitativ auffällig bewertet (A99). Hier besteht bereits eine laufende Zielvereinbarung.

Da die rechnerisch auffälligen Ergebnisse in anderen Qualitätsindikatoren dieses Strukturierten Dialogs oder in den Vorjahren evaluiert wurden, wurden 20 Qualitätsindikatorergebnisse mit „S99 – Sonstiges“ bewertet. Da das Lungentransplantationsprogramm eines Krankenhausstandorts seit Mai 2017 ruht, wurde für 7 Qualitätsindikatorergebnisse ebenfalls die Bewertung „S99 – Sonstiges“ vorgenommen.

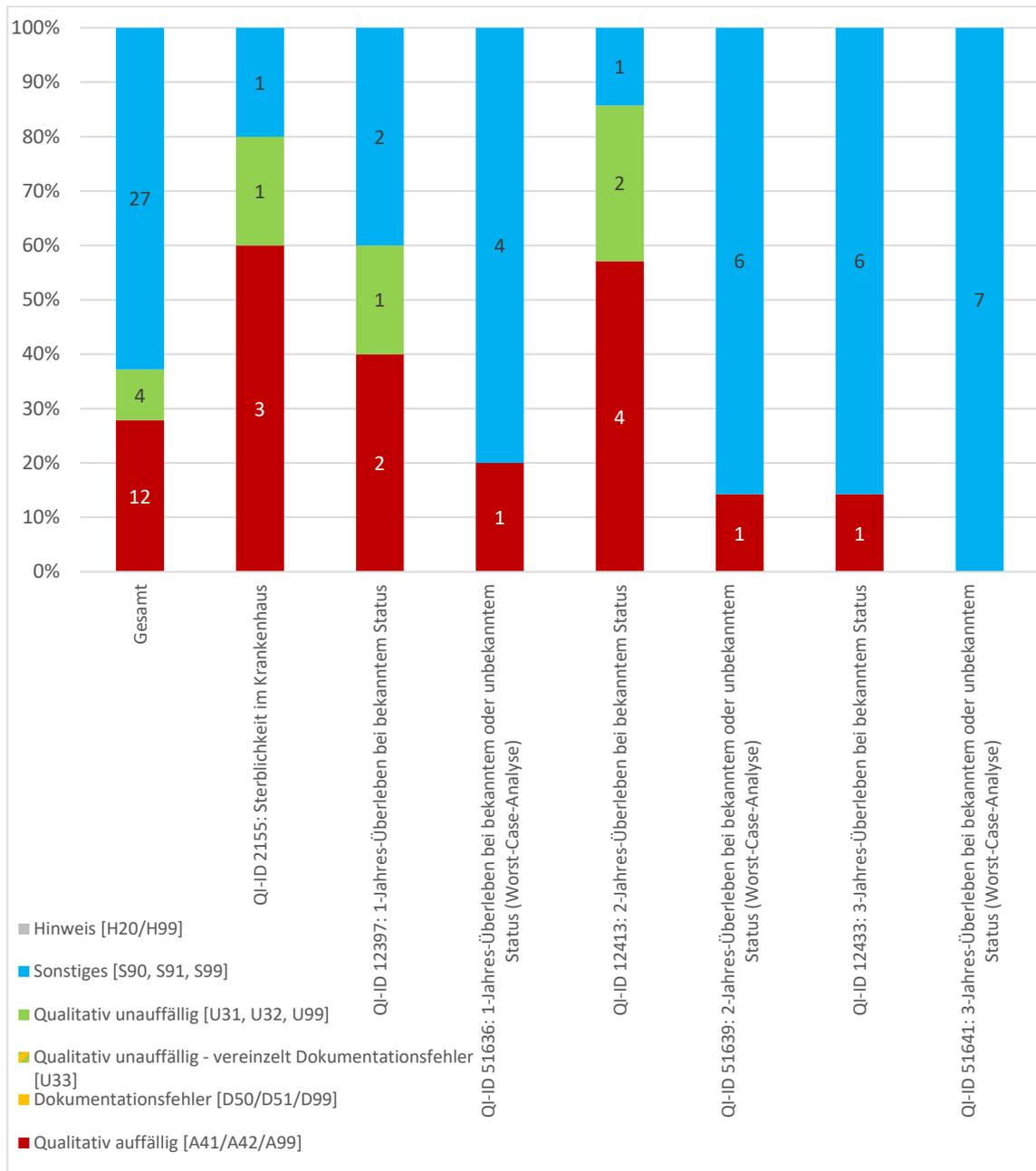


Abbildung 29: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation

(Die hohe Rate „Sonstiges“ geht in erster Linie auf die Tatsache zurück, dass die Follow-up-Indikatoren, deren Fälle bereits vollständig im Strukturierten Dialog des Vorjahres geprüft wurden, im aktuellen Strukturierten Dialog nicht erneut diskutiert werden mussten.)

Lebertransplantation und Leberlebendspende

Lebertransplantation

Im QS-Verfahren *Lebertransplantation* kam es zu 28 rechnerischen Auffälligkeiten, die sich auf 14 Krankenhausstandorte verteilten. Als qualitativ auffällig wurden 11 Qualitätsindikatoregebnisse eingestuft. Mit einem Krankenhaus wurde ein kollegiales Gespräch zu den Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 2096), „Postoperative Verweildauer“ (QI-ID 2133) und „1-

Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (QI-ID 12349) sowie „1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status“ (QI-ID 51596) durchgeführt, da erstmals eine rechnerische Auffälligkeit in mehreren Indikatoren des QS-Verfahrens *Lebertransplantation* bestand und die Notwendigkeit einer weiteren fachlichen Diskussion der eingereichten Stellungnahmen gesehen wurde. Im Anschluss an das kollegiale Gespräch wurden die Ergebnisse der Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 2096), „Postoperative Verweildauer“ (QI-ID 2133) und „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (QI-ID 12349) als qualitativ auffällig bewertet. Die Ergebnisse des Indikators „1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status“ (QI-ID 51596) wurden mit S99 bewertet, da die Fälle in diesem Indikator denen des bekannten Überlebensstatus nach einem Jahr entsprachen. In einem weiteren Krankenhausstandort wurden multifaktorielle Versorgungsprobleme für den Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ bzw. Prozessprobleme für den Indikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (QI-ID 12385) gesehen. Da dieser Krankenhausstandort trotz bereits ergriffener Maßnahmen (z. B. Abschluss einer Zielvereinbarung) im QS-Verfahren *Lebertransplantation* wiederholt auffällig wurde und daher ein persistierendes Qualitätsdefizit gesehen wird, wurde dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA in seiner Funktion als Lenkungsgremium nach § 14 QSKH-RL hierüber am 30. Januar 2019 berichtet. Bei einem weiteren Krankenhausstandort in dem Qualitätsindikator „Tod durch operative Komplikationen“ (QI-ID 2097) wurden die Empfänger-Spender-(Risiko-)Konstellationen zu unspezifisch dargestellt bzw. nicht ausreichend beachtet und eine Bewertung mit „A41 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ vorgenommen. Als unzureichend und demzufolge mit „A42 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ wurden die Stellungnahmen von 3 Krankenhausstandorten zu 3 Qualitätsindikatorergebnissen evaluiert, da keine epikritische Darstellung der jeweiligen Sachverhalte als Teil der Stellungnahmeanforderung des IQTIG vorgenommen wurde bzw. von einem Krankenhausstandort zum „1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status“ keine Follow-up-Informationen vorlagen.

Einem weiteren Krankenhausstandort, mit dem eine Zielvereinbarung hinsichtlich des Qualitätsindikators „Postoperative Verweildauer“ aus dem Erfassungsjahr 2016 besteht und demzufolge bereits Maßnahmen vereinbart wurden, wurde weiterhin bestehender operativer und organisatorischer Verbesserungsbedarf mitgeteilt (A99).

In 6 rechnerischen Auffälligkeiten erklärt sich das abweichende Ergebnis durch Einzelfälle (U32), wohingegen in einem Qualitätsindikatorergebnis einem Krankenhausstandort ein Hinweis bezüglich der Notwendigkeit der Beachtung der Erfolgsaussicht einer Transplantation gegeben wurde (U99).

In 10 Fällen wurde eine Bewertung mit „S99 – Sonstiges“ vorgenommen, da die Fälle in einem anderen Qualitätsindikator bzw. in den Strukturierten Dialogen der Vorjahre evaluiert wurden (9 Fälle) bzw. einem Krankenhausstandort für ein Qualitätsindikatorergebnis ein Hinweis bezüglich einer fehlerhaften Dokumentation gegeben werden musste.

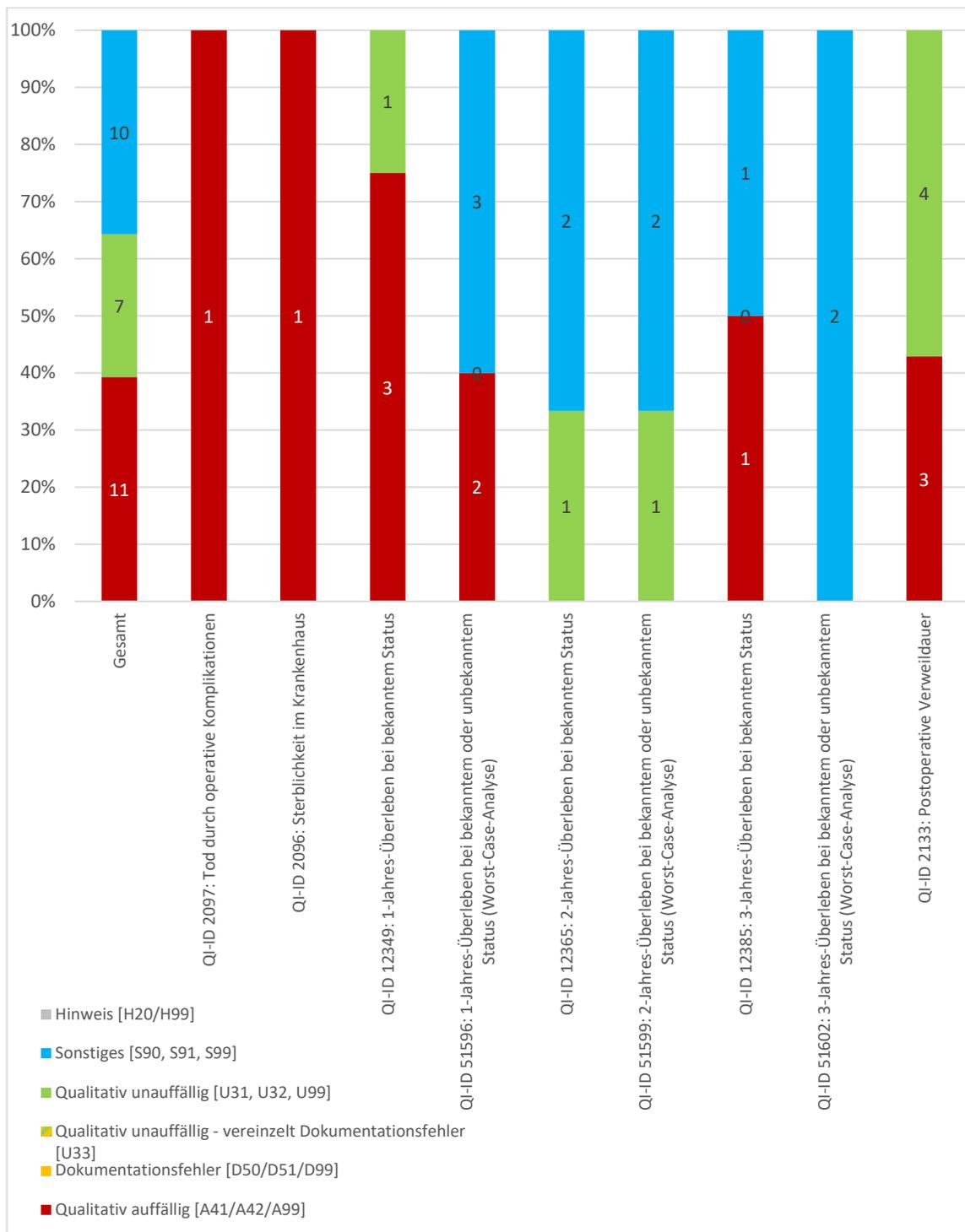


Abbildung 30: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lebertransplantation

(Die hohe Rate „Sonstiges“ geht in erster Linie auf die Tatsache zurück, dass die Follow-up-Indikatoren, deren Fälle bereits vollständig im Strukturierten Dialog des Vorjahres geprüft wurden, im aktuellen Strukturierten Dialog nicht erneut diskutiert werden mussten.)

Leberlebenspende

Im Erfassungsjahr 2017 mussten lediglich 6 Krankenhausstandorte Stellung zu insgesamt 11 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren nehmen. Im Erfassungsjahr 2016 waren dies noch

mehr als doppelt so viele Standorte (EJ 2016: 13 Krankenhausstandorte zu 15 rechnerischen Auffälligkeiten).

Mit einem Krankenhausstandort besteht derzeit eine Zielvereinbarung aus dem Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2016 zum Qualitätsindikator „Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende“ zur Vermeidung einer qualitativen Auffälligkeit. Vor diesem Hintergrund wurden die 4 im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren („Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen“ (QI-ID 2128), „Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende“, „Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende“ (QI-ID 51604) sowie „Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende“ (QI-ID 51605)) mit „A99 – Sonstiges“ bewertet und die Tatsache, dass bereits Maßnahmen vereinbart wurden, in der Kommentierung erwähnt. Weiterhin besteht bei einem Krankenhausstandort im Qualitätsindikatorergebnis zu „Intra- und postoperative[n] behandlungsbedürftigen Komplikationen“ eine qualitative Auffälligkeit, da die gewählte operative Technik als kritisch erachtet wurde und zum Schutz des Lebendspenders angepasst werden sollte.

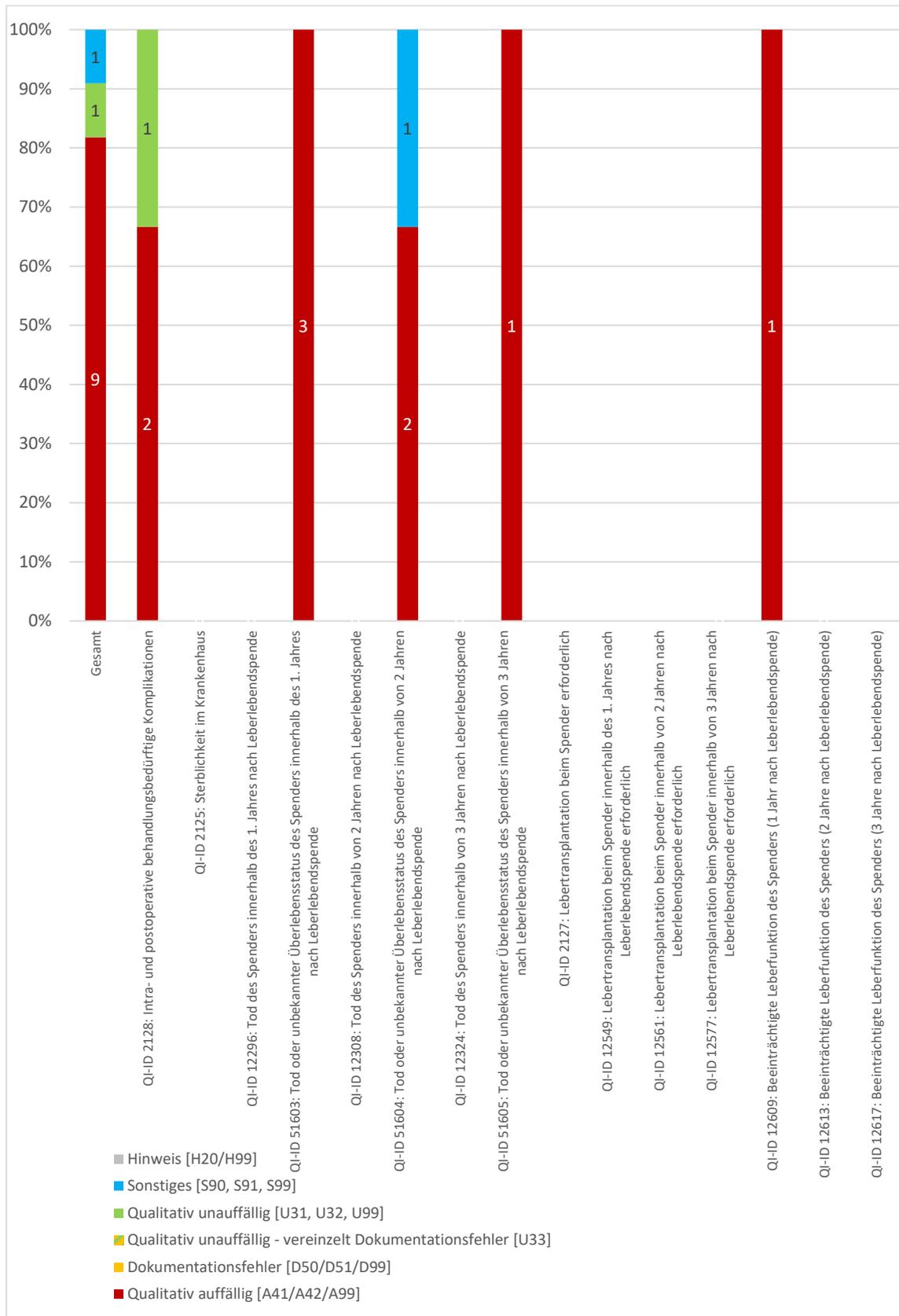


Abbildung 31: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Leberlebenspende

(Für Qualitätsindikatoren ohne rechnerisch auffälliges Ergebnis ist kein Balken dargestellt)

Nierentransplantation, Nierenlebendspende und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nierentransplantation

Zu dem QS-Verfahren *Nierentransplantation* zeigten sich für 19 Krankenhausstandorte bei 37 Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällige Ergebnisse. Als qualitativ auffällig wurden insgesamt 19 rechnerische Auffälligkeiten bewertet, wovon 12 Qualitätsindikatorergebnisse mit „A42 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ evaluiert wurden. In 3 dieser Fälle lag dem IQTIG zum Fristablauf keine Stellungnahme vor, in 2 weiteren Fällen entsprach die Stellungnahme nicht den Anforderungen an den Datenschutz. In den übrigen Fällen (7) wurde die Stellungnahme als inhaltlich unzureichend erachtet.

