



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsbericht 2020

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 14. Dezember 2020

Impressum

Thema:

Bundesqualitätsbericht 2020

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner:

Leif Warming für das QS-Verfahren *QS WI*;

Alina Wolfschütz für das QS-Verfahren *QS PCI*

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

17. August 2020, aktualisierte Versionen am 11. November 2020 und 14. Dezember 2020

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

Impressum.....	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>	10
1 Hintergrund und Zielsetzung.....	11
2 Einordnung der Ergebnisse.....	15
2.1 Datengrundlagen.....	15
2.2 Risikoadjustierung.....	18
2.3 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und deren Weiterentwicklung	19
2.4 Bewertung der Ergebnisse	24
2.4.1 QS-Daten-basierte Indikatoren	24
2.4.2 Sozialdatenbasierte Indikatoren (Follow-up-Indikatoren).....	30
3 Qualitätssicherungsergebnisberichte der Bundesländer (EJ 2018)	34
3.1 Hintergrund und Zielsetzung.....	34
3.2 Zusammenfassung der QSEB-Ergebnisse auf Bundesebene (EJ 2018)	36
4 Evaluationsergebnisse (EJ 2018)	39
4.1 Hintergrund und Zielsetzung.....	39
4.2 Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse auf Bundesebene (EJ 2018)	40
5 Datenvalidierung	47
6 Zusammenfassung und Empfehlungen	48
Anhang: Ergebnisse des Qualitätssicherungsergebnisberichts zum Erfassungsjahr 2018	51
QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)</i>.....	81
1 Auswertung auf einer limitierten Datenbasis	82
2 Hintergrund und Zielsetzung.....	83
3 Einordnung und Darstellung der Ergebnisse der Bundesauswertung	87
3.1 Datengrundlage.....	87
3.2 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren, deren Bewertung und Weiterentwicklungsvorschläge	89

3.2.1	Hygiene- und Infektionsmanagement.....	90
3.2.2	Händedesinfektionsmittelverbrauch	96
3.3	Darstellung der Ergebnisse in den Rückmeldeberichten	97
4	Einordnung der Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Bundesländer (EJ 2018).....	107
4.1	Zielsetzung und Hintergrund.....	107
4.2	Zusammenfassung der QSEB-Ergebnisse auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2018.....	109
5	Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung	113
5.1	Beauftragung des IQTIG	113
5.2	Erhebung von Informationen von der Landesebene	114
5.3	Identifizierte Optimierungs- und Anpassungsbedarfe.....	114
5.3.1	Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung.....	115
5.3.2	Optimierungsbedarf hinsichtlich einzelner QI, der dazugehörigen Rechenregeln oder der QI-Ergebnisse	120
5.3.3	Überprüfung der Datenzusammenführung aus den beiden Datenquellen Sozialdaten bei den Krankenkassen und fallbezogene Dokumentation	121
5.3.4	Überprüfung der Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen	121
5.3.5	Überprüfung der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte	121
5.3.6	Funktionalität und Praktikabilität der Auslösung der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Datenerfassung.....	122
5.3.7	Optimierungsbedarfe bzgl. der Bereitstellung der Spezifikation und des Datenexports.....	123
5.3.8	Zeitpunkt der Auslösung	123
5.3.9	Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung (z. B. stationäre und ambulante Operationen in denselben Räumlichkeiten, Belegärztinnen und Belegärzte, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, Krankenhausstandorte).....	124
5.3.10	Aufwand-Nutzen-Relation der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation.....	124
5.3.11	Aufwand-Nutzen-Relation der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation.....	125
5.3.12	Validität der erhobenen Daten und der aus allen Datenquellen ermittelten einrichtungs-, landes- und bundesbezogenen Ergebnisse	127

5.3.13	Rückmeldeberichte nach § 10 und länderbezogene Auswertungen nach § 11 DeQS-RL.....	127
5.3.14	Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten.....	127
5.3.15	Durchführung der QS-Verfahren sowie Bewertungsprozesse und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen	128
5.3.16	Zusammensetzung der Fachkommission nach § 14.....	129
5.3.17	Sonstige Hinweise auf Optimierungsbedarfe.....	129
6	Zusammenfassung und Empfehlungen	130
7	Anhang: Ergebnisse der Qualitätssicherungsergebnisberichte zum Erfassungsjahr 2018.....	133
	Literatur.....	149