Für 7 Qualitätsindikatorergebnisse wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen, die sich in einer mangelhaften prä-, intra- und postoperativen Versorgung bzw. Behandlung zeigten.

Als qualitativ unauffällig konnten insgesamt 14 Qualitätsindikatorergebnisse bewertet werden. Dabei war in der Vielzahl der Fälle (10) das Ergebnis durch plausible Einzelfälle erklärbar. Ein Krankenhausstandort wurde im Qualitätsindikator „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung“ (QI-ID 2185) bereits zum dritten Mal in Folge rechnerisch auffällig, jedoch handelte es sich jeweils um Einzelfälle, die plausibel erklärt und somit als qualitativ unauffällig bewertet werden konnten. In 4 Qualitätsindikatorergebnissen wurde eine qualitativ unauffällige Bewertung mit „U99 – Sonstiges“ vergeben, da entweder alle Fälle zusätzlich in einem anderen Qualitätsindikator mit einem anderen inhaltlichen Fokus evaluiert wurden, Maßnahmen seitens des Krankenhauses bereits eingeleitet wurden oder dem Krankenhaus Hinweise zu möglicherweise bestehenden Verbesserungspotenzialen gegeben wurden.

Für 4 Qualitätsindikatorergebnisse erfolgte eine Bewertung mit „S99 – Sonstiges“, da die Evaluation der Auffälligkeiten vollständig in einem anderen Qualitätsindikator erfolgte.

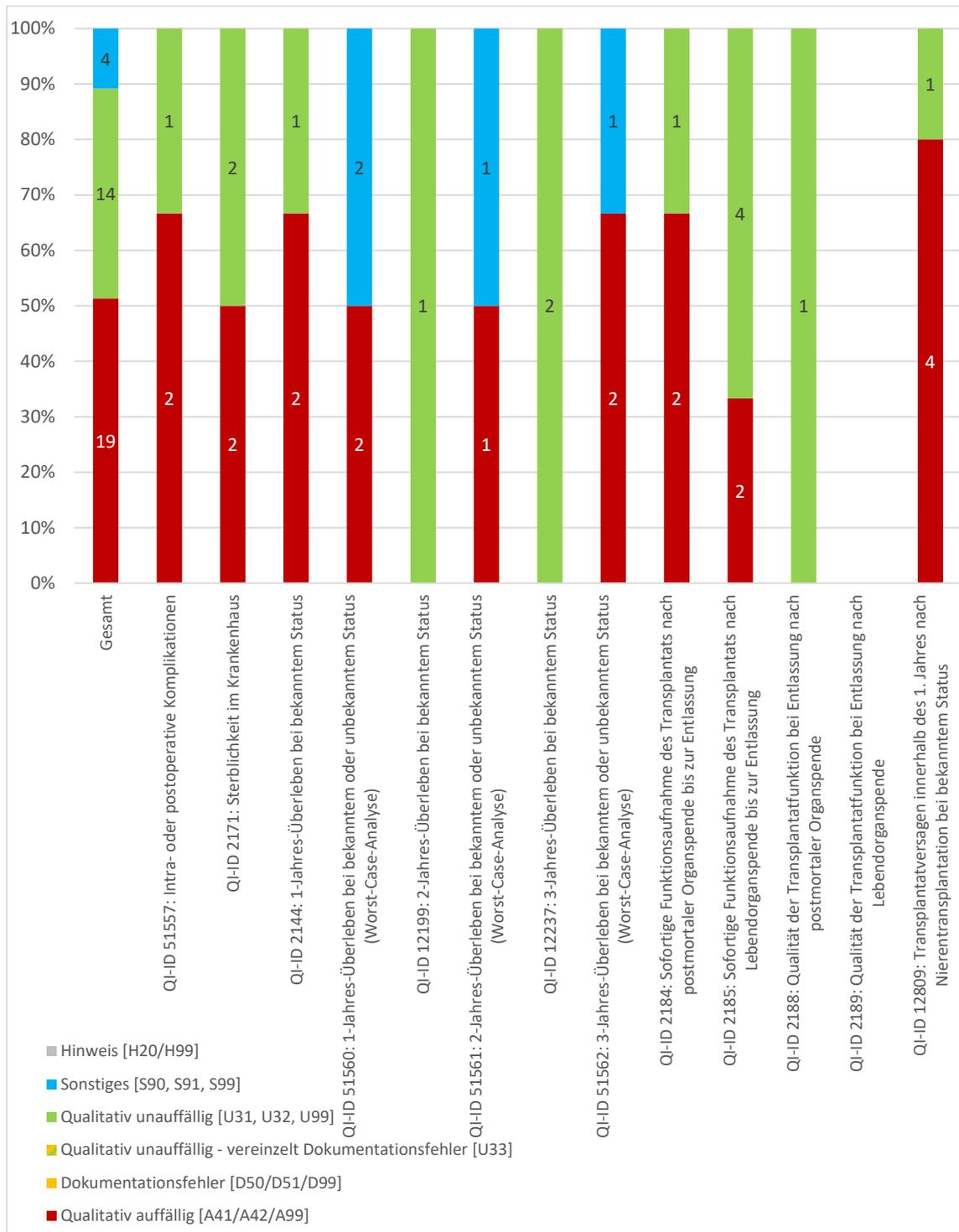


Abbildung 32: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierentransplantation

(Für Qualitätsindikatoren ohne rechnerisch auffälliges Ergebnis ist kein Balken dargestellt)

Nierenlebenspende

Im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* wurden 22 Krankenhausstandorte mit 36 Qualitätsindikatorergebnissen rechnerisch auffällig. Als qualitativ auffällig wurden nach Sichtung der eingereichten Stellungnahmen insgesamt 16 Qualitätsindikatorergebnisse bewertet, welche sich auf 9 Krankenhausstandorte verteilten.

Hierunter fallen 5 Qualitätsindikatorergebnisse von 2 Krankenhausstandorten, zu denen ein kollegiales Gespräch geführt wurde, da die rechnerischen Auffälligkeiten in diesen Krankenhausstandorten dauerhaft bzw. wiederholt bestehen. Im Anschluss an das kollegiale Gespräch wurde für einen Krankenhausstandort in den 4 Qualitätsindikatoren „Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende“ (QI-ID 51568), „Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende“ (QI-ID 51569), „Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende“ (QI-ID 51570) sowie „Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)“ (QI-ID 12644) eine „A99 – Sonstiges“ mit dem Kommentar vergeben, dass die eingeleiteten Maßnahmen nach den Ausführungen im kollegialen Gespräch als zielführend erachtet werden. Daher wurde keine separate Zielvereinbarung mit diesem Krankenhausstandort geschlossen. Mit dem anderen Krankenhausstandort wurde für den Qualitätsindikator „Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende“ nach dem kollegialen Gespräch eine Zielvereinbarung geschlossen, die eine qualitative Unauffälligkeit für das Erfassungsjahr 2019 beinhaltet und das Ergebnis des Erfassungsjahres 2017 mit „A41 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ abgeschlossen.

Die übrigen 11 qualitativ auffälligen Ergebnisse verteilten sich auf 7 Krankenhausstandorte, wobei in 5 Fällen keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt wurden. Weiterhin wurden für 3 Follow-up-Indikatorergebnisse Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen, da die Organisation der Nachsorge nicht mit ausreichender Konsequenz durchgeführt wurde. Von 3 Krankenhausstandorten zu 3 Qualitätsindikatorergebnissen wurden hingegen bereits Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet. Da dies als Kommentar mit dargestellt wird, erfolgte hier eine Bewertung mit „A99 – Sonstiges“.

15 Qualitätsindikatorergebnisse konnten als qualitativ unauffällig eingestuft werden, wobei 3 Krankenhausstandorten Hinweise zu Verbesserungsmöglichkeiten gegeben wurde und ein Krankenhausstandort bereits Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet hat.

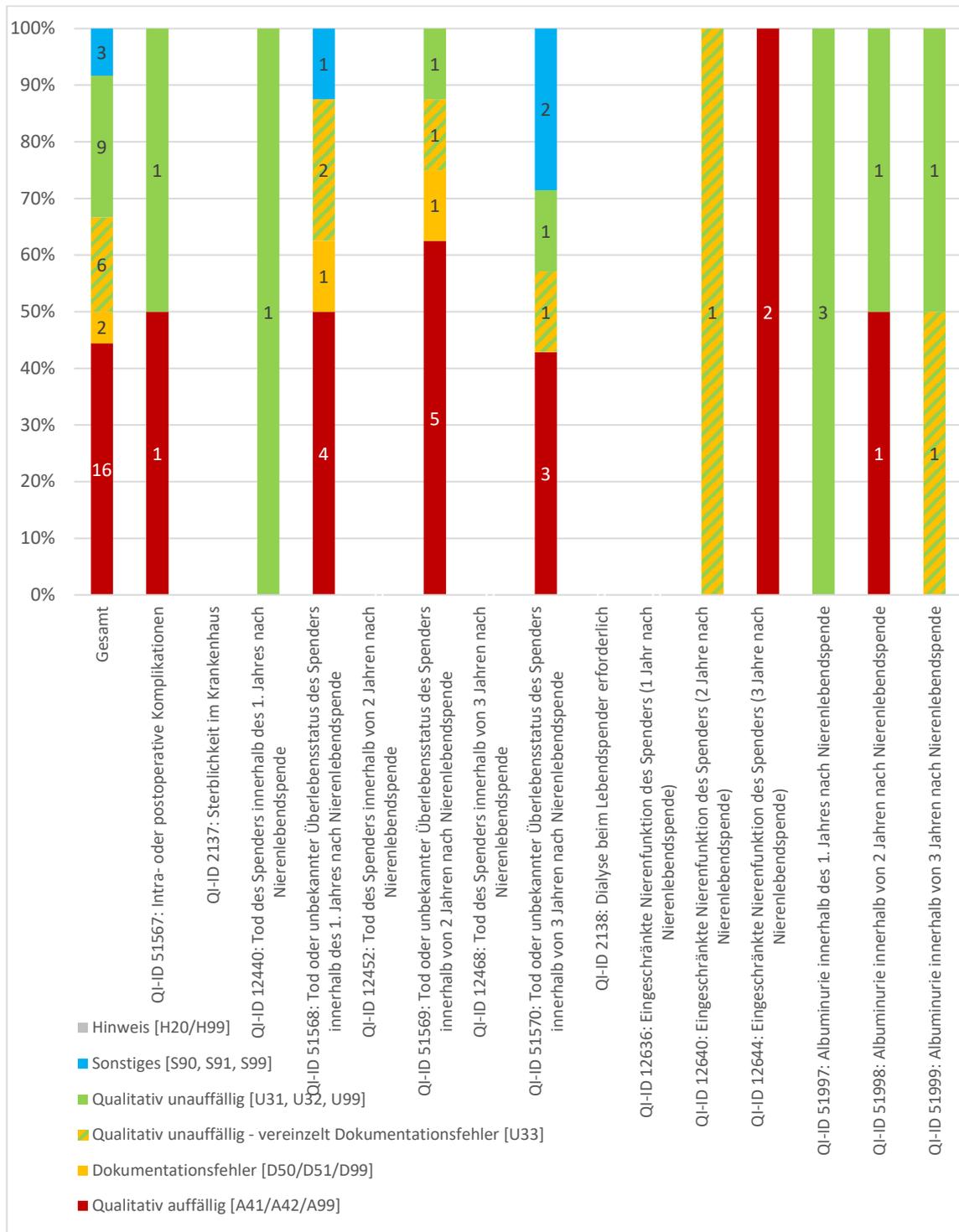


Abbildung 33: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierenlebenspende

(Für Qualitätsindikatoren ohne rechnerisch auffälliges Ergebnis ist kein Balken dargestellt.)

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Im QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* wurden insgesamt 51 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, welche sich auf 18 Krankenhausstandorte verteilten. Bei einem Krankenhausstandort, mit dem auch im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* ein kollegiales

Gespräch zu den dort rechnerisch auffälligen Ergebnissen stattfand, erfolgte ebenso ein Gespräch zu den bereits im Vorjahr als qualitativ auffällig bewerteten Qualitätsindikatoren „Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung“ (QI-ID 2145) sowie „Entfernung des Pankreastransplantats“ (QI-ID 2146) des QS-Verfahrens *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation*. Für das Erfassungsjahr 2017 konnten nach dem kollegialen Gespräch für keinen der Indikatoren eine qualitative Auffälligkeit erkannt werden, da das Ergebnis durch Einzelfälle plausibel erklärt wurde.

Als qualitativ auffällig mussten hingegen 19 Qualitätsindikatorergebnisse evaluiert werden. In 7 Fällen entsprach die Stellungnahme nicht den Anforderungen an den Datenschutz, bei 5 weiteren Auffälligkeiten wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, sodass für diese insgesamt 12 Qualitätsindikatorergebnisse die Bewertung A42 vorgenommen wurde. Für 5 Qualitätsindikatorergebnisse in 4 Krankenhausstandorten wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Diese bezogen sich beispielsweise auf das postoperative Management oder die Indikationsstellung. Für eine andere rechnerische Auffälligkeit im Qualitätsindikator „Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung“ wurde die Intensivierung der bereits begonnenen Maßnahmen zur Verbesserung der postoperativen Überwachung empfohlen. Ein Krankenhausstandort hat für 2 auffällige Qualitätsindikatorergebnisse bereits Maßnahmen eingeleitet. Da dies als Kommentar mit dargestellt wird, erfolgte hier eine Bewertung mit „A99 – Sonstiges“.

Für 25 rechnerische Auffälligkeiten in 12 Krankenhausstandorten wurde eine Bewertung mit „S99 – Sonstiges“ vorgenommen, da die betrachteten Fälle bereits in einem anderen Indikator oder in den Strukturierten Dialogen der Vorjahre evaluiert wurden.

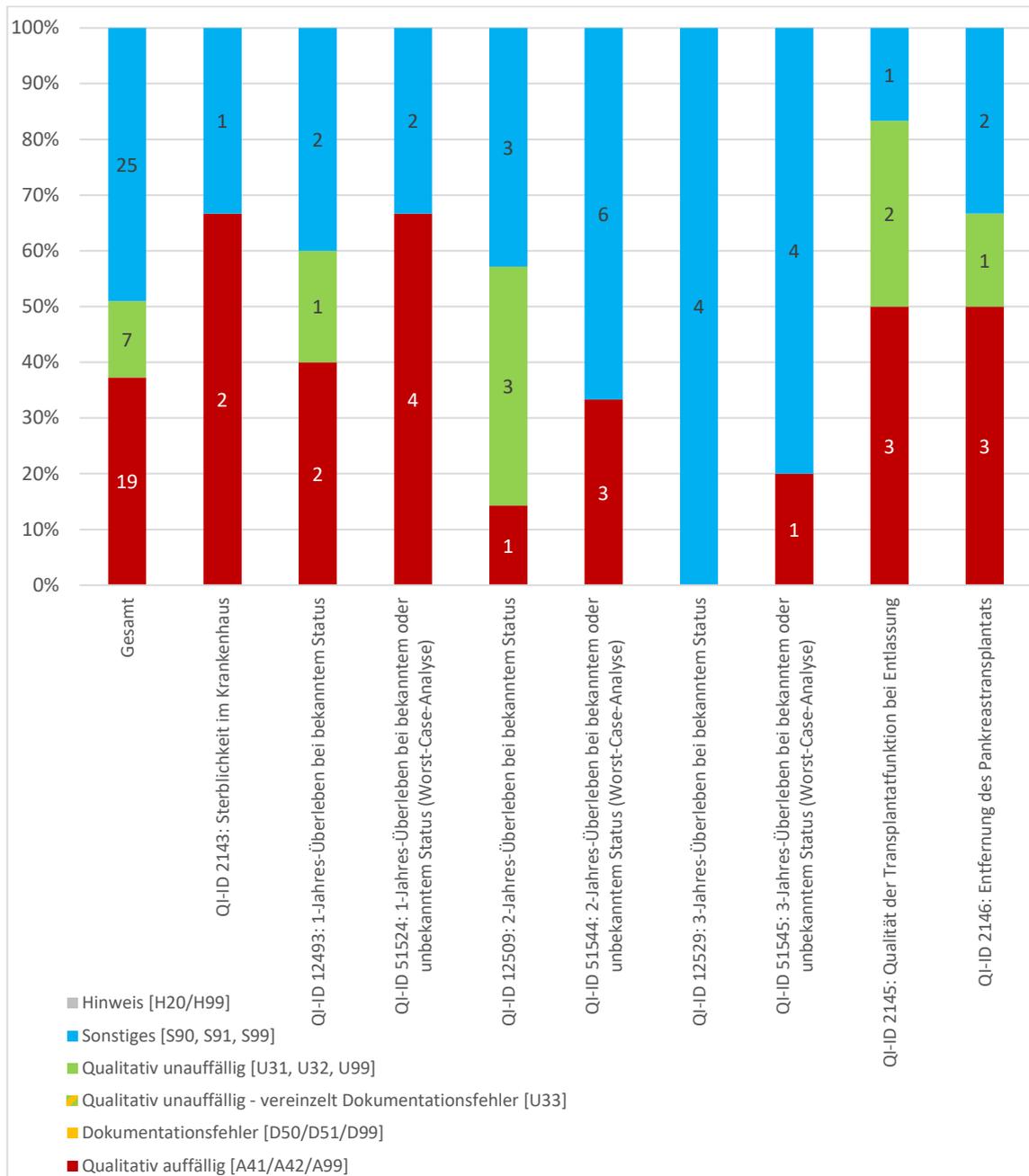


Abbildung 34: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

(Die hohe Rate „Sonstiges“ geht in erster Linie auf die Tatsache zurück, dass die Follow-up-Indikatoren, deren Fälle bereits vollständig im Strukturierten Dialog des Vorjahres geprüft wurden, im aktuellen Strukturierten Dialog nicht erneut diskutiert werden mussten.)