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Indikatoren (2019)	12
Tabelle 2: Übersicht über Datenannahme und Auswertungsbasis (QS-Datensätze) für das Erfassungsjahr 2019	16
Tabelle 3: Übersicht über die Anzahl der Fälle und Prozeduren je Leistungserbringergruppe (2019)	19
Tabelle 4: Übersicht über die Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringer je Qualitätsindikator und Leistungserbringergruppe (2019)	21
Tabelle 5: Übersicht über Unterschiede in der Patientenpopulation nach Leistungserbringergruppen (2019)	23
Tabelle 6: Vergleich der Ergebnisse für QS-Daten-basierende Indikatoren (Indexjahr 2019 vs. 2018)	27
Tabelle 7: Ergebnisse zu den Indikatorgruppe: Sterblichkeit bei PCI (Indexjahr 2017)	32
Tabelle 8: Übersicht zur Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (EJ 2018)	51
Tabelle 9: Ergebnisse der Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens (EJ 2018)	54
Tabelle 10: Ergebnisse zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG (EJ 2018)	59
Tabelle 11: Bewertung zur qualitativen Auffälligkeit durch die Fachkommission (EJ 2018)	63
Tabelle 12: Zusammenfassende Kommentierungen zu Begründungen zur Einstufung des Leistungserbringers durch die Fachkommissionen (EJ 2018)	67
Tabelle 13: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen (EJ 2018)	71
Tabelle 14: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten Stellungnahmen und weiterführenden Maßnahmen durch die LAG (EJ 2018)	74
Tabelle 15: Ergebnisse zur Anzahl rechnerisch und qualitativ auffälliger Leistungserbringer (EJ 2018)	79
Tabelle 16: Übersicht über die Indikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2019)	84
Tabelle 17: Übersicht über die Daten der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zur ambulanten und stationären Versorgung	89
Tabelle 18: Anzahl erwarteter und gelieferter Datensätze (der fallbezogenen QS-Dokumentation)	89
Tabelle 19: Vergleich der Ergebnisse zu einrichtungsbezogenen QS-Daten (EJ 2019 vs. EJ 2018)	99
Tabelle 20: Vergleich der Ergebnisse der Kennzahlen (durchschnittliche Punktzahl) zum Index-QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (EJ 2019 vs. EJ 2018)	100
Tabelle 21: Vergleich der Ergebnisse der Kennzahlen zum Index-QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen (EJ 2019 vs. EJ 2018)	104

Tabelle 22: Einschätzung der Landesarbeitsgemeinschaften zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation	125
Tabelle 23: Einschätzung der Landesarbeitsgemeinschaften zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation	126
Tabelle 24: Ergebnisse zur Anzahl der rechnerisch auffälligen Standorte (EJ 2018)	133
Tabelle 25: Ergebnisse der Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens (EJ 2018)	134
Tabelle 26: Ergebnisse zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG (EJ 2018)	136
Tabelle 27: Bewertung zur qualitativen Auffälligkeit durch die Fachkommission (EJ 2018)	137
Tabelle 28: Zusammenfassende Kommentierung zu Begründungen zur Einstufung des Leistungserbringers durch die Fachkommission (EJ 2018)	138
Tabelle 29: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen (EJ 2018)	146
Tabelle 30: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten Stellungnahmen und weiterführenden Maßnahmen durch die LAG (EJ 2018)	147
Tabelle 31: Ergebnisse zur Anzahl rechnerisch und qualitativ auffälliger Leistungserbringer (EJ 2017 vs. 2018).....	148

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematischer Ablauf zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §17 / §12 themenspezifische Bestimmungen der DeQS-RL	35
Abbildung 2: Schematischer Ablauf zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §17 / §12 TB der Qesü-RL	108

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AOP-Zentrum	Ambulantes Operationszentrum
BÄ	Belegärzte (bzw. belegärztliche Leistungen)
BSNR	Betriebsstättennummer
CTO	chronischer Koronarverschluss (<i>chronic total occlusion</i>)
DAS	Datenannahmestelle(n)
DAS-KV	Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigung
DAS-LKG	Datenannahmestellen der Landeskrankenhausgesellschaft
DAS-SV	Datenannahmestelle für selektivvertraglich erbrachte Leistungen
DeQS-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DRG	diagnosebezogene Fallgruppen (<i>Diagnosis Related Groups</i>)
EJ	Erfassungsjahr
ESC	Europäische Gesellschaft für Kardiologie (European Society of Cardiology)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
IKNR	Institutionskennzeichen
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KH	Krankenhaus, Krankenhäuser
KH amb.	durch ein Krankenhaus ambulant erbrachte Leistungen
KH stat.	durch ein Krankenhaus stationär erbrachte Leistungen
KHK	koronare Herzkrankheit
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
LE	Leistungserbringer
MACCE	schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen (<i>major adverse cardiac and cerebrovascular events</i>)
MDS	Minimaldatensatz
MRSA	Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>

Abkürzung	Bedeutung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NSTEMI	Nicht-ST-Hebungsinfarkt
NWIEA	Einrichtungsbefragung ambulant
NWIES	Einrichtungsbefragung stationär
NWIF	fallbezogene QS-Dokumentation
O / E	Verhältnis aus der beobachteten und der erwarteten Rate (<i>observed to expected ratio</i>)
OP	Operation
PAP	Perioperative Antibiotikaphylaxe
PCI	perkutane Koronarintervention (<i>percutaneous coronary intervention</i>)
PID	patientenidentifizierende Daten
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS PCI	Qualitätssicherungsverfahren <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS WI	Qualitätssicherungsverfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
SEB	Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
STEMI	ST-Hebungsinfarkt
VÄ	Vertragsärzte (bzw. vertragsärztlich erbrachte Leistungen)
VÄ amb.	durch Vertragsärzte ambulant erbrachte Leistungen