5.2.6 Gynäkologie

Martina Bock, Dr. Anja Katharina Dippmann

■ QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

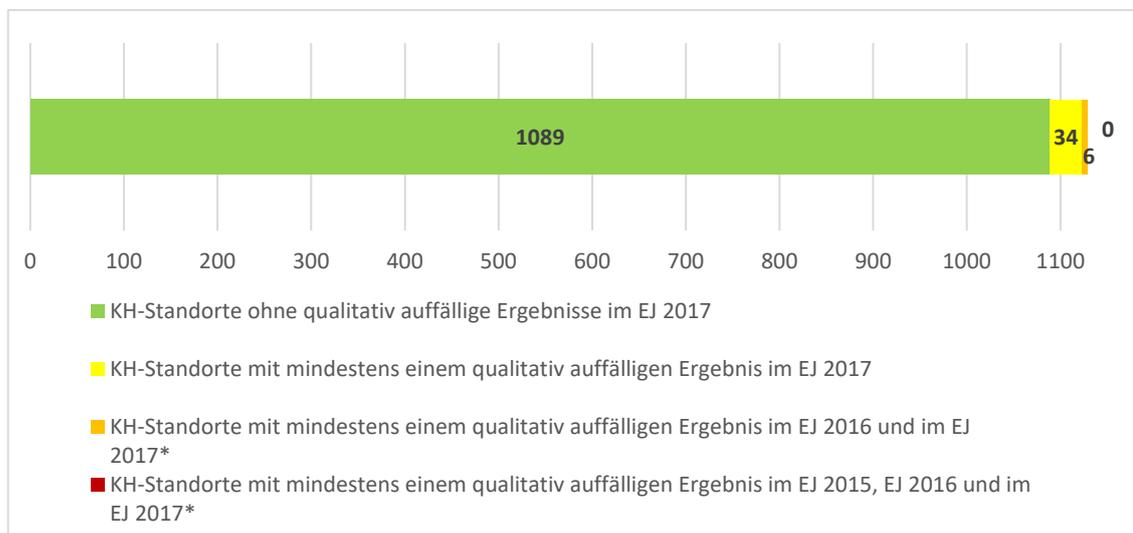


Abbildung 35: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.

Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2015, 2016 und 2017 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Erfassungsjahr 2017 wurden 922 (EJ 2016 941) rechnerisch auffällige Ergebnisse der Indikatoren ermittelt. Dieser Anteil lag im Erfassungsjahr 2017 bei 13,2 % (2016 12,9 %). Der Anteil bzw. die Anzahl an rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist nahezu gleichbleibend. Bei der Betrachtung der qualitativ auffälligen Ergebnisse aller Indikatoren wurden 3 (EJ 2016 256) der 47 (EJ 2016 941) als qualitativ auffällig bewerteten Standorte bereits im Strukturieren Dialog zum EJ 2016 als qualitativ auffällig bewertet. Qualitativ auffällige Ergebnisse über mehr als zwei Jahre wurden bei keinem der betrachteten Standorte ermittelt.

Vom Erfassungsjahr 2016 zum Erfassungsjahr 2017 wurden im Rahmen der Verfahrenspflege 2 Qualitätsindikatoren gestrichen: der Indikator „Organverletzung bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation“ (QI-ID 51418), sowie der Indikator „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne spezifische Angabe zum Befund“ (QI-ID 51907). Der Indikator „Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre“ (QI-ID 52535) wurde zum Erfassungsjahr 2018 gestrichen. Da dieser eine Teilmenge des zum Erfassungsjahr 2017 neu eingeführten Indikator „Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ (QI-ID 60685) darstellt. Diesbezüglich wurde eine Information vom IQTIG an die Fachgruppen der LQS zum Umgang mit diesem Qualitätsindikator im Strukturierten Dialog 2018 verschickt. Eine separate

Betrachtung des Indikators mit der QI-ID 52535 wird daher an dieser Stelle nicht vorgenommen. Von 2 der 16 Fachgruppen der LQS wurde zurückgemeldet, dass diese Information erst nach Einleitung des Strukturierten Dialogs eingegangen sei und somit nicht mehr bei der Durchführung des Strukturierten Dialogs berücksichtigt werden konnte. Eine Fachgruppe hat mit Bezug zum Stellungnahmeverfahren nach plan. QI-RL auf den Versand der Information verzichtet.

Besonders mit Blick auf den Indikator mit der QI-ID 60685 kann festgestellt werden, dass 43,6 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auf diesen Qualitätsindikator entfallen. Davon wurden 59,2 % der Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet. Begründet wurde dies seitens der Fachgruppen der LQS vor allem durch medizinisch begründete Einzelfälle und vereinzelte Dokumentationsprobleme. Der Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen dieses Indikators in Bezug zu allen anderen qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen entspricht 23,4 %. Bei diesem Indikator lag der Anteil an fehlerhafter oder unvollzähliger Dokumentation bei 46,3 % und zeigt, verglichen mit allen anderen Indikatoren, den höchsten Anteil fehlerhafter oder unvollzähliger Dokumentation. Da der Indikator im Erfassungsjahr 2017 neu eingeführt wurde, ist eine weitere Betrachtung im zeitlichen Verlauf notwendig.

Bei der Betrachtung der als qualitativ auffällig bewerteten Krankenhausstandorte ist ein Rückgang zu erkennen. Die Anzahl der als qualitativ auffällig eingestuften Standorte betrug im Erfassungsjahr 2017 47 (im EJ 2016 n = 56). Das entspricht einem Anteil von 5,1 % (EJ 2016: 6,0 %) an allen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten des betrachteten Erfassungsjahres. Die Bewertung als qualitativ auffällig wurde in den Berichten der Fachgruppen der LQS zum einen mit der nicht nachvollziehbar dargelegten Indikationsstellung bei der Entfernung des Ovars bzw. der Adnexe begründet. Zum anderen wird beschrieben, dass Erläuterungen zum Umfang der durchgeführten Diagnostik, einschließlich bildgebender Verfahren bei unklaren Befunden und intraoperative Einschätzungen nicht hinreichend dokumentiert wurden.

Die Anzahl der als qualitativ unauffällig bewerteten Standorte betrug im Erfassungsjahr 2017 433 (im EJ 2016 n = 466). Das entspricht einem Anteil von 47,0 % (EJ 2016: 49,5 %) an allen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten des betrachteten Erfassungsjahres. Der Anteil von 71,4 % an allen als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnissen lässt sich durch medizinisch begründete Einzelfälle erklären. Bei 2 Standorten in einem Bundesland wurde die Indikation zur Organentfernung mit dem Wunsch der Patientin begründet. Es wurde laut Fachgruppe eine Bewertung als qualitativ unauffällig vorgenommen und angemerkt, dass der Prozess der Beratung hinsichtlich der Organentfernung in solchen Fällen nachvollziehbar dokumentiert sein muss. Den Zusammenfassungen der Fachgruppen der LQS kann entnommen werden, dass es vereinzelt zu Dokumentationsfehlern, beispielsweise bei der Verschlüsselung der Histologie oder der Dokumentation relevanter Ausschlussdiagnosen, gekommen ist. Des Weiteren begründen sie ihre Bewertung unter anderem mit der ausgeprägten Krankheitsschwere der Patientinnen. Dabei werden vor allem chronische bzw. rezidivierende Probleme, z. B. Entzündungen und symptomatische Zysten, genannt. Ein Krankenhausstandort hat keine Stellungnahme abgegeben und wurde dennoch als qualitativ unauffällig bewertet, da die betroffene Abteilung zwischenzeitlich geschlossen wurde.

Gegenüber dem Rückgang hinsichtlich der qualitativ auffällig bzw. unauffällig bewerteten Standorte ist die Anzahl der Krankenhausstandorte mit der Einstufung als „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ nahezu gleichbleibend. Im Erfassungsjahr 2017 gab es 77 Standorte (im EJ 2016 n = 75) mit dieser Einstufung. Das entspricht einem Anteil von 8,4 % (EJ 2016 8,0 %) an allen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten des betrachteten Erfassungsjahres. Fachgruppen der LQS haben den betreffenden Krankenhausstandorten Hinweise zu Dokumentationsproblemen und Anregungen zur Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität gegeben.

Um eine Einschätzung zur Versorgungsqualität und ggf. besonderen Handlungsbedarf der planungsrelevanten Indikatoren im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomie)* zum Erfassungsjahr 2017 vornehmen zu können, müssen die Ergebnisse sowohl nach QSKH-RL (Strukturierter Dialog) mit dem Endergebnis „qualitativ auffällig“ als auch nach plan. QI-RL (Stellungnahmeverfahren) mit dem Endergebnis „unzureichende Qualität“ gemeinsam betrachtet werden.

Für den Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ (QI-ID 51906) (planungsrelevanter Qualitätsindikator) ergibt sich eine qualitativ auffällige (n = 1, 3,9 % an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen) bzw. unzureichende (n = 1, 6,3 % an allen statistisch auffälligen Ergebnissen) Qualität für 0,19 % (EJ 2016: 0,55 %) der 1.069 (EJ 2016: 1.083) in diesem Indikator betrachteten Standorte des Erfassungsjahres 2017. Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine geringfügige Verbesserung dar.

Für den Indikator „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung“ (QI-ID 12874) (planungsrelevanter Qualitätsindikator) ergibt sich eine qualitativ auffällige (n = 2, 5,9 % an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen) bzw. unzureichende (n = 9, 56,3 % an allen statistisch auffälligen Ergebnissen) Qualität für 1,2 % (EJ 2016: 0,64 %) der 919 (EJ 2016: 933) betrachteten Standorte in diesem Indikator des Erfassungsjahres 2017. Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine Verschlechterung dar.

Für den Indikator „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ (QI-ID 10211) (planungsrelevanter Qualitätsindikator) ergibt sich eine qualitativ auffällige (n = 7, 9,3 % an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen) bzw. unzureichende Qualität (n = 3, 18,8 % an allen statistisch auffälligen Ergebnissen) für 1,17 % (EJ 2016: 1,96 %) der 854 (EJ 2016: 867) betrachteten Standorte in diesem Indikator des Erfassungsjahres 2017. Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine Verbesserung dar.

Die Bewertung der statistisch auffälligen Indikatoren, welche im Stellungnahmeverfahren nach plan. QI-RL eingeschlossen sind, wurde vom IQTIG übernommen. Eine Fachgruppe der LQS hat sich im Rahmen der Zusammenfassungen zum Strukturierten Dialog kritisch zum Prozess des Stellungnahmeverfahrens geäußert.

Abschließend ist festzustellen, dass im zeitlichen Verlauf ein Rückgang qualitativ auffälliger Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog zu verzeichnen ist.

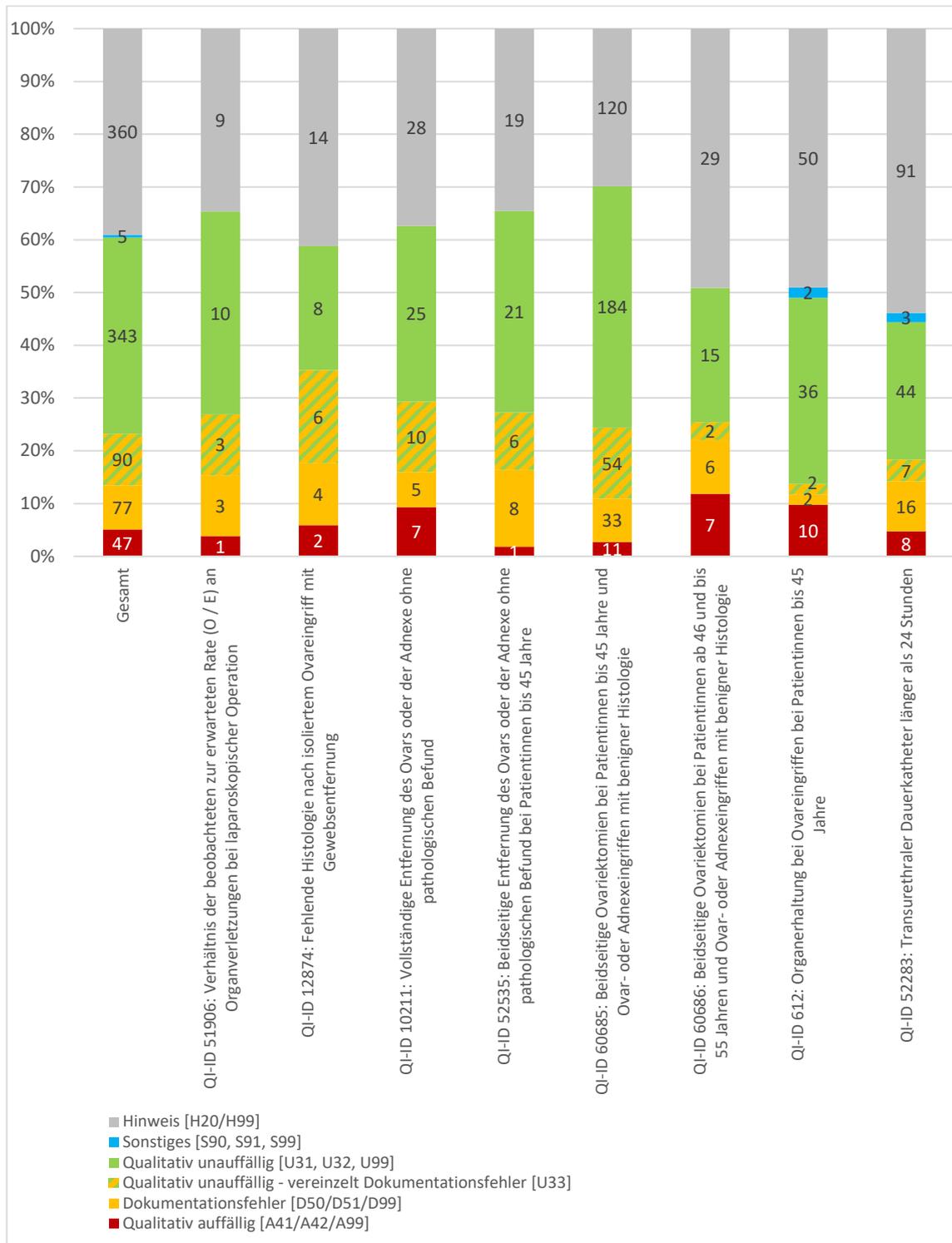


Abbildung 36: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen

5.2.7 Mammachirurgie

Dr. Anja Katharina Dippmann, Claudia Damrau,

■ QS-Verfahren Mammachirurgie

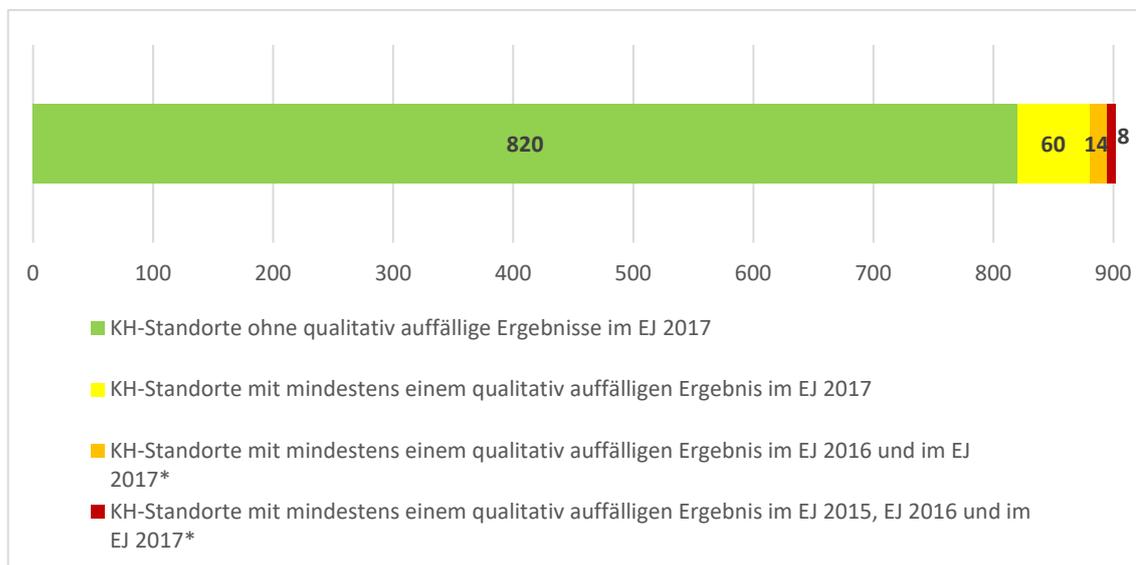


Abbildung 37: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.

Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Mammachirurgie betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2015, 2016 und 2017 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Die höchste Anzahl qualitativ auffälliger Standorte weisen die Qualitätsindikatoren „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (QI-ID 51846), „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51847) und „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI-ID 50719) auf. Der Indikator „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52279) wurde sowohl im Strukturierten Dialog nach QSKH-RL als auch nach plan. QI-RL beurteilt und stellt somit eine Besonderheit dar, welche weiter unten ausgeführt wird.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs 2018 zum EJ 2017 wurden in den Bundesländern insgesamt 5 Qualitätsindikatoren schwerpunktmäßig beachtet:

- QI-ID 51846: „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“
- QI-ID 52279: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“
- QI-ID 2163: „Primäre Axilladissektion bei DCIS“
- QI-ID 52267: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate“
- QI-ID 52278: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate“.

Im Einzelnen handelt es sich zum einen um diejenigen Indikatoren, welche für das Erfassungsjahr 2017 mit besonderem Handlungsbedarf bewertet wurden (QI-ID 51846 und 52279), zum anderen um den einzigen Sentinel-Event-Indikator des Verfahrens (QI-ID 2163) sowie um die mit dem Erfassungsjahr 2017 neu eingeführten Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate“ (QI-ID 52267) bzw. „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate“ (QI-ID 52278). Zwei dieser Schwerpunktindikatoren sind gleichzeitig planungsrelevante Qualitätsindikatoren (QI-ID 2163 und 52279).