QS-Verfahren

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

1 Hintergrund und Zielsetzung

In Deutschland sind die koronare Herzkrankheit (KHK) und der akute Myokardinfarkt (Herzinfarkt) die häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter (Quelle: Statistisches Bundesamt). Patientinnen oder Patienten mit einer KHK leiden unter Verengungen der Herzkranzgefäße, die den Blutfluss und damit die Sauerstoffversorgung des Herzmuskels verringern können. Ist die KHK besonders stark ausgeprägt, kann es zum Verschluss eines Herzkranzgefäßes und damit ggf. zu einem Herzinfarkt kommen. Um zu beurteilen, ob und in welchem Ausmaß eine derartige Verengung oder ein Verschluss eines Herzkranzgefäßes vorliegt, wird häufig eine Koronarangiographie durchgeführt. Bei dieser Untersuchung wird ein Katheter über die Leisten- oder Armarterie bis zum Herzen vorgeschoben. Die Herzkranzgefäße werden dann über den Katheter mit Kontrastmittel gefüllt und mithilfe eines speziellen Röntgengeräts dargestellt. Im Anschluss muss entschieden werden, ob ein vollständiger oder zumindest ein verbesserter Blutfluss (Revascularisation) durch die Anwendung eines speziellen Katheters erzielt werden kann (perkutane Koronarintervention, *percutaneous coronary intervention*, PCI) oder ob ein herzchirurgischer Eingriff (aortokoronare Bypassoperation) notwendig ist. Bei einer PCI wird ein Katheter, an dessen Ende ein kleiner Ballon befestigt ist, über einen Führungsdraht bis zur Verengung des Herzkranzgefäßes vorgeschoben. Durch Aufdehnen des Ballons im Bereich der Verengung wird das Gefäß aufgeweitet (Ballondilatation). Um das Ergebnis zu erhalten, wird häufig im Anschluss ein kleines, schlauchförmiges Gittergerüst (Stent) eingesetzt, welches das Gefäß offenhält.

Geplante Koronarangiographien und PCI werden entweder im Krankenhaus (stationär oder ambulant) oder in einer entsprechend ausgerüsteten Praxis (ambulant) durchgeführt. Bei Verdacht auf einen akuten Herzinfarkt werden diese auch als Notfallprozedur im Krankenhaus durchgeführt. Die Patientinnen und Patienten sind in einer solchen Situation hochgradig gefährdet und müssen in der Regel vor dem Eingriff und in der ersten Zeit nach dem Eingriff intensivmedizinisch überwacht werden. Die Anzahl an Koronarangiographien und PCI steigt seit Jahren, wobei die Frage, ob alle diese Eingriffe immer gerechtfertigt (indiziert) sind, wiederholt gestellt wurde. Schließlich bergen diese Interventionen auch Risiken wie Nachblutungen oder Gefäßverletzungen. Die Durchführung einer Koronarangiographie oder PCI setzt die Patientinnen oder Patienten außerdem einer relevanten Strahlendosis aus. Die externe Qualitätssicherung dieser Eingriffe soll daher sicherstellen, dass möglichst alle Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung mit gerechtfertigter Indikationsstellung und unter Einhaltung der medizinischen Standards erhalten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (DeQs-RL)¹ das QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* als erstes sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt, d. h., es werden sowohl ambulante als auch stationär erbrachte Eingriffe qualitätsgesichert.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19.07.2018, zuletzt geändert am 22.11.2019, in Kraft getreten am 16.05.2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 23.07.2020).

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung: Koronarangiographien sind nur durchzuführen, wenn ausreichende medizinische Gründe für deren Notwendigkeit vorliegen
- Förderung der Leitlinienadhärenz: bei der Durchführung sind die medizinisch-wissenschaftlichen Standards einzuhalten, wie sie insbesondere in den Leitlinien empfohlen werden
- Verringerung der Anzahl der Komplikationen während und nach dem Eingriff

Das Verfahren umfasst insgesamt 20 Qualitätsindikatoren, wovon 14 Indikatoren ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 6 Indikatoren zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Tabelle 1: Übersicht über die Indikatoren (2019)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Datengrundlage für Berechnung
Indikatoren zur Indikationsstellung		
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	QS-Daten
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	QS-Daten
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	QS-Daten
Indikatoren zur Prozessqualität		
Indikatorengruppe: „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt		
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	QS-Daten
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	QS-Daten
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt **		
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	QS-Daten
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	QS-Daten
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	QS-Daten
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	QS-Daten
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge		
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	QS-Daten
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	QS-Daten

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Datengrundlage für Berechnung
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	QS-Daten
Indikatoren zu Ergebnissen und unerwünschten Ereignissen		
Indikatorengruppe: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen ^{*,**}		
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QS-Daten und Sozialdaten
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI ^{**}		
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	QS-Daten
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	QS-Daten
Indikatorengruppe: MACCE ^{1,*,***}		
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QS-Daten und Sozialdaten
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit PCI	QS-Daten und Sozialdaten
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QS-Daten und Sozialdaten
Indikatorengruppe: Sterblichkeit bei PCI ^{***}		
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	QS-Daten und Sozialdaten
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	QS-Daten und Sozialdaten

¹ Schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen (major adverse cardiac and cerebrovascular events), intra- und postprozedural: Schlaganfall, Herzinfarkt, Tod.

* Da die Berechnung dieser Qualitätsindikatoren deutlich komplexer ist und die bisherigen Ergebnisse keiner ausreichenden Plausibilisierung unterzogen werden konnten, können diese QI-Ergebnisse noch nicht berichtet werden.