QI-ID 51846: „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“

Von allen Indikatoren des QS-Verfahrens weist der Indikator mit der QI-ID 51846 für das Erfassungsjahr 2017 die dritthöchste Anzahl rechnerisch auffälliger Krankenhausstandorte ($n = 95$; davon 34 bereits im Erfassungsjahr 2016 sowie 21 in den Erfassungsjahren 2015 und 2016 rechnerisch auffällig) auf – und dabei die meisten qualitativ auffälligen Standorte ($n = 19$). 4 der 19 Standorte waren bereits im Erfassungsjahr 2016, einer war in beiden Erfassungsjahren 2016 und 2015 qualitativ auffällig. Von den 95 rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten wurde im Strukturierten Dialog bei 17 (17,89 %) ein Qualitätsdefizit im Rahmen von Struktur- oder Prozessmängeln festgestellt. Damit gibt es im Vergleich zum Erfassungsjahr 2016 (17,27 %) keine Veränderung in der Häufigkeit von Struktur- und Prozessmängeln in diesem Indikator, was sich auch in den Berichten der Länder zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2017 widerspiegelt. Demnach wurden die Patientinnen und Patienten nicht immer leitliniengerecht versorgt. Als Aspekt, warum keine prätherapeutische histologische Diagnosesicherung vorgenommen wurde, wird aus den Bundesländern berichtet, dass die leitliniengerechte Vornahme z. B. bei Patientinnen und Patienten mit schwerer Begleiterkrankung, Multimorbidität, hohem Alter, schlechter mentaler Verfassung und in palliativer Situation ausblieb. Ähnliche Konstellationen wurden in den Vorjahren berichtet. Aus den Berichten wird zudem deutlich, dass hinsichtlich der prätherapeutischen Histologiegewinnung die Strukturvoraussetzungen sowie die Prozessqualität weiterhin nicht überall gegeben sind. Diesbezüglich erfolgten Empfehlungen zur Überweisung dieser Patientinnen und/oder Patienten an ein Brustzentrum. Mit einem Krankenhausstandort wurde eine Zielvereinbarung getroffen, da dieser vier Jahre in Folge auffällig geworden war. Mit einem weiteren Krankenhausstandort wurde eine Zielvereinbarung zur Prozessanpassung der medizinischen Leistungserbringung getroffen. Sehr selten wird aus den Bundesländern über geringe Fallzahlen am Standort berichtet. In Bezug auf Dokumentationsdefizite finden sich Angaben der Bundesländer dahingehend, dass es sich mehrheitlich um fehlerhafte Dokumente handele. Darüber hinaus wird von fehlenden Dokumenten berichtet, d. h. die Diagnosesicherung wurde durchgeführt, jedoch nicht dokumentiert.

QI 51847: „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“

In dem Qualitätsindikator mit der QI-ID 51847 wurden für das Erfassungsjahr 2017 von 115 rechnerisch auffälligen Standorten 17 auch als qualitativ auffällig bewertet. Von den rechnerisch auffälligen waren 37 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2016 und 16 in den Erfassungsjahren 2015 und 2016 auffällig geworden. Von den qualitativ auffälligen wurden 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2016 und 1 in den Erfassungsjahren 2015 und 2016 auffällig. Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel liegen in diesem Indikator bei 15 Standorten vor. Der Anteil des Indikators

an in der Struktur- und Prozessqualität auffälligen Indikatoren beträgt für das Erfassungsjahr 2017 insgesamt 20,83 %. Einige Bundesländer berichten von Empfehlungen zur Überweisung an Brustzentren bzw. von Hinweisen zur Verbesserung des Qualitätsmanagements. Erstere wurden insbesondere für Krankenhausstandorte mit kleinen Fallzahlen ausgesprochen. Es wurden 3 Zielvereinbarungen getroffen. Bereits für das Erfassungsjahr 2016 betrug der Anteil des Indikators mit der QI-ID 51847 unter allen im Kontext der Struktur- oder Prozessqualität betrachteten Qualitätsindikatoren 18,85 %. Im Vergleich der Erfassungsjahre 2016 und 2017 hat sich der Indikator damit hinsichtlich seines Anteils an allen Indikatoren mit Auffälligkeiten im Rahmen der Struktur- oder Prozessqualität um 2 Prozentpunkte verschlechtert.

QI 50719: „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“

Der Qualitätsindikator weist mit 129 Krankenhausstandorten die meisten rechnerischen Auffälligkeiten auf. Davon waren 33 auch im Erfassungsjahr 2016 und 10 in den Erfassungsjahren 2015 und 2016 rechnerisch auffällig. Mit für das Erfassungsjahr 2017 insgesamt 15 qualitativ auffälligen Krankenhausstandorten, von denen 11 Struktur- und Prozessmängel aufzeigten (vgl. EJ 2016: 8 von 10 qualitativ auffälligen Standorten) und von denen 1 Standort bereits im Erfassungsjahr 2016 qualitativ auffällig war, umfasst der Indikator mit der QI-ID 50719 die dritthöchste Anzahl an qualitativ auffälligen Krankenhausstandorten. Dabei berichtet lediglich ein Bundesland von wenigen, im Rahmen von Stellungnahmen geklärten Einzelfällen. Es wurden insgesamt 4 Zielvereinbarungen getroffen. Der Anteil des Indikators an allen Indikatoren mit in der Struktur- und Prozessqualität auffälligen Indikatoren beträgt für das Erfassungsjahr 2017 15,28 %. Hinsichtlich des Anteils von Standorten mit Struktur- und Prozessmängeln an allen in diesem Indikator qualitativ auffälligen Standorten erfolgte zwischen den Erfassungsjahren 2016 (80 %) und 2017 (73,33 %) eine Verbesserung von ca. 7 Prozentpunkten. Einer der als qualitativ auffällig eingestuftes Krankenhausstandorte war auch im Erfassungsjahr 2016 qualitativ auffällig geworden.

QI 52279: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (planungsrelevanter Qualitätsindikator)

Das Ergebnis des Qualitätsindikators mit der QI-ID 52279 zur intraoperativen Bildgebung mit dem Ziel einer adäquaten Resektion hat sich für das Erfassungsjahr 2017 im Vergleich zu 2016 (EJ 2016: rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte: 180, davon 62 auch qualitativ auffällig) verbessert. Im Strukturierten Dialog für das Erfassungsjahr 2017 waren 49 Krankenhausstandorte rechnerisch auffällig, von denen 8 innerhalb des QSKH-RL-Verfahrens auch als qualitativ auffällig eingestuft worden sind. 2 der qualitativ auffälligen Standorte waren dies auch im Erfassungsjahr 2016. Rechnerisch auffällig waren im Erfassungsjahr 2016 bereits 24 sowie in den Erfassungsjahren 2015 und 2016 ebenfalls 17 Krankenhausstandorte. Den Berichten aus den Bundesländern lässt sich entnehmen, dass teilweise notwendige technische Voraussetzungen im OP nicht vorhanden waren. Des Weiteren informieren die Bundesländer über Dokumentationsprobleme sowie -fehler bei rechnerisch auffälligen Standorten. Es wurden insgesamt 5 Zielvereinbarungen getroffen.

Um eine Einschätzung zur Versorgungsqualität und ggf. eines besonderen Handlungsbedarfs des Indikators vornehmen zu können, müssen die Verfahren nach QSKH-RL (Strukturierter Dialog)

mit dem Endergebnis „qualitativ auffällig“ sowie nach plan. QI-RL (Stellungnahmeverfahren) mit dem Endergebnis „unzureichende Qualität“ gemeinsam betrachtet werden. Für den Indikator ergibt sich eine auffällige (n = 8) bzw. unzureichende (n = 28) Qualität in 6,52 % (n = 36) aller 552 für das Erfassungsjahr 2017 betrachteten Krankenhausstandorte. Diesbezüglich verbesserte sich der Indikator zum Erfassungsjahr 2016 um ca. 4 Prozentpunkte.

QI 2163: „Primäre Axilladisektion bei DCIS“ (planungsrelevanter Qualitätsindikator)

Um eine Einschätzung zur Versorgungsqualität und ggf. eines besonderen Handlungsbedarfs des Indikators vornehmen zu können, müssen die Verfahren nach QSKH-RL (Strukturierter Dialog) mit dem Endergebnis „qualitativ auffällig“ sowie nach plan. QI-RL (Stellungnahmeverfahren) mit dem Endergebnis „unzureichende Qualität“ gemeinsam betrachtet werden. Für den Indikator ergibt sich eine qualitativ auffällige (n = 0) bzw. unzureichende (n = 0) Qualität für 0 % der 522 Standorte des Erfassungsjahres 2017. Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine Verbesserung dar.

Die beiden nachfolgenden Qualitätsindikatoren: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate“ (QI-ID 52267) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate“ (QI-ID 52278) wurden mit dem Erfassungsjahr 2017 neu eingeführt. Der Strukturierte Dialog für das Erfassungsjahr 2017 war aufgrund der zufallsbedingten Schwankungen des diskreten tumorbiologischen HER2-Merkmals für Einrichtungen ab 4 Fällen in der Grundgesamtheit des QI zu führen. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs sollte ermittelt werden, ob relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik bestehen und wie sie durch den Strukturierten Dialog konkret identifizierbar gemacht werden können.

QI 52267: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate“

Der Indikator weist insgesamt 55 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte auf, von denen 6 auch qualitativ auffällig waren. Struktur- und Prozessmängel wurden aus den Bundesländern von 5 Standorten berichtet. Diese Mängel umfassen in einem Fall ein Aufklärungsdefizit, bei dem die Patientin oder der Patient die Therapie abgelehnt hatte; die Bestimmung des HER2-Status hätte aber mindestens erfolgen sollen. In einem anderen Fall empfahl der Fachausschuss auf Landesebene die Überweisung an ein Brustzentrum. Einmal konnte die qualitative Auffälligkeit vom Krankenhausstandort nicht ausreichend erklärt werden. Hinsichtlich von Dokumentationsdefiziten erläutern die Bundesländer in ihren Berichten, dass es sich u. a. um fehlerhafte Dokumentation handelt. Ein Bundesland teilt mit, dass es zu einer massiven Fehldokumentation kam, ohne dies genauer zu benennen. Während ein Bundesland berichtet, dass von einer Sensibilisierung der Pathologien bezüglich der Qualität der eingesetzten Nachweisverfahren einschließlich der Auswertung ausgegangen werde, teilt ein weiteres Bundesland mit, dass der durch das IQTIG den LQS zur Verfügung gestellte Fragenkatalog an alle Pathologien im Bundesland gesendet, jedoch lediglich von einer beantwortet und zurückgesendet wurde.

QI 52278: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate“

Der Indikator 52278 wies mit 50 rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten etwas weniger rechnerische Auffälligkeiten als der Indikator mit der QI-ID 52267 auf. Von diesen 50 Standorten waren 20 % (N = 10) auch qualitativ auffällig. Mit einer Ausnahme, in welcher keine ausreichende Erklärung des Standortes für die hohe HER2-Positivitätsrate vorlag, berichten die Bundesländer über Struktur- und Prozessmängel. So wurde u. a. die Implementierung eines Standards zur Gewebefixation empfohlen. Ein Bundesland erläutert, dass für zwei Krankenhausstandorte mit qualitativ auffälligem Ergebnis dasselbe Labor zuständig gewesen sei. Die Standorte wurden gebeten, das Labor auf die auffälligen Ergebnisse hinzuweisen. Des Weiteren wurde ihnen die interne Überwachung der HER2-Positivitätsraten empfohlen. Über Dokumentationsfehler wurde in dem Indikator sehr selten berichtet.

Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren nach plan. QI-RL

Im Stellungnahmeverfahren nach plan. QI-RL wurden für das Erfassungsjahr 2017 insgesamt 50 statistisch auffällige Standorte festgestellt. 39 statistisch auffällige Ergebnisse entfielen auf den Indikator „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52279). In diesem planungsrelevanten Qualitätsindikator wurde auch für 71,8 % der statistisch auffälligen Standorte eine unzureichende Qualität festgestellt. Im Gegensatz dazu zeigten sich im Indikator „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ (QI-ID 2163) nur zwei statistisch auffällige Standorte, die beide mit zureichender Qualität bewertet wurden. Im Indikator „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52330) wurde von 9 statistisch auffälligen Standorten 4 Mal eine unzureichende Qualität festgestellt. Insgesamt wurde bei 64,0 % der statistisch auffälligen Standorte eine unzureichende Qualität konstatiert.

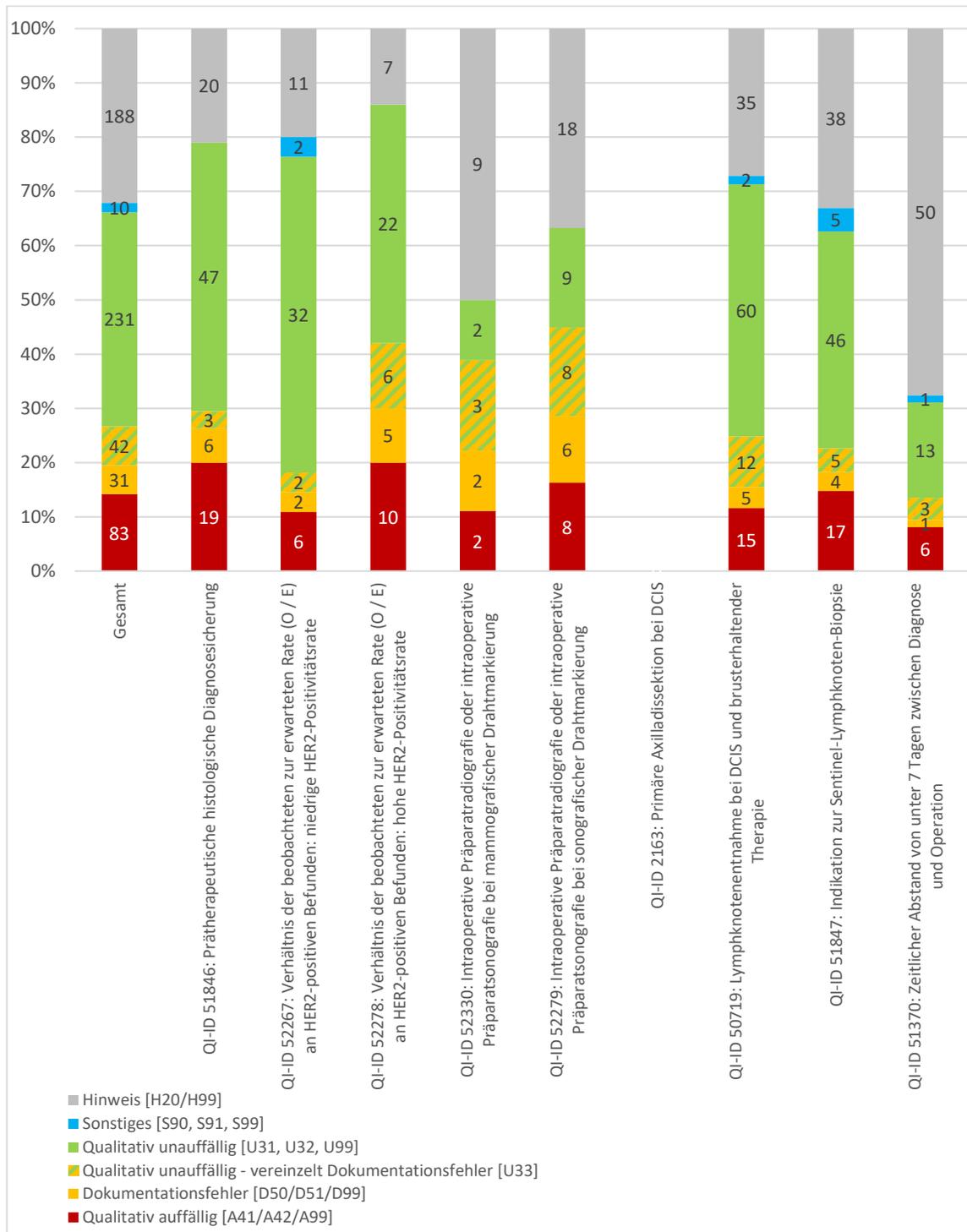


Abbildung 38: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie

(Für Qualitätsindikatoren ohne rechnerisch auffälliges Ergebnis ist kein Balken dargestellt)

5.2.8 Perinatalmedizin

Stefanie Schill, Teresa Thomas, Diana Münch, PD Dr. Günther Heller

- QS-Verfahren *Geburtshilfe*
- QS-Verfahren *Neonatologie*

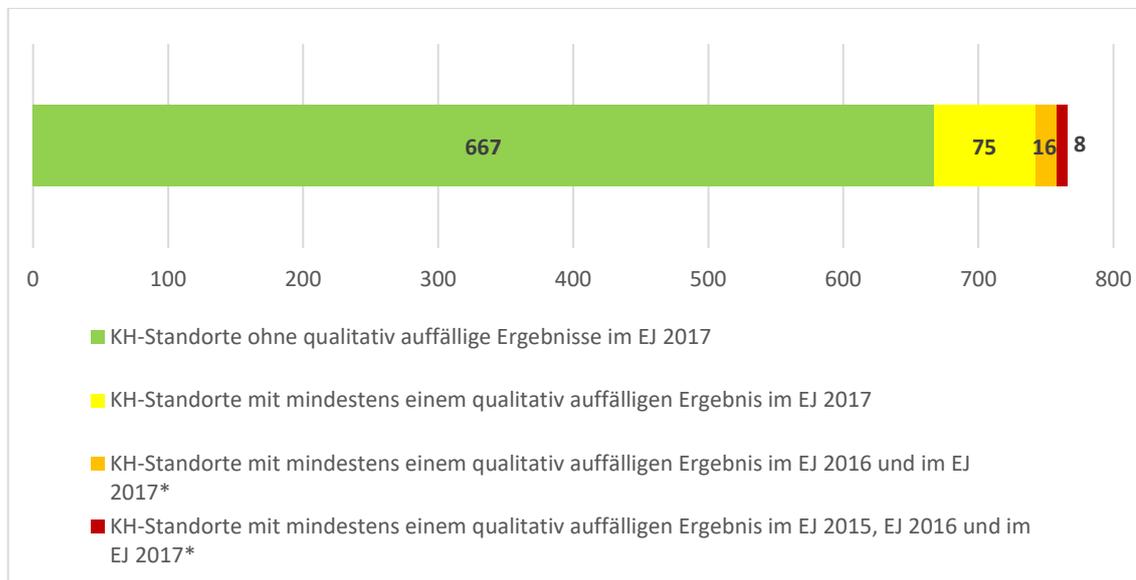


Abbildung 39: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.

Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Perinatalmedizin betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2015, 2016 und 2017 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Geburtshilfe

Im QS-Verfahren *Geburtshilfe* wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2017 238 rechnerische Auffälligkeiten in 9 Qualitätsindikatoren mit einem Referenzbereich festgestellt. Dieses Ergebnis scheint im Vergleich zum Erfassungsjahr 2016, in dem 444 rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden, zunächst stark rückläufig. Diese Reduktion lässt sich jedoch auf eine Neuerung im Erfassungsjahr 2017 bezüglich der Bewertung von Auffälligkeiten zurückführen: Bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wurde ein Stellungnahmeverfahren gemäß plan. QI-RL zu *statistischen* Auffälligkeiten durchgeführt, zu den *rechnerischen* Auffälligkeiten dieser Qualitätsindikatoren hat lediglich ein Strukturierter Dialog nach QSKH-RL stattgefunden. Da der vorliegende Bericht vordergründig auf die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nach QSKH-RL eingeht, entfällt für die folgenden fünf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Geburtshilfe* – aufgrund der Nichtberücksichtigung der statistisch auffälligen Ergebnisse – ein Vergleich der Ergebnisse zum Vorjahr respektive zu den Vorjahren:

- Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten (QI-ID 318)
- Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen (QI-ID 330)

- E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten (QI-ID 1058)
- Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung (QI-ID 50045)
- Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (QI-ID 51803)

Ebenso ist die oben aufgeführte Anzahl aller rechnerischen Auffälligkeiten über alle geburtshilflichen Qualitätsindikatoren nur bedingt mit dem Vorjahr vergleichbar.

Durchgeführte Maßnahmen im Strukturierten Dialog nach QSKH-RL

Zu den 238 rechnerischen Auffälligkeiten des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2017 wurden insgesamt 56 Hinweise (23,53 %) versendet und 181 Stellungnahmen (76,05 %) angefordert. 14 rechnerische Auffälligkeiten (5,88 %) boten im Erfassungsjahr 2017 einen Anlass für kollegiale Gespräche, in keinem Fall wurde eine Begehung durchgeführt. Abschließend wurden 16 Zielvereinbarungen (6,72 %) mit den betroffenen Krankenhäusern geschlossen. Die meisten kollegialen Gespräche wurden zum Qualitätsindikator „Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung“ (QI-ID 318) geführt (30,00 %). Obwohl für den planungsrelevanten Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (QI-ID 51803) innerhalb des Strukturierten Dialogs nur die rechnerisch auffälligen Ergebnisse betrachtet wurden, wurden für das Erfassungsjahr 2017 prozentual die meisten Zielvereinbarungen zu diesem Qualitätsindikator geschlossen (20,00 %).

Der Strukturierte Dialog wurde im Erfassungsjahr 2017 vor allem zum Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten“ (QI-ID 52249) geführt, zu welchem 72 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt wurden. Für die Erfassungsjahre 2016 und 2015 wurden hier 70 respektive 78 rechnerische Auffälligkeiten gefunden. Von den 72 identifizierten rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Indikator waren 14 Krankenhausstandorte bereits im Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig, 9 in den beiden Erfassungsjahren 2015 und 2016. Bei alleiniger Betrachtung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse zeigt sich, dass im planungsrelevanten Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) keine rechnerischen Auffälligkeiten identifiziert wurden.

Es ist hervorzuheben, dass im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2017 zu den Qualitätsindikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad III und IV bei spontanen Einlingsgeburten“ (QI-ID 51181), „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten“ (QI-ID 52249) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung“ (QI-ID 51831) insgesamt erheblich weniger Hinweise verschickt und vermehrt Stellungnahmen angefordert wurden als noch im Jahr zuvor. Der reduzierte Anteil der versendeten Hinweise kann darauf zurückgeführt werden, dass das IQTIG und die Bundesfachgruppe *Perinatalmedizin* die auf Landesebene beauftragten Stellen für Qualitätssicherung aufgrund der Vielzahl der in der Vergangenheit übermittelten Hinweise zu einigen Qualitätsindikatoren (QI-ID 52249 und 51181) gebeten haben, die Vergabe von Hinweisen möglichst zu vermeiden und dafür Stellungnahmen anzufordern. So lag z. B. der Anteil an Hinweisen im Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten“ (QI-ID 51181) im Erfassungsjahr 2016 noch bei 87,88 % (n = 29 von 33 rechnerisch auffälligen Ereignissen in diesem Indikator), im Erfassungsjahr 2017 hingegen bei

50,00 % (n = 15 von 30 rechnerisch auffälligen Ereignissen in diesem Indikator). Der Anteil der angeforderten Stellungnahmen betrug in diesem Qualitätsindikator im Erfassungsjahr 2016 12,12 % (n = 4 von 33 rechnerisch auffälligen Ereignissen in diesem Indikator) und im Erfassungsjahr 2017 50,00 % (n = 15 von 30 rechnerisch auffälligen Ereignissen in diesem Indikator). Hierbei sei allerdings angemerkt, dass eine Rate von 50,00 % an übermittelten Hinweisen weiterhin als zu hoch anzusehen ist. Ergänzend konnte festgestellt werden, dass durch die verminderte Vergabe von Hinweisen und die vermehrte Anforderung von Stellungnahmen in diesen Qualitätsindikatoren (QI-ID 52249 und 51181) ein höherer Anteil und eine größere Anzahl an qualitativ auffälligen und qualitativ unauffälligen Ereignissen ermittelt werden konnte. Im Nachgang des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2016 wurden alle auf Landesebene beauftragten Stellen für Qualitätssicherung – neben der Empfehlung, weniger Hinweise zu vergeben – ebenso um eine Stellungnahme zu den Ursachen für die hohe Anzahl an verschickten Hinweisen gebeten. Hier wurde bezüglich des Qualitätsindikators „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten“ (QI-ID 51181) angegeben, dass insbesondere bei Krankenhausstandorten, bei denen das rechnerisch auffällige Ergebnis im Vorjahr noch im Referenzbereich lag und der Toleranzbereich im aktuellen Jahr nur knapp verfehlt wurde, Hinweise versandt werden. Weiterhin sei die Erkennung höhergradiger Dammrisse stark abhängig vom individuellen Ausbildungsstand und die Einstufung des Dammrisse von der persönlichen Wahrnehmung der Ärztin bzw. des Arztes und von den vorhandenen lokalen Gegebenheiten abhängig. Aufgrund der in der Vergangenheit auftretenden Problematiken hinsichtlich der ungenauen Diagnostik und Klassifizierung des Schweregrades eines Dammrisse wurde der vormals bestehende Ergebnisindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten“ (QI-ID 51181) ab dem Erfassungsjahr 2018 zu einem Index „Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten“ (QI-ID 181800) verrechnet. Dieser berücksichtigt zukünftig alleinig Dammrisse Grad IV, welche eindeutig / am sichersten diagnostiziert werden können.

Neonatologie

Im QS-Verfahren *Neonatologie* wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2017 insgesamt 332 rechnerische Auffälligkeiten basierend auf 8 Qualitätsindikatoren mit einem Referenzbereich identifiziert. Im Erfassungsjahr 2016 wurde ein Strukturiertes Dialog zu 7 Qualitätsindikatoren geführt, zu denen 265 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt wurden. Der vormals bestehende Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (QI-ID 51845) wird seit dem Erfassungsjahr 2017 nicht mehr als Qualitätsindikator, sondern als Auffälligkeitskriterium der Datenvalidierung geführt. Erstmals wurde im Erfassungsjahr 2017 zum Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (QI-ID 52262) ein Strukturiertes Dialog von den auf Landesebene beauftragten Stellen für Qualitätssicherung durchgeführt. Der Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (QI-ID 50064) wurde ab dem Erfassungsjahr 2017 stratifiziert in zwei neuen Qualitätsindikatoren dargestellt: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (QI-ID 50069) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeburten mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (QI-ID 50074). Der vormals be-

stehende Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 50048) wird seit dem Erfassungsjahr 2017 im Qualitätsindikator „Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 51070) ausgewiesen: Im Nenner werden nur noch Kinder mit einem Gestationsalter von mind. 32 + 0 Wochen p.m. und einem Geburtsgewicht von mind. 1.500 Gramm berücksichtigt (vormals keine Einschränkung auf Risiko-Lebendgeborene). Zudem wird dieser Qualitätsindikator als ein Sentinel Event berechnet (vormals Logistische Regression), jeder eintretende Todesfall wird somit rechnerisch auffällig.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2017 wurden insgesamt 39 rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Dies ergibt einen Anteil von 11,75 %. Im Erfassungsjahr 2016 wurden hingegen 29 rechnerische Ergebnisse (10,94 %) als qualitativ auffällig eingestuft. Demnach ist der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen. Die häufigsten qualitativen Auffälligkeiten wurden in den Qualitätsindikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (QI-ID 50069, n = 10 von 31 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeburten mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (QI-ID 50074; n = 7 von 20 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator) festgestellt. Bezogen auf diese Qualitätsindikatoren fanden sich in den Länderberichten zum Erfassungsjahr 2017 keine Erläuterungen zu den qualitativen Auffälligkeiten.

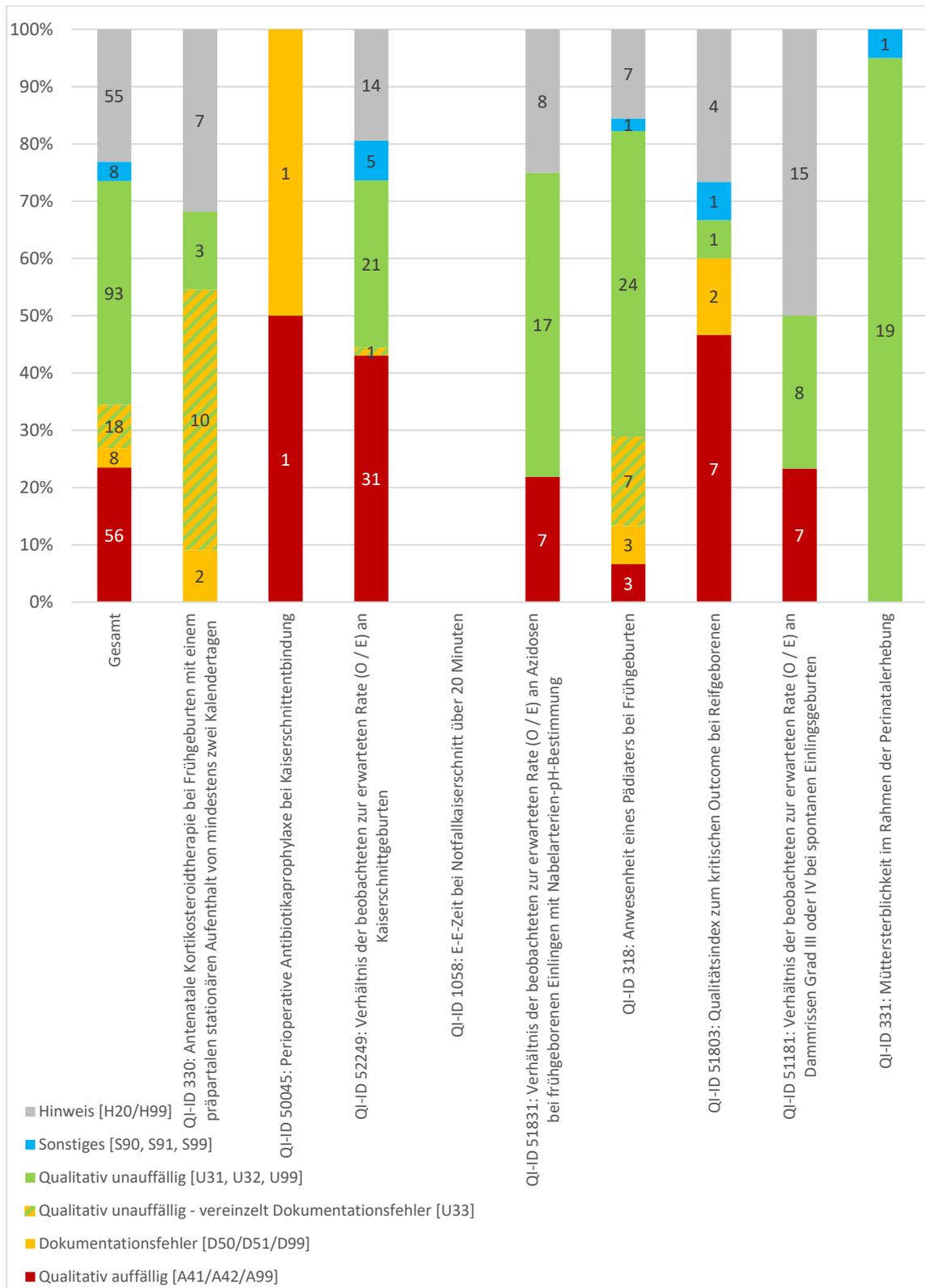


Abbildung 40: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe

(Für Qualitätsindikatoren ohne rechnerisch auffälliges Ergebnis ist kein Balken dargestellt)

Geburtshilfe

Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog nach QSKH-RL pro Qualitätsindikator

Der Anteil der Ergebnisse, die nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2017 aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation rechnerisch auffällig waren, liegt bei 3,36 % (n = 8 von 238 rechnerischen Auffälligkeiten). Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (QI-ID 50045) wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2017 bei 50,00 % der rechnerisch auffälligen Ereignisse im Indikator Dokumentationsfehler festgestellt, wobei in diesem Indikator nur 2 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt wurden.

Der Anteil aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die innerhalb des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, liegt für das Erfassungsjahr 2017 bei 46,64 % (n = 111 von 238 rechnerischen Auffälligkeiten). Im Qualitätsindikator „Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung“ (QI-ID 331) wurden seit Jahren die meisten qualitativ unauffälligen Ergebnisse im Strukturierten Dialog identifiziert (EJ 2017: 95,00 %; EJ 2016: 73,33 %; EJ 2015: 80,00 %). In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog 2017 wurden für die Einstufung als qualitativ unauffälliges Ereignis überwiegend schicksalhafte Verläufe (z. B. Malignom, Stammganglienblutung mit malignem Hirnödem, Herz-Kreislauf-Versagen nach fulminanter Lungenembolie, Sepsis mit fulminanter Endomyokarditis) genannt, bei denen es keine Anzeichen auf ein Qualitätsdefizit gegeben hat.

Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318) wurde bei alleiniger Betrachtung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ein hoher Anteil an qualitativ unauffällig bewerteten Ereignissen ermittelt (68,89 %). In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog wird regelmäßig angegeben, dass die Einstufung als qualitativ unauffälliges Ereignis im Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318) durch akute, nicht im Voraus planbare geburtshilfliche Einzelsituationen zurückzuführen sind, bei denen es nicht zu vermeiden ist, dass die Pädiaterin oder der Pädiater postpartal – selbst in einer pädiatrischen Fachabteilung – eintrifft oder dass aufgrund dieser Einzelsituationen eine Verlegung in utero nicht erfolgen konnte. Zudem wurden besondere klinische Situationen wie z. B. Verkehrsunfall oder Schwangerschaft nicht bekannt aufgezeigt. Weiterhin sind Fehldokumentationen in der QS-Dokumentation zu nennen (z. B. vergessene Dokumentation bereits präpartal eingetretener Pädiater, Fehldokumentationen des Gestationsalters).

Von den insgesamt 238 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2017 wurden 56 Qualitätsindikatorergebnisse nach Durchführung des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig bewertet (23,53 %). Für das Erfassungsjahr 2017 wurden im Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten“ 31 Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft (43,06 %). Bereits im Vorjahr wurden die rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Qualitätsindikator mit einer hohen Anzahl als qualitativ auffällig klassifiziert (n = 20; 28,57 %). In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2017 wird z. B. erwähnt, dass in der Stellungnahme eines mit qualitativ auffällig bewerteten Krankenhauses keine ausreichend erklärenden Gründe für die (wiederholt) rechnerische Auffälligkeit benannt wurden. Weiterhin wurden z. B. Hinweise auf Prozess- oder Strukturängel als Begründung für

das qualitativ auffällige Ergebnis angegeben. Im Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung“ (QI-ID 51831) konnte für das Erfassungsjahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr ein erhöhter Anteil der als qualitativ auffällig bestimmten Ereignisse festgestellt werden. So lag dieser Anteil im Erfassungsjahr 2016 bei 10,26 % (n = 4 von 39 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator), im Erfassungsjahr 2017 bei 21,88 % (n = 7 von 32 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator). In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2017 fanden sich keine Erläuterungen zur qualitativen Auffälligkeit in diesem Qualitätsindikator. Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (QI-ID 51803) kann bei alleiniger Betrachtung der rechnerischen Auffälligkeiten ein hoher Anteil bzw. eine hohe Anzahl an qualitativ auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2017 festgestellt werden (46,67 %; n = 7 von 15 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator).

Um allerdings eine abschließende Gesamteinschätzung zur Versorgungsqualität der oben genannten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vornehmen zu können, ist darauf hinzuweisen, dass die Verfahren nach QSKH-RL (Strukturierter Dialog) mit dem Endergebnis „qualitativ auffällig“ sowie nach plan. QI-RL (Stellungnahmeverfahren) mit dem Endergebnis „unzureichende Qualität“ gemeinsam zu betrachten sind. Eine kurze Zusammenfassung zu den Ergebnissen aus dem Stellungnahmeverfahren nach plan. QI-RL ist hierunter wiedergegeben.

Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren nach plan. QI-RL

Im Erfassungsjahr 2017 wurden im Stellungnahmeverfahren nach plan. QI-RL 97 statistisch auffällige Standorte ermittelt. Im Qualitätsindikator „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (QI-ID 50045) wurden keine statistischen Auffälligkeiten identifiziert. Die höchste Anzahl an statistisch auffälligen Ereignissen (n = 69) wurde im Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318) gefunden (71,13 %).

Von den 97 statistisch auffälligen Ergebnissen zu den geburtshilflichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wurden 28,87 % (n = 28) im Zuge des Stellungnahmeverfahrens mit unzureichender Qualität bewertet. Hier ist hervorzuheben, dass 100,00 % der statistisch auffälligen Ergebnisse (n = 12) im Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) als „unzureichend“ eingestuft wurden. Weiterhin wurden 66,67 % (n = 4) der 6 statistischen Auffälligkeiten im Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (QI-ID 51803) mit unzureichender Qualität beurteilt.

71,1 % (n = 69) der 97 statistisch auffälligen Ergebnisse wurden innerhalb des Stellungnahmeverfahrens gemäß plan. QI-RL mit zureichender Qualität bewertet. 86,96 % (n = 60) der 69 statistischen Auffälligkeiten im Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318) erhielten die Einstufung „zureichende Qualität“, im Qualitätsindikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens 2 Kalendertagen“ (ID 330) waren dies 70,00 % (n = 7 von 10 statistisch auffälligen Ergebnissen im Indikator).