** RA = Risikoadjustierung

*** RA = Risikoadjustierung geplant

Die 6 sogenannten Follow-up-Indikatoren können erst mit einem gewissen Zeitverzug zum Jahr der eigentlichen Prozedur ausgewertet und ihre Ergebnisse berichtet werden, da der Nachbeobachtungszeitraum (in diesem QS-Verfahren bis zu einem Jahr) hierfür abgeschlossen sein muss, die Abrechnungsdaten des Leistungserbringers bei der Krankenkasse angekommen sein und im Anschluss an das IQTIG übermittelt werden müssen. Diese Sozialdaten werden mittels eines Pseudonymisierungsverfahrens fallbezogen bzw. patientenbezogen mit der durch die Leistungserbringer erhobenen Dokumentation zusammengeführt, um die darin enthaltenen Episoden des Krankheitsverlaufs über einen längeren Zeitverlauf und über Sektorengrenzen hinweg

auswerten zu können. Für das QS-Verfahren werden Komplikations- und Mortalitätsraten nach einem Eingriff über einen längeren Zeitraum hinweg verfolgt.

Die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen befindet sich weiterhin in der Startphase, die Anfangsprobleme der Datenübermittlung und -qualität konnten unter Anstrengung aller weitestgehend Beteiligten behoben werden, sodass auf Basis der aktuellen Datenqualität für das Erfassungsjahr 2017 die entsprechenden Datenmodelle konzipiert und sämtliche damit zusammenhängende Aspekte entwickelt werden konnten. Die bisher in Pseudocode veröffentlichten Rechenregeln wurden und werden umfangreich überarbeitet. Auf Basis dieser Vorarbeiten können erfreulicherweise die sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zur „30-Tage-Sterblichkeit bei PCI“ (ID 56024) und zur „1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI“ (ID 56026) für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2017 berichtet werden.

Die vier weiteren sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren: „Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen“ (ID 56012) einschließlich der QI-Gruppe MACCE mit den Qualitätsindikatoren „MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit isolierter Koronarangiographie“ (ID 56018), „MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit PCI (ID 56020)“ sowie „MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt“ (ID 56022) werden in Zukunft berichtet. Da die Berechnung dieser Qualitätsindikatoren deutlich komplexer ist und die bisherigen Ergebnisse keiner ausreichenden Plausibilisierung unterzogen werden konnten, können diese QI-Ergebnisse noch nicht berichtet werden.

Der vorliegende Bericht basiert auf den 14 QS-Daten-basierten Indikatoren zum Erfassungsjahr 2019 sowie auf den erstmalig ausgewerteten zwei sozialdatenbasierten Indikatoren für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2017.

2 Einordnung der Ergebnisse

Der vorliegende Bundesqualitätsbericht ist der vierte Bericht zum QS-Verfahren *QS PCI* gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).² Er enthält deskriptive Analysen und gibt punktuell Einschätzungen zu den Handlungsbedarfen einzelner Qualitätsindikatoren. Er enthält Ergebnisse zu dem im Jahr 2019 für das Erfassungsjahr 2018 durchgeführte Stellungnahmeverfahren auf der Landesebene (für QS-datenbasierte Indikatoren). Weiterhin enthält der Bericht keine Ergebnisse zur Datenvalidierung, da es hierzu bisher keine Festlegungen und Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL gibt.

Das QS-Verfahren hat bisher noch nicht den gesamten avisierten Verfahrenszyklus vollständig durchlaufen, u. a. aufgrund eines fehlenden Datenvalidierungsverfahrens und weiterhin bestehender Unklarheiten bzgl. der Auslösung und Bewertung des Stellungnahmeverfahrens. Aus diesem Grund gibt es noch nicht zu allen verfahrensrelevanten Punkten entsprechende Ergebnisse bzw. Rückmeldungen, welche berichtet werden können.

Nachfolgend wird eine Übersicht zu Auswertungsergebnissen – auch im Vergleich zum Vorjahr – gegeben. Darauffolgend wird kurz auf die Einschränkungen bei der Vergleichbarkeit der Ergebnisse der einzelnen Auswertungsgruppen eingegangen und die Problematik der teilweise fehlenden Risikoadjustierung für einige Qualitätsindikatoren erläutert (vgl. Abschnitt 2.2). Abschließend werden die Ergebnisse des Erfassungsjahres bzw. Indexjahres 2019 bzw. Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2017 (für sozialdatenbasierte QI) einer Bewertung unterzogen und den Ergebnissen aus dem vorherigen Erfassungsjahr – soweit möglich – gegenübergestellt sowie die geplante Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren skizziert (vgl. Abschnitt 2.3 und Abschnitt 2.4).

2.1 Datengrundlagen

QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2019

Für das Erfassungsjahr 2019 übermittelten insgesamt 255 vertragsärztliche kardiologische Praxen bzw. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und 961 Krankenhäuser sowie 19 selektivvertragliche Leistungserbringer Daten zu durchgeführten Koronarangiographien und PCI. Insgesamt wurden dem IQTIG 797.547 QS-Datensätze übermittelt, von diesen wurden 4.784 sogenannte Überlieger³ aus der Auswertung ausgeschlossen und 7.973 Überlieger aus dem vorangegangenen Jahr (2018) eingeschlossen. Die Auswertungsgrundlage beläuft sich somit auf insgesamt 800.986 Datensätze (800.687 Basisbögen und 299 Minimaldatensätze).

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. . In der Fassung vom 19.07.2018, zuletzt geändert am 22.11.2019, in Kraft getreten am 16.05.2020 . URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 23.07.2020).