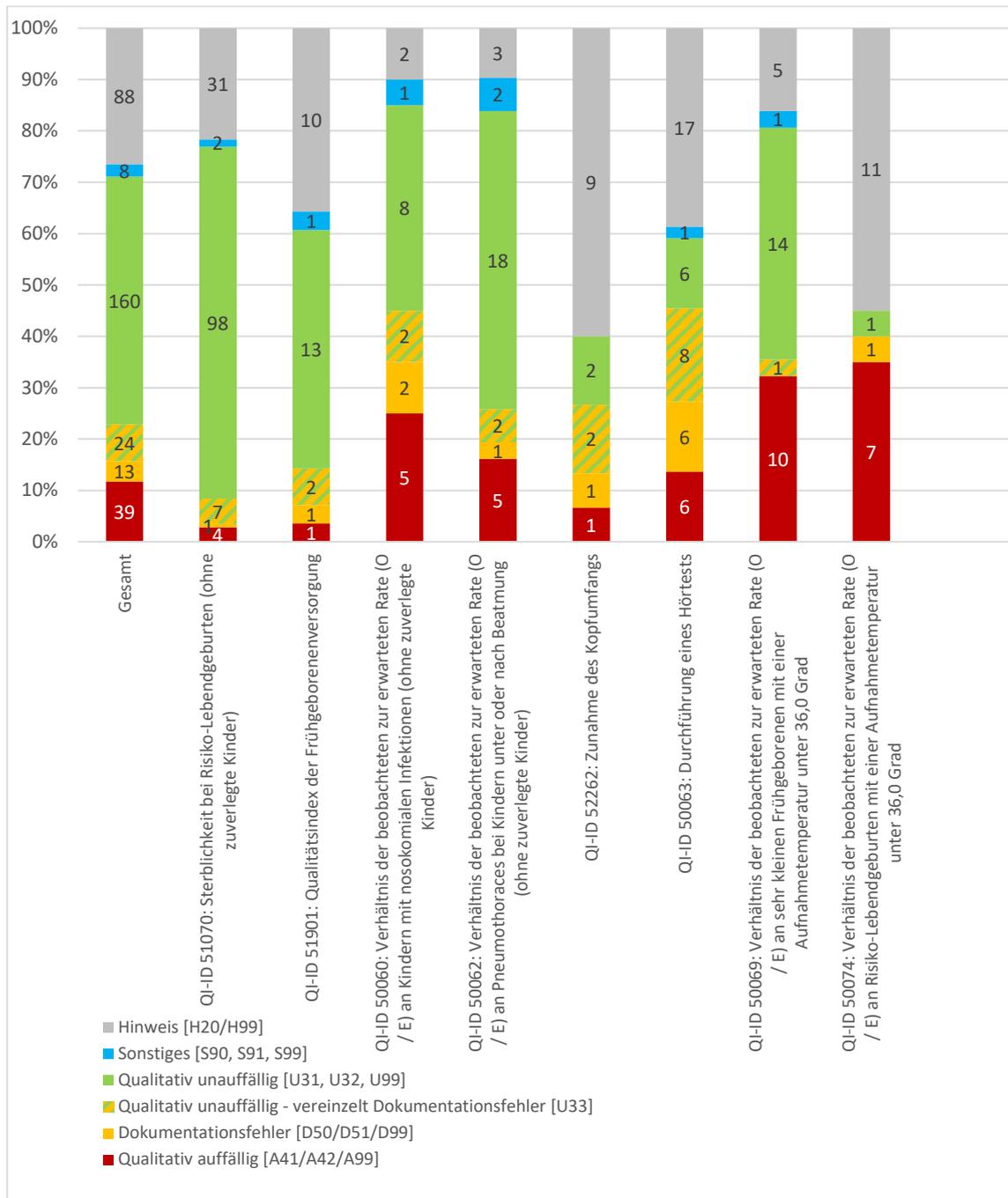


Abbildung 41: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie

Neonatologie

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2017 wurden bei 26,51 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren Hinweise verschickt, dies ist eine Reduktion des Anteils gegenüber dem Vorjahr (EJ 2016: 41,51 %). Der stark reduzierte Anteil der versendeten Hinweise kann darauf zurückzuführen sein, dass das IQTIG und die Bundesfachgruppe *Perinatalmedizin* die auf Landesebene beauftragten Stellen für Qualitätssicherung auf-

grund der Vielzahl der in der Vergangenheit übermittelten Hinweise zu einigen Qualitätsindikatoren (insbesondere QI-ID 50063) gebeten haben, die Vergabe von Hinweisen möglichst zu vermeiden und dafür Stellungnahmen anzufordern. Im Erfassungsjahr 2017 wurde der größte Anteil an Hinweisen zu den Qualitätsindikatoren „Zunahme des Kopfumfangs“ (QI-ID 52262) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeburten mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (QI-ID 50074) versendet (60,00 % respektive 55,00 %). Zum Qualitätsindikator „Durchführung eines Hörtests“ wurden für das Erfassungsjahr 2017 38,64 % Hinweise verschickt, für das Erfassungsjahr 2016 betrug dieser Anteil 52,38 %. Eine mögliche Begründung, warum bei einem so hohen Anteil aller rechnerischen Auffälligkeiten in diesen Indikatoren lediglich Hinweise versendet wurden, ist aus den Länderberichten zum Strukturierten Dialog 2017 nicht ersichtlich. Im Nachgang des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2016 wurden alle auf Landesebene beauftragten Stellen für Qualitätssicherung – neben der Empfehlung weniger Hinweise zu vergeben – um eine Stellungnahme zu den Ursachen für die hohe Anzahl an verschickten Hinweisen gebeten. Hier wurde bezüglich des Qualitätsindikators „Durchführung eines Hörtests“ angegeben, dass insbesondere bei Einzelfällen und erstmaligen und minimalen rechnerischen Abweichungen vom Referenzbereich Hinweise versandt werden.

Der Anteil aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die im Strukturierten Dialog als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, ist von 38,87 % im Erfassungsjahr 2016 auf 55,42 % im Erfassungsjahr 2017 gestiegen. In den Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 51070) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 50062) fanden sich die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig (77,78 % respektive 64,52 %). Im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2016 betrug die Rate an qualitativ unauffälligen Ergebnisse im Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 50062) noch 63,0 %. In den Rückmeldungen zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2017 wurden unvermeidliche, schicksalhaft verlaufende und medizinisch begründete Einzelfälle, bei denen keine Mängel in der Qualität der medizinischen Leistungserbringung zu erkennen waren, als Begründung für eine Einstufung als qualitativ unauffälliges Ereignis genannt. In vielen Fällen handelte es sich hierbei um frühgeborene Kinder mit angeborenen schweren Fehlbildungen in Kombination mit sehr niedrigem Geburtsgewicht, peripartalen Asphyxien (bei aus den externen Geburtskliniken zuverlegten Kindern) und fetaler Kardiomyopathie. Im Qualitätsindikator „Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)“ wurde zudem auf die Schwierigkeit bei der Bewertung eines in der externen Geburtshilfe geborenen und in der Neonatologie verstorbenen Kindes eingegangen: Zum einen waren aufgrund fehlender Rechtsgrundlage Unterlagen zum Geburtsverlauf nicht in allen Fällen einzusehen. Zum anderen konnte die Bewertung eines möglichen qualitativen Mangels der externen Geburtsklinik nicht durch eine Bewertung der im Verlauf behandelnden Neonatologie vorgenommen werden, da der Strukturierte Dialog nur mit den Neonatologinnen und Neonatologen geführt werden konnte und daher keine Einzelheiten zur geburtshilflichen Versorgung bekannt waren. Das IQTIG und die Bundesfachgruppe *Perinatalmedizin* haben in der Vergangenheit eine Empfehlung an alle

auf Landesebene beauftragten Stellen für Qualitätssicherung ausgegeben, die beteiligten Geburtshelfer bei auftretenden Todesfällen in der Neonatologie mit in den Diskurs einzubinden. Aufgrund der (noch) fehlenden rechtlichen Grundlage musste die Empfehlung allerdings vorerst zurückgezogen werden.

5.2.9 Orthopädie und Unfallchirurgie

Cristina Thole, Christine Krabbe, Dr. Anja Katharina Dippmann

- QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*
- QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung*
- QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*

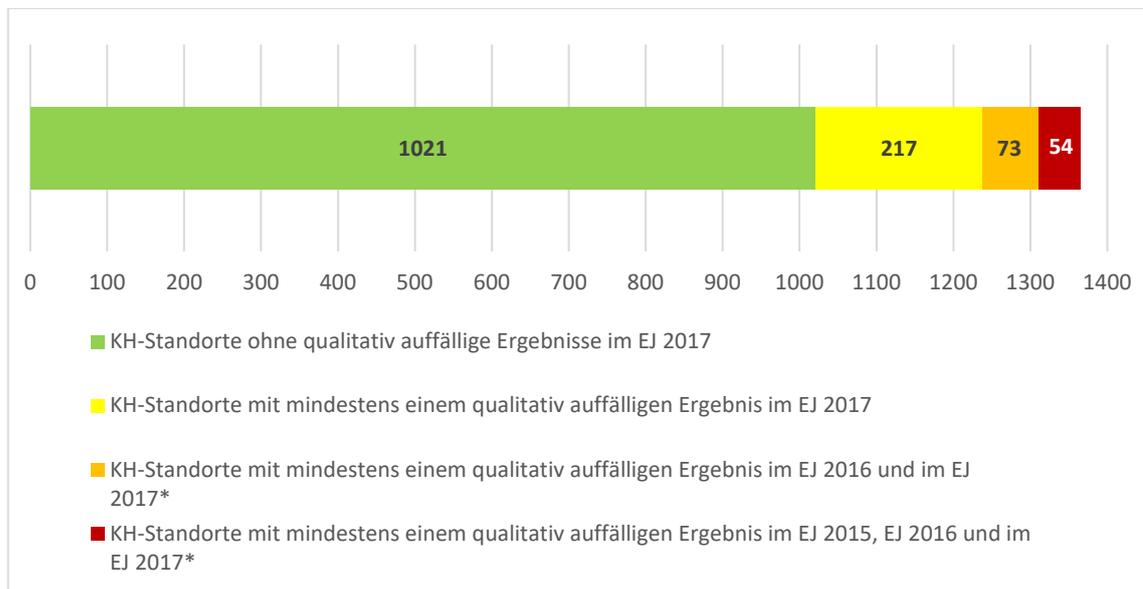


Abbildung 42: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.

Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Orthopädie und Unfallchirurgie betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2015, 2016 und 2017 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Der Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie umfasste im EJ 2017 insgesamt 33 Qualitätsindikatoren, die in 1.365 Krankenhausstandorten erhoben wurden. Für 344 Standorte (25 %) zeigte sich hierbei mindestens ein qualitativ auffälliges Ergebnis. Die verfahrensübergreifende Betrachtung der Anzahl qualitativ auffälliger Ergebnisse war im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert.

Eine Landesgeschäftsstelle bemängelt im Rahmen der Berichterstattung den hohen zeitlichen Aufwand für die Bearbeitung der großen Anzahl an Anfragen bei statistisch auffälligen Ergebnissen. Zwei weitere sprechen im Zusammenhang der orthopädisch und unfallchirurgischen QS-

Verfahren von einem erheblichen und ineffektiven Zeitaufwand. Eine LQS wünscht sich in diesem Zuge „einen Hinweis der Verantwortlichen an die Krankenhäuser, die Kodierqualität zu erhöhen“. Über alle Indikatoren hinweg führten überwiegend Struktur- und Prozessmängel (< 90 %) zu einer qualitativ auffälligen Bewertung, wobei der Einfluss der Indikatoren zur präoperativen Verweildauer maßgeblich war.

Am häufigsten wurden weiterhin Krankenhäuser aufgrund rechnerisch auffälliger Ergebnisse in den Indikatoren zur präoperativen Verweildauer (*Hüftendoprothesenversorgung*: QI-ID 54003, *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*: QI-ID 54030) qualitativ auffällig. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden im Indikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (QI-ID 54030) und im Indikator „Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (QI-ID 54003) knapp über 20 % der Fälle als qualitativ auffällig beurteilt. Ein Vergleich mit dem Vorjahr zeigt hier eine – wenn auch kleine – positive Entwicklung (-1 Prozentpunkt).

Aus den Märzberichten gehen folgende, teilweise wiederkehrende Gründe für ein als qualitativ auffällig bewertetes Ergebnis der Indikatoren zur präoperativen Verweildauer hervor:

- Fehlende Kapazitäten/Verfügbarkeit u. a. von Operationssälen, Personal und Intensivbetten vorwiegend an Wochenenden und Feiertagen
- Aufnahme kurz vor oder am Wochenende
- reines Belegkrankenhaus
- Präoperativer Stabilisierungsbedarf/Multimorbidität (u. a. durch höhere Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken aufgrund schwerer Unfallverletzungen)
- Verzögerte endgültige Diagnosestellung
- Einnahme von (neuen bzw. direkten) oralen Antikoagulantien/Blutungsgefahr/Gerinnungsmanagement
- Fehlende Einwilligung/Absprache mit dem Betreuenden

Eine Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung beschreibt den „Umgang mit den neuen oralen Antikoagulantien als derzeit größtes Problem“. „Die Einrichtungen schildern den trotz bereits intensiv stattfindenden fachlichen Diskurs zwischen den Anästhesisten/Internisten und den Unfallchirurgen bestehenden medizinischen Interessenkonflikt zwischen vorsichtiger Anhebung der Gerinnungsparameter und zeitnaher operativer Versorgung.“

Von mehreren Landesstellen wurde berichtet, dass zahlreiche Krankenhausstandorte aufgrund geringfügiger Überschreitungen der 24 Stunden auffällig geworden sind. Ein Qualitätsbüro fasst zur Bewertung die rechnerisch auffälligen Ergebnisse der beiden Indikatoren zur präoperativen Verweildauer bei osteosynthetisch und endoprothetisch versorgten Femurfrakturen zusammen. Liegen die Ergebnisse in der Einzelbetrachtung, nicht aber nach der Zusammenführung, außerhalb des Referenzbereiches, erhielten die betroffenen Standorte einen Hinweis mit der Bitte, eine „kritische interne Analyse“ des Ergebnisses vorzunehmen und Maßnahmen einzuleiten. Zudem wird die Einführung eines Toleranzbereichs in Erweiterung des Referenzbereiches zur Berücksichtigung minimaler Überschreitungen der präoperativen Verweildauer empfohlen. Für

derartige Fälle mit Überschreitungen der 24 bzw. 48 Stundengrenze wurde die Anzahl auffälliger Krankenhausfälle durch ein Qualitätsbüro korrigiert. Darüber hinaus empfiehlt ein anderes Qualitätsbüro, das Vorliegen eines Polytraumas als Ausschlussgrund für das Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* aufzunehmen – analog zum Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*. Die Fachgruppe argumentiert damit, dass „bei schweren Unfallverletzungen deutlich höhere Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken“ vorliegen. Das IQTIG verweist in diesem Zusammenhang auf die dokumentationspflichtigen Fälle bei *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*. Es wird nicht unmittelbar das „Polytrauma“ aus der Qualitätssicherung ausgeschlossen, sondern vielmehr die *isolierte hüftgelenknahe Femurfraktur* als dokumentationspflichtig definiert. Das bedeutet, dass im Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* Krankenhausfälle von der Dokumentationspflicht ausgeschlossen werden, bei denen sowohl eine hüftgelenknahe Femurfraktur wie auch beispielsweise ein Arm- oder Rippenbruch vorliegt. In dem Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* wurde grundsätzlich eine andere Population als QS-dokumentationspflichtig zur Betrachtung der Qualitätsaspekte definiert. In diesem Verfahren werden alle Krankenhausfälle betrachtet, die ein endoprothetisches Implantat – also einen Knochenersatz – erhalten. Der Fokus der externen Qualitätssicherung liegt damit eher auf der medizinischen Prozedur als auf der Diagnosestellung. Bereits im Qualitätsreport 2017 verweist das IQTIG aber auch auf die derzeitigen Diskussionen in der externen Qualitätssicherung, die Trennung der Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* und *Hüftendoprothesenversorgung* aufzuheben und gegebenenfalls in einem Erfassungsmodul zu erfassen. Damit würde eine Neubewertung der zu dokumentierenden Fälle für die Qualitätssicherung einhergehen.

Von drei Landesgeschäftsstellen wurde von einer erheblich schnelleren operativen Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Femurfraktur (QI-ID 54003 und 54030) berichtet. Optimierungsmaßnahmen seien gewesen, die präoperative Verweildauer intensiv auf Landesebene und Ergebniskonferenzen zu thematisieren, Fortbildungsveranstaltungen anzubieten, kollegiale Gespräche zu führen, auf Literaturquellen zum Umgang mit Antikoagulantien zu verweisen, juristische Informationen zur Betreuungssituation in Notfällen bereit zu stellen, intensive Diskussionen zur organisatorischen und personellen Voraussetzung zu führen, Vorschläge zu Fort- und Weiterbildungen für das Personal zu unterbreiten und Standardprozeduren zur zügigen Abklärung der OP-Fähigkeit mit den Anästhesisten und die Besprechung der Dokumentationsfehler festzulegen. Neben den Gesprächen mit den Krankenhäusern berichtet die Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus von der Involvierung des Landesministeriums für Soziales und Integration als zuständige Stelle für die Krankenhausplanung.

Bei Betrachtung der Indikatoren zu Komplikationen der drei QS-Verfahren fällt auf, dass zum einen verhältnismäßig viele Hinweise verschickt wurden (je 62 % für QI-ID 54125 und QI-ID 54017), selten Ergebnisse als qualitativ auffällig beschrieben wurden und wenige weiterführende Maßnahmen durchgeführt wurden (QI-ID 54042: eine Besprechung und eine Zielvereinbarung).