³ QS-Datensätze werden immer dem Auswertungsjahr (bzw. Auswertungsquartal) zugeordnet, in dem das Entlassungsdatum der Patientin bzw. des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Es handelt sich hierbei um sogenannte Überlieger. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung zu einem Jahr (bzw. Quartal). Die Fälle (Patientinnen und Patienten) wurden im Jahr 2019 aufgenommen bzw. erhielten eine Prozedur, wurden jedoch nicht im Jahr

Für das Erfassungsjahr 2019 haben alle Datenannahmestellen, in deren Bereich Kardiologinnen und Kardiologen mit entsprechenden Leistungen tätig sind, QS-Dokumentationsdaten übermittelt. In mehreren Bundesländern hat sich die Festlegung der Datenannahmestellen auch im Jahr 2019 verzögert, sodass die Krankenhäuser teilweise erst Ende 2019 bzw. Anfang 2020 QS-Daten für das Erfassungsjahr 2019 exportieren konnten. Die Sollstatistik ist für alle Sektoren unvollständig. Für den Krankenhaussektor konnte ein Bundesland keine Daten liefern, da keine Datenannahmestelle definiert war. Für die Mehrheit des vertragsärztlichen Sektors wurden Daten zur Sollstatistik geliefert, für drei Bundesländer wurden keine Solldaten zu vertragsärztlichen Leistungen geliefert, auch wenn dort im vertragsärztlichen Sektor entsprechende Leistungen erbracht und dokumentiert wurden. Die Datenannahmestelle für die selektivvertraglichen Leistungen hat keine Sollstatistik liefern können.

Tabelle 2: Übersicht über Datenannahme und Auswertungsbasis (QS-Datensätze) für das Erfassungsjahr 2019

	Krankenhaus (DAS-LKG)	Vertragsärzte (DAS-KV)	Selektiv- verträge (DAS-SV)	Bund (gesamt)
Datenannahme IQTIG (inkl. MDS)	2019: 724.657 (2018:698.163)	2019: 69.956 (2018: 68.131)	2019: 2.934 (2018: 2.183)	2019: 797.547 (2018: 768.477)
Ausschluss von Überliegern⁴	2019: 4.758 (2018: 6.585)	2019: 26 (2018: 28)	2019: 0 (2018: 0)	2019: 4.784 (2018: 6.613)
Einschluss von Über- liegern aus Vorjahr	2019: 7.945 (2018: 7.877)	2019: 28 (2018: 21)	2019: 0 (2018: 0)	2019: 7.973 (2018: 7.898)
Nicht zuordenbare Datensätze⁵	-	-	49	49
Minimaldatensätze (MDS)⁶	2019: 299 (2018: 279)	2019: 0 (2018: 0)	2019: 0 (2018: 0)	2019: 299 (2018: 276)
Auswertungs- grundlage (Datensätze gesamt)	2019: 727.844 (2018: 699.455)	2019: 69.958 (2018: 68.117)	2019: 2.885 (2018: 2.183)	2019: 800.687 (2018: 769.755)
Solldaten	2019: 685.181 (2018: 693.469)	2019: 78.925 (2018: 68.544)	2019: - (2018: -)	2019: 764.106 (2018: 762.013)

Für 961 Krankenhäuser (bezogen auf den behandelnden Standort) wurden QS-Dokumentationsdaten übermittelt. Hingegen wurden für 1.028 Krankenhäuser (entlassender Standort) Solldaten

2019 entlassen. Da diese Fälle nicht der Sollstatistik 2019 zugerechnet werden, werden sie aus der Auswertung 2019 ausgeschlossen.

⁴ Die Fälle (Patientinnen und Patienten) wurden im Jahr 2019 aufgenommen bzw. erhielten eine Prozedur, wurden jedoch nicht im Jahr 2019 entlassen. Da diese Fälle nicht der Sollstatistik 2019 zugerechnet werden, werden sie aus der Auswertung 2019 ausgeschlossen.

⁵ Diese Datensätze konnten keinem Auswertungsquartal zugeordnet, da hier ein Feld nicht befüllt war.

⁶ 295 Minimaldatensätze inkl. 4 Überlieger-Datensätze aus EJ 2018.

übermittelt. Die Auswertungen erfolgen auf Basis des die Prozedur durchführenden Standorts, sodass es zu einer Diskrepanz zwischen den Auswertungs- und Solldaten kommt, da einige Patientinnen und Patienten einer Prozedur an einem anderen als dem entlassenden Krankenhausstandort unterzogen wurden. Somit lieferten gemäß Definition der Sollstatistik weniger Krankenhausstandorte QS-Dokumentationsdaten (lediglich 93,5 %). Hingegen wurden für das Erfassungsjahr 2019 von diesen insgesamt 727.844 Dokumentationsbögen übermittelt, in der Sollstatistik hingegen waren lediglich 685.181 QS-Dokumentationsbögen vermerkt, sodass letztlich eine Überdokumentation zu verzeichnen ist (106,27 %).

Im vertragsärztlichen Bereich übermittelten 255 Leistungserbringer QS-Dokumentationsbögen, laut Sollstatistik hätten 332 vertragsärztliche Leistungserbringer QS-Dokumentationsbögen übermitteln müssen. Es wurden somit gemäß (unvollständiger) Sollstatistik von 76,8 % der vertragsärztlichen Leistungserbringer QS-Dokumentationsdaten übermittelt. Der Anteil der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze gegenüber den gemeldeten dokumentationspflichtigen Eingriffen gemäß Sollstatistik lag bei 88,64 %. Für den selektivvertraglichen Bereich ist weder bekannt, wie viele selektivvertragliche Leistungen tatsächlich erbracht wurden, noch wie viele selektivvertragliche Leistungserbringer QS-Dokumentationsdatensätze hätten übermitteln müssen. Für insgesamt 1.217 Leistungserbringer wurde auf dieser Datenbasis eine Auswertung in Form eines Rückmeldeberichts erstellt.