Für die Follow-up-Indikatoren wurde im aktuellen Berichtszeitraum erstmals der Strukturierte Dialog geführt. Hierbei wurden für den Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten

Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf“ (QI-ID 10271) rechnerisch auffällige Ergebnisse vergleichsweise häufig als qualitativ auffällig bewertet (20 %). Für den Indikator „Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf“ (QI-ID 54128) waren es lediglich 8 %. Von zwei Landesstellen wird angemerkt, dass die „Einführung von klinikübergreifenden longitudinalen Auswertungen äußerst begrüßt wird“, jedoch „die derzeitige Methodik zu Problemen führt“. Problematisch erweisen sich vor allem die unzureichenden Angaben zu Folgeeingriffen, wenn diese nicht im eigenen Haus durchgeführt wurden, da aus datenschutzrechtlichen Gründen nur ein Teil der Informationen der Landesebene für den Strukturierten Dialog zur Verfügung gestellt werden. In weiteren Gesprächen mit den Landesgeschäftsstellen wurde aber auch bestätigt, dass die durch das IQTIG zur Verfügung gestellten Informationen zu den Wechseloperationen als ausreichend erscheinen. Krankenhäuser, die in den Follow-up-Indikatoren rechnerisch auffällig werden, haben – im Gegensatz zu den Vergleichskrankenhäusern – einen hohen Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 90 Tagen fest verankerte Implantate wieder gewechselt werden mussten. Daher wird bei diesem Indikator von einer Zuweisung der Verantwortung zum implantierenden Krankenhaus sowie im Wesentlichen von einer Beeinflussung des Indikatorwertes durch die implantierende Einrichtung ausgegangen.

Mehrere LQS berichten über einen Anpassungsbedarf der Indikatoren „Todesfälle während des akut-stationären Aufenthalts bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit“ (QI-ID 54013 und QI-ID 54127). So konnte in den geführten Einzelfalldiskussionen im Rahmen des Strukturierten Dialogs „die geringe Sterbewahrscheinlichkeit“ nicht nachvollzogen werden, weshalb für die Risikoadjustierung dieser Indikatoren eine Überarbeitung vorgeschlagen wird. Eine Landesgeschäftsstelle merkt zudem an, dass die Fachgruppe im Rahmen der kollegialen Gespräche „weiterhin keine dem Verfahren gerecht werdende Wertschätzung durch einzelne Krankenhäuser verspürt“. Das IQTIG merkt in diesem Zusammenhang an, dass insbesondere die Angabe der ASA-Kategorie ein Risikofaktor zur Ermittlung des Erwartungswertes in diesem Indikator darstellt. Aufgrund der Erkenntnisse aus der Datenvalidierung wird allerdings deutlich, dass die Dokumentationsqualität der Krankenhäuser zur ASA-Kategorie verbesserungswürdig ist. Das IQTIG empfiehlt daher, die ASA-Kategorien korrekt in der QS-Software zu dokumentieren, sodass die Risikoadjustierung einen fairen Krankenhausvergleich unterstützen kann.

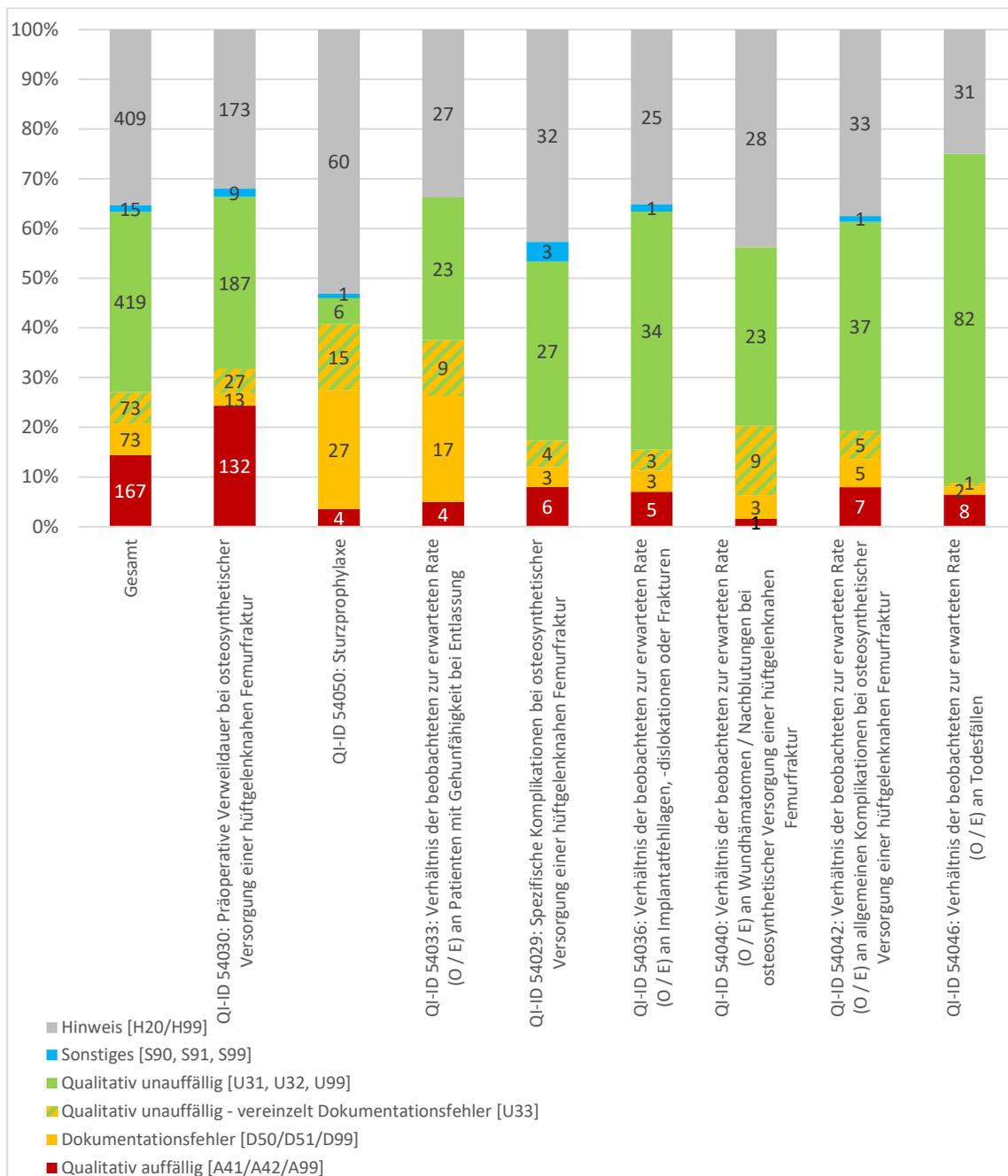


Abbildung 43: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* wurden in Deutschland über alle acht Qualitätsindikatoren insgesamt 1.156 (12,2 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. In über einem Drittel (35,4 %) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse endete der Strukturierte Dialog mit dem Versand eines Hinweises, sodass keine Beurteilung dieser Ergebnisse vorgenommen werden konnte. In einem Bundesland führte kein rechnerisch auffälliges Ergebnis in den Indikatoren zu einer qualitativ auffälligen Bewertung. In einem anderen Bundesland hingegen wurden mehr als die Hälfte der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (21/38)

als qualitativ auffällig bewertet. Bundesweit schlossen sich an schriftliche Stellungnahmen 124 (10,7 %) weiterführende Maßnahmen wie Besprechungen (n = 53) und Zielvereinbarungen (n = 71) an. Somit wurden fast doppelt so viele Besprechungen durchgeführt wie im letzten Berichtszeitraum. Begehungen fanden in diesem QS-Verfahren im Jahr 2017 wiederum nicht statt. Qualitativ auffällige Ergebnisse kommen mit einem Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen von über 25 % am häufigsten bei dem Indikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (QI-ID 54030) vor. Im Gegensatz dazu wurde für den Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen“ (QI-ID 54040) im Erfassungsjahr 2017 nur in einem Fall die Bewertung „qualitativ auffällig“ vergeben.

Außergewöhnlich oft lässt sich ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in den Indikatoren „Sturzprophylaxe“ (QI-ID 54050; 24 %) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (QI-ID 54033; 21,3 %) auf Dokumentationsprobleme zurückführen, dies wird ebenfalls durch die stichprobenbasierte Datenvalidierung bestätigt. Im Zuge des Strukturierten Dialoges wurden häufig Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität für den Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (QI-ID 54033) getroffen. Die meisten Zielvereinbarungen mit den Krankenhäusern wurden allerdings zum Indikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (QI-ID 54030) geschlossen. Zu den Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (QI-ID 54042) und zum „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ (QI-ID 54046) fand im gesamten Erfassungsjahr nur jeweils eine Besprechung und je eine Zielvereinbarung statt, wohingegen der Anteil der Stellungnahmen an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen bei dem Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfälle“ (QI-ID 54046) am höchsten ist.

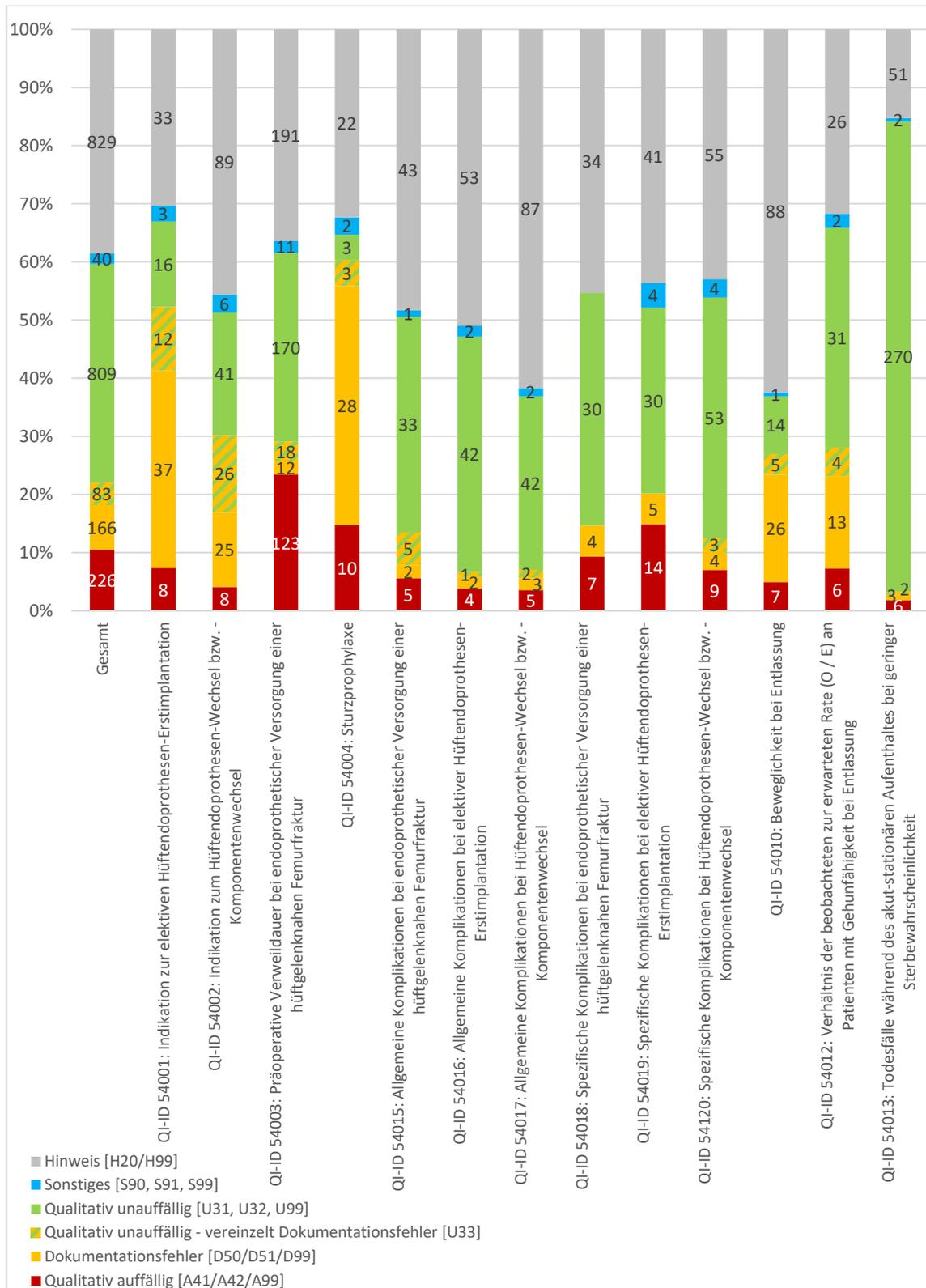


Abbildung 44: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung

Im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* wurden deutschlandweit insgesamt 14 Qualitätsindikatoren berechnet. 2.154 (12,7 %) Indikatorergebnisse waren rechnerisch auffällig und

führten in 99,2 % zu Maßnahmen gemäß der QSKH-RL. Maßnahmen wurden in Form von schriftlichen Stellungnahmen zu 60,7 % und in Form von Hinweisen zu 38,5 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse eingeleitet. Weiterführende Maßnahmen wie Besprechungen und Zielvereinbarungen fanden bei 223 rechnerisch auffälligen Ergebnissen statt. In einem Bundesland wurden zwei Begehungen von Krankenhausstandorten durchgeführt. Bei 166 (ca. 8 %) rechnerisch auffälligen Ergebnissen war eine fehlerhafte Dokumentation für das rechnerisch auffällige Ergebnis verantwortlich. Im gesamten QS-Verfahren wurden 41 % der Indikatorergebnisse als qualitativ unauffällig und 10 % als qualitativ auffällig eingestuft. Bei einem Viertel (n = 54) der qualitativ auffälligen Ergebnisse des Erfassungsjahres 2017 konnte keine Verbesserung zum Vorjahr verzeichnet werden, da die Ergebnisse der Krankenhäuser bereits im Vorjahr als qualitativ auffällig bewertet worden waren. Betrachtet man die Ergebnisse und erfolgten Maßnahmen auf der Ebene der Bundesländer finden sich große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern.

Anhand der Ergebnisbewertung der Qualitätsindikatoren ist zu sehen, dass über alle Qualitätsindikatoren der Anteil an Hinweisen an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen sehr groß ist und bei vier Indikatoren sogar 50 % und mehr beträgt. Insbesondere bei den Qualitätsindikatoren zur „Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ (QI-ID 54001), „Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (QI-ID 54002), „Sturzprophylaxe“ (QI-ID 54004), „Beweglichkeit bei Entlassung“ (QI-ID 54010) und zum „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (QI-ID 54012) wurden Dokumentationsfehler angeführt, die entweder dazu beitrugen, dass rechnerisch auffällige Ergebnisse als unauffällig eingestuft wurden oder, dass eine Bewertung des Qualitätsindikators aufgrund von Dokumentationsproblemen nicht vorgenommen werden konnte. Ähnlich wie im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* wurden mit einem Anteil an über 20 % die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse im Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur“ (QI-ID 54003) gefunden.

In einigen Bundesländern wurden keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, wohingegen dies in einem anderen bei 23 % der Fall war. In wieder anderen wurden, wie auch in den Verfahren 17/1 und KEP, von allen rechnerisch auffälligen Krankenhäusern Stellungnahmen eingefordert, jedoch bei fast allen Krankenhäusern (100 % bzw. 94 %) als „unauffällig“ bewertet. Für diese Fälle lag somit auch keine fehlerhafte Dokumentation vor. Die meisten Zielvereinbarungen wurden in einem Land mit 11,7 %, einem anderen mit 13,5 % und einem weiteren mit 14,8 % getroffen.

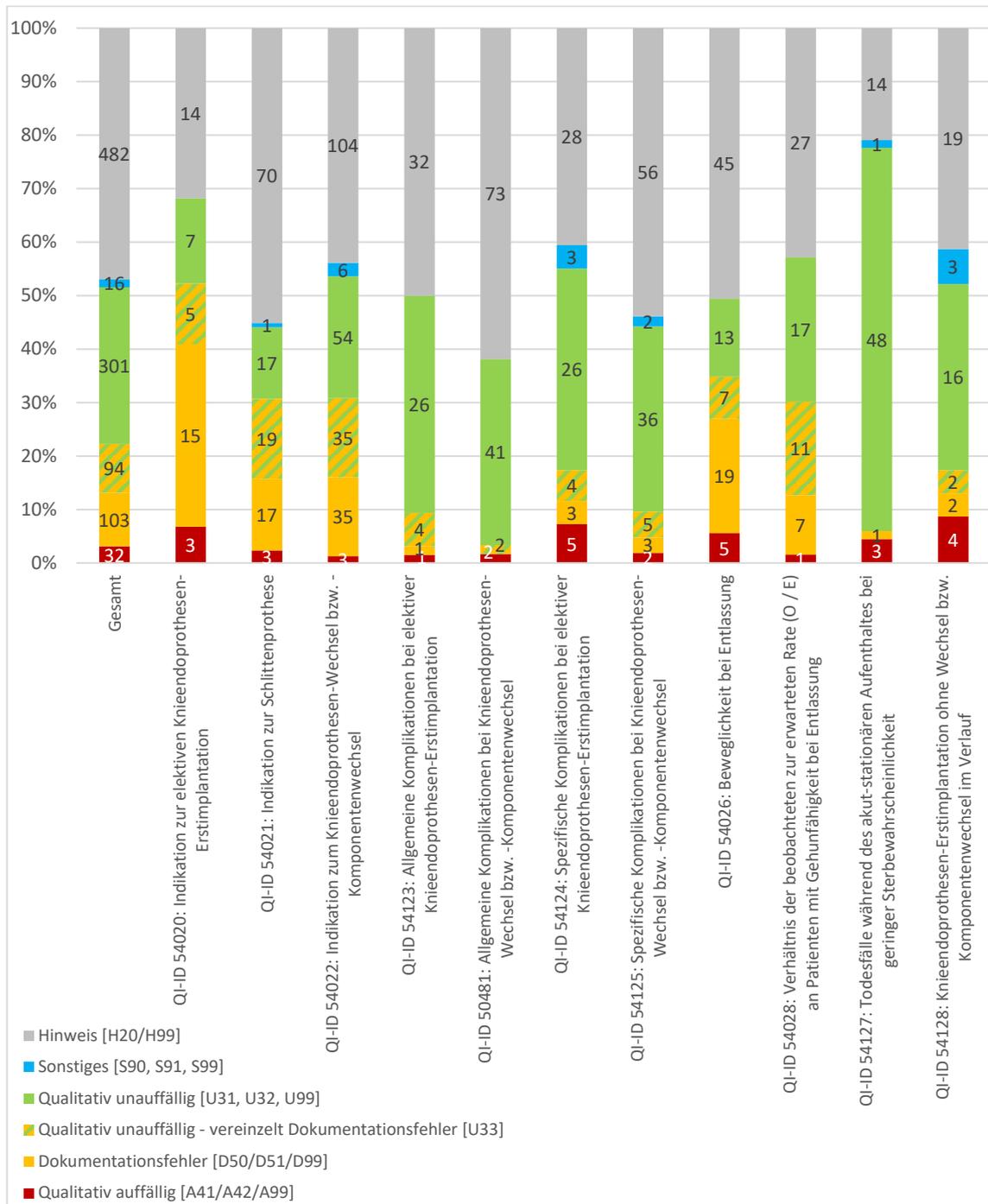


Abbildung 45: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung

Elf Qualitätsindikatoren gehören zu dem QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*. Im Erfassungsjahr 2017 wurden von insgesamt 11.646 Indikatorergebnissen 8,8 % rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Das ist der geringste Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen innerhalb des Versorgungsbereichs Orthopädie und Unfallchirurgie. Wie im vergangenen Berichtsjahr wurden schriftliche Stellungnahmen bei den Krankenhäusern bei der Hälfte aller rechnerisch

auffälligen Indikatorergebnisse eingeholt. Als weiterführende Maßnahmen wurden Besprechungen und Zielvereinbarungen in 5,3 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse durchgeführt, wohingegen bundesweit nur bei einem Krankenhaus eine Begehung im Jahr 2018 stattfand.