Sozialdaten zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2017

Zwei der insgesamt sechs sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren konnten in diesem Jahr berechnet und berichtet werden. Die nachfolgende Tabelle stellt die Anzahl der an das IQTIG übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2017 nach Sektoren und insgesamt dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrates mittels elektronischer Gesundheitskarten-Pseudonym (PID) mit den für das Erfassungsjahr 2017 gelieferten QS-Daten auf.

Erfassungsjahr 2017	Anzahl übermittelter Daten	Verknüpfungsrates mit QS-Daten
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte / MVZ / Praxen	28.488	88,29 % N = 25.153
Krankenhäuser	699.060	96,75 % N = 676.313
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen	0	- N = -
Bund	727.548	96,42 % N = 701.466

Die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen befindet sich weiterhin in der Startphase. Die Anfangsprobleme der Datenübermittlung sowie -qualität wurden soweit behoben, dass aktuell eine Verknüpfungsrates mit QS-Daten von 96,42 % (n = 701.466) erreicht wurde und somit erstmalig im Jahr 2020 eine Auswertung der sozialdatenbasierten QI zur Sterblichkeit auf Einrichtungsebene stattfinden konnte. Für den vertragsärztlichen Sektor ist die Verknüpfungsrates

aktuell noch etwas niedriger, was unter anderem auf Probleme bei dem Patientenpseudonym zurückzuführen ist. Für die bisher gelieferten, anschließenden Datenjahre scheint die Verknüpfungsrates höher zu liegen, für das Erfassungsjahr 2019 wird erwartet, dass diese größtenteils zufriedenstellend sein wird. Für QS-Dokumentationsdatensätze, welche im Rahmen der selektivvertraglichen Versorgung erbracht wurden, lagen nur vereinzelt Informationen in den gelieferten Sozialdaten bei den Krankenkassen vor, welche aber u.a. aufgrund fehlender PID nicht mit den QS-Daten verknüpft werden konnten und somit auch nicht ausgewertet werden konnten.

2.2 Risikoadjustierung

Die patientenseitigen Risikofaktoren, die bei den behandelten Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers vorliegen, variieren zwischen den Leistungserbringern erheblich. Ziel der Risikoadjustierung bei der Berechnung von Qualitätsindikatoren ist es, einen fairen Vergleich der Ergebnisse zu ermöglichen, indem für patientenseitige Risikofaktoren (beispielsweise Komorbiditäten) adjustiert wird. Dies kann insbesondere für einen sektoralen Vergleich notwendig sein, da stationäre und ambulante Patientenpopulationen oft Unterschiede in der Morbiditätsstruktur aufweisen. Allein durch die höhere Notfallversorgung hat die Gruppe der Leistungserbringer im stationären Bereich einen höheren Anteil an Hochrisikopatientinnen und -patienten als Leistungserbringer, die Patientinnen und Patienten ambulant behandeln (vgl. Tabelle 3).

Für einige Qualitätsindikatoren wurden bereits Risikoadjustierungsmodelle im Rahmen des bis zum Jahr 2015 bei stationären Einrichtungen umgesetzten QS-Verfahrens entwickelt. Entsprechend der bisher eingesetzten Risikoadjustierungsmodelle werden die dafür notwendigen Daten(-felder) im Rahmen des neuen, sektorenübergreifenden QS-Verfahrens weiter erhoben. Diese Modelle können als Ausgangspunkt für die Konzeption von Risikoadjustierungsmodellen dienen. In tiefergehenden Analysen erfolgt eine Anpassung der Modelle an die neue Datengrundlage. Eine Analyse dazu, welche Patienten- bzw. Falleigenschaften sich beim sektorenübergreifenden QS-Verfahren für eine Risikoadjustierung eignen und zu einem fairen Vergleich der Leistungserbringerergebnisse führen, kann abschließend nur anhand von allen relevanten Daten (Sozialdaten und QS-Daten) und unter Einbeziehung der Expertinnen und Experten durchgeführt werden und bedarf eines entsprechenden zeitlichen Vorlaufs.

Die Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen ist v. a. für die (sozialdatenbasierten) Ergebnisindikatoren vorgesehen, für deren Berechnung u. a. die Sozialdaten bei den Krankenkassen herangezogen werden müssen. Die Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen soll für diese Qualitätsindikatoren ab den Indexeingriffen zum Erfassungsjahr 2018 erfolgen.

Im Erfassungsjahr 2019 wurden erstmals Daten zur Körpergröße und -gewicht über den QS-Dokumentationsbogen erhoben. Diese Daten wurden zur Berechnung des Body-Mass-Index herangezogen, der für eine (erstmalige) Risikoadjustierung von drei Indikatoren der Indikatorgruppe Dosis-Flächen-Produkt (IDs 56006, 56007 und 56008) verwendet wurde. Die Risikoadjustierung dieser QI dient dazu, den Vergleich zwischen den Leistungserbringern fair zu gestalten, indem mögliche Unterschiede in den für den Indikator relevanten patientenbezogenen Risikofaktoren (hier Body-Mass-Index) ausgeglichen werden.