Besonders hervorstechend ist die ausgebliebene Verbesserung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bei 40 % der Qualitätsindikatorergebnisse im Vergleich zum Vorjahr (rechnerische Auffälligkeit im EJ 2016 als auch im EJ 2017). Im vergangenen Berichtsjahr lag dieser Anteil noch bei ca. 30 %. Das Verhältnis von qualitativ auffälligen zu qualitativ unauffälligen Ergebnissen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs für das Erfassungsjahr 2017 liegt bei 1:12 (n = 32 zu n = 395). Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen über alle Qualitätsindikatoren, die aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht in die Bewertung eingegangen sind, beträgt 10 %.

Für die Qualitätsindikatoren „Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation und Beweglichkeit bei Entlassung“ (QI-ID 54020) konnte in über 20 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse eine Bewertung der Versorgungsqualität aufgrund von Fehlern bei der Dokumentation nicht vorgenommen werden. Bei vier Qualitätsindikatoren (QI-ID: 54123, 50481, 54127, 54128), zu deren rechnerisch auffälligen Ergebnissen schriftliche Stellungnahmen angefordert wurden, konnten im Rahmen des Strukturierten Dialoges keinerlei qualitativ auffällige Befunde festgestellt werden (siehe Abbildung).

Für die Bewertungsergebnisse der einzelnen Indikatoren ist in Bezug zu „Indikation zur Schlittenprothese“ (QI-ID 54021), „Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ (QI-ID 50481) und „Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ (QI-ID 54125) festzustellen, dass bei über der Hälfte der rechnerisch auffälligen Ergebnisse Hinweise versandt wurden. Auffällig ist zudem die Zunahme der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Indikatoren „Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ (von 4,8 % auf 8,7 %) (QI-ID 50481) und „Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation“ (von 6,1 % auf 11,4 %) (QI-ID 54124), welche sich durch die Datenerhebung weiterer Komplikationen erklärt. Insgesamt konnten nur bei weniger als 3 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller Indikatoren im Rahmen des Strukturierten Dialogs qualitative auffällige Ergebnisse festgestellt werden.

Zum Follow-up-Indikator „Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf“ (QI-ID 54128) wurde für das Erfassungsjahr 2017 erstmals der Strukturierte Dialog geführt. Von 46 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden vier Krankenhausergebnisse als qualitativ auffällig bewertet.

5.2.10 Pflege

Kathrin Rickert, Martina Bock, Cristina Thole

■ QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*

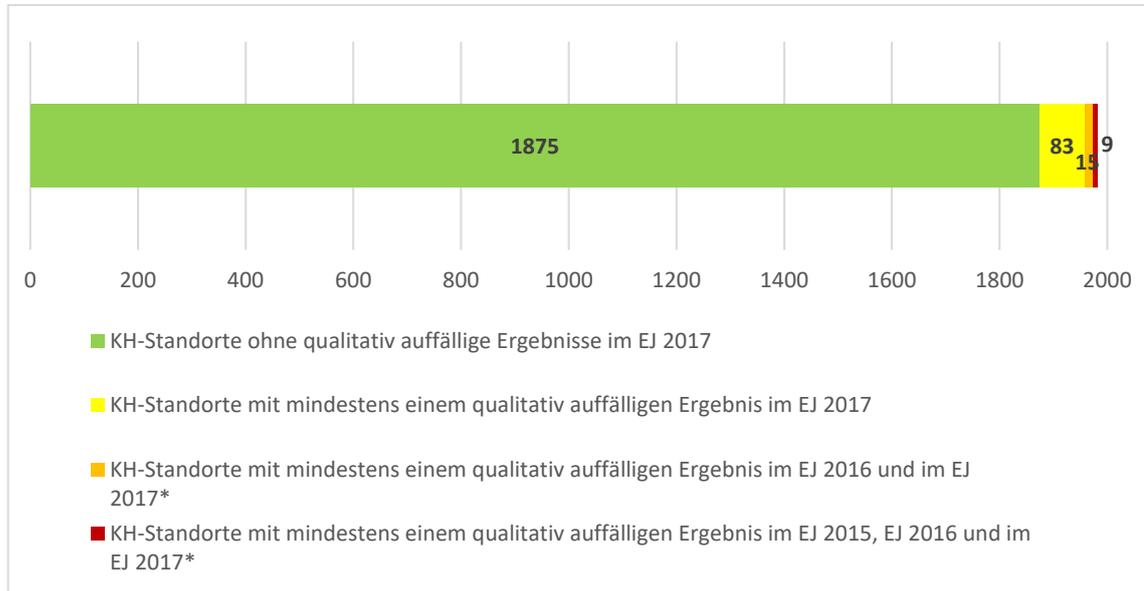


Abbildung 46: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog.

Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Pflege: Dekubitusprophylaxe* betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2015, 2016 und 2017 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Erfassungsjahr 2017 wurden 613 (EJ 2016 644) rechnerisch auffällige Ergebnisse der Indikatoren ermittelt, was einem Anteil von 15,7 % an allen Indikatorergebnissen entspricht (EJ 2016: 17,4 %). Somit zeigt sich ein Rückgang der Anzahl an rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Vergleich zum Vorjahr. Besonders mit Blick auf den Indikator „Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (QI-ID 52010) kann ein Rückgang der Anzahl bzw. des Anteils der rechnerisch auffällig gewordenen Krankenhausstandorte festgestellt werden (EJ 2017 n = 514, 26 %; EJ 2016 n = 544, 29,1 %).

Der Rückgang der rechnerisch auffällig gewordenen Standorte geht mit einem Rückgang der als qualitativ auffällig bewerteten Krankenhausstandorte einher. Die Anzahl der als qualitativ auffällig eingestuften Standorten betrug im Erfassungsjahr 2017 103 (im EJ 2016 n = 147). Dieser positive Trend zeigt sich für den Indikator „Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (QI-ID 52010) auch in dem Anteil der Krankenhausstandorte, die als qualitativ auffällig bewerteten wurden, an allen Krankenhausstandorte mit Fällen in diesem Indikator. Gab es hier in den letzten Jahren einen kontinuierlichen Anstieg von 3,0 % im Erfassungsjahr 2014 auf 4,7 % im Erfassungsjahr 2015 und zuletzt 5,1 % im Erfassungsjahr 2017.

jahr 2016, so sinkt dieser Anteil nun auf 4,0 %. Dennoch wurden 17 der 79 Krankenhausstandorte sowohl im Erfassungsjahr 2017 als auch im Erfassungsjahr 2016 als qualitativ auffällig bewertet, 6 Standorte wurden sogar ein drittes Jahr in Folge als qualitativ auffällig bewertet.

Auch bei dem Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (QI-ID 52009) zeigt sich ein Rückgang des Anteils der Krankenhausstandorte, die als qualitativ auffällig bewertet wurden, an allen Krankenhausstandorten mit Fällen in diesem Indikator. Hier wurden 24 Krankenhäuser und somit ein Anteil von 1,2 % als qualitativ auffällig bewertet. In den Vorjahren lag dieser Anteil zwischen 1,6 % im Erfassungsjahr 2014 und 2,6 % im Erfassungsjahr 2016. Zum zweiten Mal in Folge als qualitativ auffällig bewertet wurden 5 Krankenhausstandorte, 2 Krankenhausstandorte wurden das dritte Jahr in Folge als qualitativ auffällig bewertet.

Die Fachgruppen Dekubitusprophylaxe der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung begründen ihre Bewertungen als qualitativ auffällig beispielsweise mit einer fehlenden Compliance der Patienten bzw. Patientinnen, wobei die jeweiligen Krankenhausstandorte in ihren Stellungnahmen nicht hinreichend darlegten, wie eine Beratung hinsichtlich der Risikoeinschätzung und der prophylaktischen Maßnahmen stattfand bzw. wie das Wissen der Patientin bzw. des Patienten hinsichtlich ihres/seines Risikos überprüft wurde. Des Weiteren wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs festgestellt, dass teilweise prophylaktische Maßnahmen verspätet umgesetzt werden bzw. der Fokus zum Teil noch immer auf dem Bereich Wundmanagement und nicht auf dem Bereich der Prophylaxe liegt. Hier empfehlen die Fachgruppen auf Landesebene eine Einbindung von Expertinnen und Experten in den Prozess der Dekubitusprophylaxe, sobald für eine Patientin oder einen Patienten ein Risiko identifiziert wurde. Als weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen dieses QS-Verfahrens werden Schulungen des Personals zur Einschätzung des patientenindividuellen Risikos auch unter Einbezug des verwendeten Assessment, sowie interdisziplinäre Workshops empfohlen.

Die Anzahl der als qualitativ unauffällig bewerteten Standorte betrug im Erfassungsjahr 2017 359 (im EJ 2016 n = 313). Das entspricht einem Anteil von 58,7 % (EJ 2016 48,6 %) an allen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten des betrachteten Erfassungsjahres. Die Fachgruppen auf Landesebene begründen ihre Bewertung vor allem mit der ausgeprägten Krankheitsschwere der Patientinnen bzw. Patienten. Dabei werden vor allem die Priorisierung von intensivmedizinischen und lebenserhaltenden Maßnahmen, sowie der Fokus auf eine präfinale Versorgung genannt, die mit einer erschwerten bzw. eingeschränkten Mobilität und Compliance einhergehen. Dies führt laut den Fachgruppen der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung teilweise dazu, dass trotz der Durchführung prophylaktischer Maßnahmen die Entstehung eines Dekubitus als nicht vermeidbar eingeschätzt wird.

Insgesamt deuten diese Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr also auf eine Verbesserung der Qualität hinsichtlich der Prophylaxe von Dekubitalulcera hin. Dennoch ist den Berichten der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung zu entnehmen, dass weiterhin z. B. Schulungsbedarf besteht und dementsprechend Potenzial für eine weitere Qualitätsverbesserung besteht. Es

bleibt zudem abzuwarten, ob sich dieser positive Trend auch für das Erfassungsjahr 2018 fortsetzt. Darüber hinaus ist festzustellen, dass es einzelne Krankenhausstandorte gibt, bei denen sich z. T. bereits über mehrere Jahre hinweg Defizite bei der Dekubitusprophylaxe zeigen.

Bei der Einstufung der Krankenhausstandorte mit „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ kam es für das Erfassungsjahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr zu einem Anstieg auf 116 Standorte (im EJ 2016 n = 92). Das entspricht einem Anteil von 19 % (EJ 2016 14,3 %) an allen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten des betrachteten Erfassungsjahres. Aus den Rückmeldungen der Fachgruppen der LQS geht hervor, dass weiterhin Unsicherheiten sowohl im Hinblick auf die Risikoeinschätzung als auch bezüglich der Abgrenzung eines Dekubitus gegenüber anderen Wunden bestehen. Außerdem wird thematisiert, dass bei den Standorten teilweise keine transparente Dokumentation hinsichtlich der Beratung und Einschätzung des patientenindividuellen Risikos vorlag. Die Fachgruppen empfehlen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität die Durchführung eines berufsgruppenübergreifenden Dialogs.

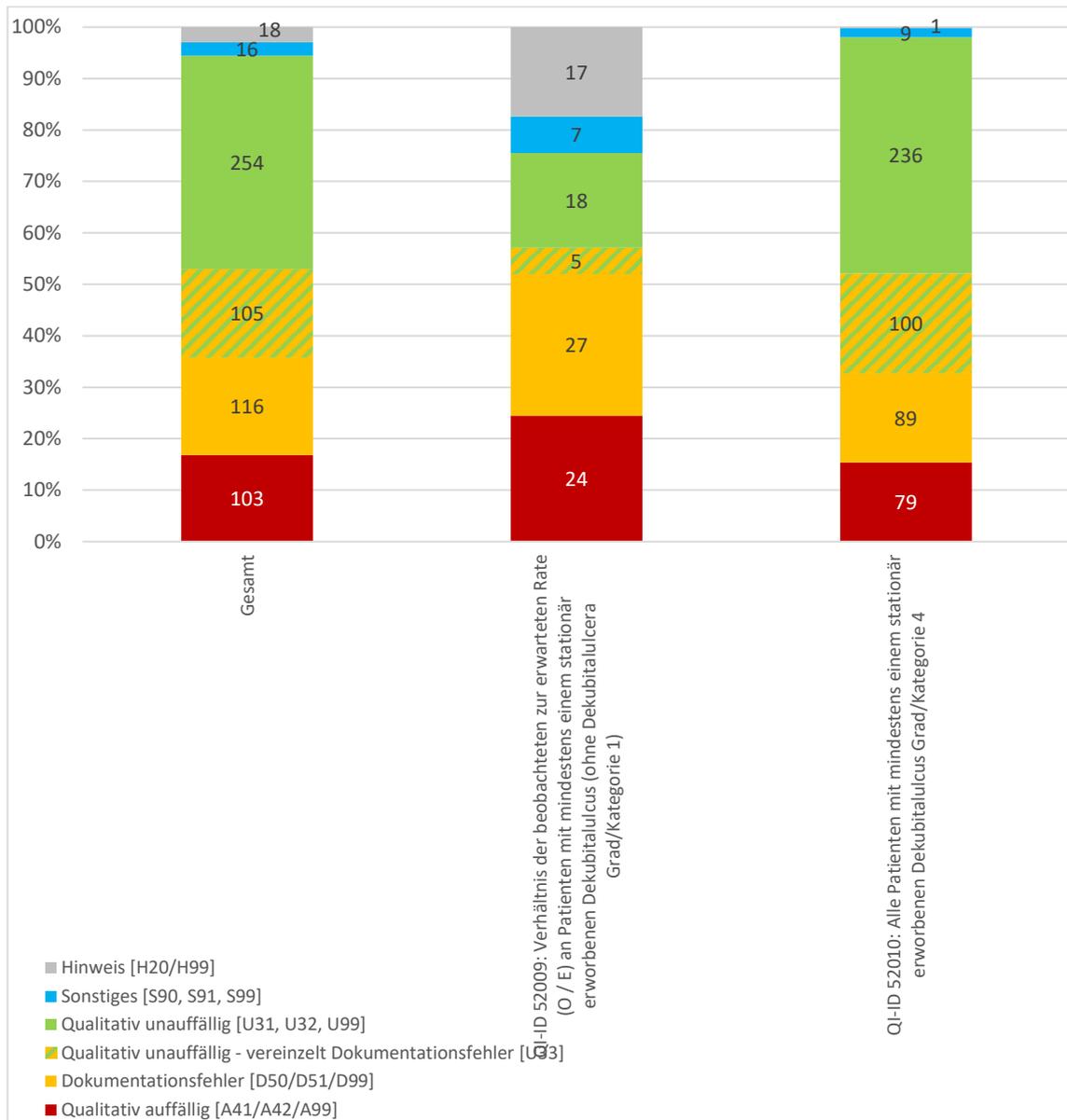


Abbildung 47: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe

6 Fazit und Ausblick

Der Strukturierte Dialog zum Erfassungsjahr 2017 wurde im vergangenen Jahr unverändert nach der bestehenden Methodik gemäß QSKH-RL geführt. Eine QS-verfahrensübergreifende bzw. bundesländerübergreifende Darstellung der Zahlen im Sinne von Zu- und Abnahmen rechnerisch und qualitativ auffälliger Ergebnisse erfolgte im vorliegenden Bericht nicht. Sowohl die einzelnen QS-Verfahren, als auch die Prozessstruktur der für die Durchführung verantwortlichen Stellen weisen erhebliche Unterschiede auf, sodass eine einfache Addition nicht aussagekräftig erschien.

Parallel dazu ist das IQTIG beauftragt, den Strukturierten Dialog weiterzuentwickeln. So sollen zum einen die Auslösung der Strukturierten Dialoge vereinheitlicht und zum anderen eine homogene Herangehensweise an die anschließenden Bewertungen ermöglicht werden. Weitere Ziele des neuen Konzepts sollten eine deutliche Verringerung der Belastung aller Beteiligten mit dem Verfahren des Strukturierten Dialogs sein, eine Reduktion bzw. eine bessere Fokussierung der versandten Hinweise sowie eine Minderung der Anzahl der Einrichtungen, bei denen wegen Dokumentationsmängeln eine qualitative Bewertung nicht möglich ist und die sich daher der normalen Qualitätsprüfung entziehen. Der entsprechende Bericht wird derzeit im G-BA diskutiert.

Der Einsatz der Fachexpertinnen und -experten auf Landes- und Bundesebene sowie die Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung sind genauso hervorzuheben wie die Mitwirkung aller beteiligten Krankenhausstandorte. Durch eine gute Zusammenarbeit aller Beteiligten konnte der Prozess bundesweit fristgerecht abgeschlossen werden und Impulse für eine Verbesserung der Behandlungsqualität gegeben werden.

Literatur

- Baumgartner, H; Falk, V; Bax, JJ; De Bonis, M; Hamm, C; Holm, PJ; et al. (2017): 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. The Task Force for the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal* 38(36): 2739-2791. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx391.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Bericht zur Datenvalidierung 2016 (nach QSKH-RL). Erfassungsjahr 2015. Stand: 15.05.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2015/IQTIG_Bericht-zur-Datenvalidierung-2016.pdf.