Für die vorliegende Auswertung des Erfassungsjahres 2019 besteht wegen der fehlenden Sozialdaten wie im Vorjahr die Einschränkung, dass relevante Einflussfaktoren (beispielsweise Komorbiditäten) bei einigen QI ggf. nicht berücksichtigt werden können. Ein direkter Vergleich der Leistungserbringerergebnisse, insbesondere der Ergebnisse von Leistungserbringergruppen sowie der Sektoren ist deshalb nur sehr eingeschränkt möglich.

2.3 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und deren Weiterentwicklung

Nachfolgend ist eine kurze Auswahl deskriptiver Analysen der Versorgungssituation getrennt nach Auswertungsgruppen für das Erfassungsjahr 2019 dargestellt. Bei den nachfolgenden Auswertungsgruppen handelt es sich um Arten der Leistungserbringung (stationär, belegärztlich, ambulant) durch die jeweiligen Leistungserbringer, nicht zu verwechseln mit den jeweiligen Leistungserbringern selbst (Krankenhaus bzw. Vertragsarzt bzw. -ärztin / Praxis / MVZ). Die deskriptive Auswertung gibt einen Überblick und ist nicht als vollständig anzusehen: sie ermöglicht lediglich eine erste vorsichtige Einschätzung der Ergebnisse der einzelnen Leistungserbringer sowie der entsprechenden Auswertungsgruppen.

Von den Leistungserbringern, welche Koronarangiographien und/oder PCI erbrachten (Prozeduren), wurden 87,1 % stationär durch Krankenhäuser (KH), 4,2 % ambulant durch Krankenhäuser, 7,1 % von ambulant tätigen Vertragsärzten (VÄ), 1,3 % von stationär tätigen Belegärzten (BÄ) und 0,3 % durch selektivvertragliche Leistungserbringer durchgeführt. Insgesamt behandelten alle Leistungserbringer zusammen 800.687 Fälle⁷ und führten 836.202 Prozeduren⁸ durch. Diese verteilen sich auf 510.078 isolierte Koronarangiographien, 28.399 isolierte PCI sowie 297.725 einzeitige PCI. Insgesamt wurden somit 807.803 Koronarangiographien und 326.124 PCI durchgeführt.

Tabelle 3: Übersicht über die Anzahl der Fälle und Prozeduren je Leistungserbringergruppe (2019)

Leistungserbringergruppen		Fälle (Basisbögen)	Prozeduren (Prozedurbögen)	Isolierte Koronarangiographien	Isolierte PCI	Einzeitige PCI	Koronarangiographien (gesamt)	PCI (gesamt)
ambulant	VÄ	59.508	59.570	49.234	961	9.375	58.609	10.336
	Anzahl LE	250	250	250	74	132	-	-
	KH	35.011	35.105	33.859	65	1.181	35.040	1.246
	Anzahl LE	433	433	419	33	149	-	-
stationär	KH	692.833	728.050	418.924	27.055	282.071	700.995	309.126
	Anzahl LE	951	951	937	588	803	-	-
	BÄ	10.450	10.586	5.882	205	4.499	10.381	4.704

⁷ Ohne die 299 Minimaldatensätze

⁸ Unter einer Prozedur wird eine isolierte Koronarangiographie, isolierte PCI oder eine einzeitige PCI verstanden (Durchführung einer Koronarangiographie und PCI bei einem gemeinsamen Eingriff).

Leistungserbringergruppen		Fälle (Basisbögen)	Prozeduren (Prozedurbögen)	Isolierte Koronarangiographien	Isolierte PCI	Einzeitige PCI	Koronarangiographien (gesamt)	PCI (gesamt)
	Anzahl LE	33	33	30	16	30	-	-
Selektivvertrag.		2.885	2.891	2.179	113	599	2.778	712
	Anzahl LE	19	19	19	7	12	-	-
Bund (gesamt)		800.687	836.202	510.078	28.399	297.725	807.803	326.124
	Anzahl LE	1.210	1.210	1.195	678	955	-	-

Der weitaus größte Anteil an Prozeduren, Koronarangiographien und PCI (isolierte und einzeitige PCI) wurde mit 86,8 % bzw. 94,8 % erwartungsgemäß stationär durch Krankenhäuser erbracht. Ambulant tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erbrachten 7,2 % der durchgeführten Koronarangiographien und 3,2 % der PCI. 6,6 % der isolierten Koronarangiographien wurden ambulant durch Krankenhäuser durchgeführt, jedoch nur 0,2 % der durchgeführten isolierten PCI. Belegärztinnen und Belegärzte führten einen Anteil von 1,2 % der Koronarangiographien durch und 1,4 % der PCI. Selektivvertragliche Leistungserbringer führten jeweils 0,3 % der gemäß der externen Qualitätssicherung dokumentieren Koronarangiographien bzw. 0,2 % der PCI durch. Zu berücksichtigen ist, dass nicht genau bekannt ist, wie hoch hier der Anteil der selektivvertraglichen Prozeduren tatsächlich liegt, da diese Informationen nicht – bspw. im Rahmen einer Sollstatistik – erfasst werden.

Tabelle 4 zeigt die Anzahl an rechnerisch auffälligen Leistungserbringern je Qualitätsindikator sowohl auf Bundesebene als auch für die jeweiligen Auswertungsgruppen im Vergleich zur Grundgesamtheit des jeweiligen QI auf. Von den insgesamt 1.067 Leistungserbringern, welche beispielsweise für den Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (ID 56000) ausgewertet wurden, wurden 86 Leistungserbringer als rechnerisch auffällig eingestuft (8,06 %). 5,08 % (19 von 374) der Krankenhäuser, die ambulante Koronarangiographien durchführen, sind in diesem QI rechnerisch auffällig. Etwas höher, mit ca. 9,51 % (77 von 810 Krankenhäuser), liegt der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer in diesem QI für Krankenhäuser, die stationär Koronarangiographien durchführen. Ambulant tätige Vertragsärztinnen und -ärzte sind mit ca. 8 % (22 von 263 Vertragsärzten) rechnerisch auffällig. Den im Vergleich zum Bundesdurchschnitt geringsten Anteil an rechnerisch auffälligen Leistungserbringern weisen beim jetzigen Datenbestand die stationär tätigen Belegärztinnen und Belegärzte mit 3,70 % (1 von 27 Belegärztinnen und Belegärzten) auf. Bei der Betrachtung der Ergebnisse zu den selektivvertraglich erbrachten Leistungen ist zu berücksichtigen, dass hier wahrscheinlich nur ein kleinerer Anteil der tatsächlich selektiven Leistungen im Rahmen der QS-Dokumentation erfasst und an das IQTIG übermittelt wurden. Dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Tabelle 4: Übersicht über die Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringer je Qualitätsindikator und Leistungserbringergruppe (2019)

ID	Indikator	ambulant				stationär				Selektivvertragliche Leistungen		Bund (gesamt)	
		Vertragsärzte		Krankenhaus		Belegärzte		Krankenhaus		Anzahl LE rechnerisch auffällig	%(rechnerisch auffällig)	Anzahl LE rechnerisch auffällig	%(rechnerisch auffällig)
		Anzahl LE rechnerisch auffällig	%(rechnerisch auffällig)										
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	16 von 250	6,40 %	19 von 374	5,08 %	1 von 27	3,70 %	77 von 810	9,51 %	0 von 19	0,00 %	86 von 1067	8,06 %
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	31 von 249	12,45 %	71 von 387	18,35 %	1 von 28	3,57 %	68 von 864	7,87 %	1 von 19	5,26 %	93 von 1119	8,31 %
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	8 von 250	3,20 %	34 von 413	8,23 %	0 von 30	0,00 %	45 von 914	4,92 %	0 von 19	0,00 %	54 von 1172	4,61 %
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	6 von 12	50,00 %	9 von 49	18,37 %	1 von 10	10,00 %	53 von 657	8,07 %	0 von 1	0,00 %	60 von 677	8,86 %
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	2 von 13	15,38 %	6 von 53	11,32 %	1 von 10	10,00 %	58 von 666	8,71 %	0 von 1	0,00 %	61 von 687	8,88 %
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	9 von 250	3,60 %	31 von 417	7,43 %	2 von 30	6,67 %	67 von 922	7,27 %	2 von 19	10,53 %	74 von 1180	6,27 %
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	8 von 131	6,11 %	23 von 149	15,44 %	1 von 30	3,33 %	49 von 800	6,13 %	3 von 12	25,00 %	56 von 951	5,89 %

ID	Indikator	ambulant				stationär				Selektivvertragliche Leistungen		Bund (gesamt)	
		Vertragsärzte		Krankenhaus		Belegärzte		Krankenhaus		Anzahl LE rechnerisch auffällig	%(rechnerisch auffällig)	Anzahl LE rechnerisch auffällig	%(rechnerisch auffällig)
		Anzahl LE rechnerisch auffällig	%(rechnerisch auffällig)										
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	16 von 250	6,40 %	35 von 433	8,08 %	0 von 33	0,00 %	119 von 951	12,51 %	1 von 19	5,26 %	132 von 1210	10,91 %
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	6 von 250	2,40 %	15 von 419	3,58 %	2 von 30	6,67 %	68 von 937	7,26 %	0 von 19	0,00 %	67 von 1195	5,61 %
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	3 von 74	4,05 %	8 von 33	24,24 %	5 von 16	31,25 %	55 von 588	9,35 %	2 von 7	28,57 %	63 von 678	9,29 %
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	9 von 132	6,82 %	10 von 149	6,71 %	2 von 30	6,67 %	48 von 803	5,98 %	2 von 12	16,67 %	58 von 955	6,07 %
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	7 von 17	41,18 %	10 von 58	17,24 %	2 von 11	18,18 %	46 von 696	6,61 %	0 von 2	0,00 %	52 von 721	7,21 %
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	20 von 133	15,04 %	43 von 158	27,22 %	0 von 30	0,00 %	55 von 807	6,82 %	0 von 12	0,00 %	73 von 960	7,60 %
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	8 von 131	6,11 %	23 von 149	15,44 %	1 von 30	3,33 %	49 von 800	6,13 %	3 von 12	25,00 %	56 von 951	5,89 %

Anmerkung: Die ausgewerteten Sterblichkeits-QI (IDs 56024 und 56026) werden in dieser Tabelle nicht aufgeführt, da diese ohne Referenzwert berichtet werden.

Wie bereits erwähnt, können die Arten der Leistungserbringung bzw. die Leistungserbringergruppen (ambulant, stationär, selektivvertraglich) sehr unterschiedliche Patientenkollektive aufweisen. Da die Fälle jedoch noch nicht für alle entsprechenden Qualitätsindikatoren (entsprechend der patientenseitigen Merkmale) risikoadjustiert sind, dies jedoch für einige QI geplant ist (vgl. Tabelle 1), ist ein Vergleich der unterschiedlichen Leistungserbringergruppen für einzelne Indikatoren, für die ggf. eine Risikoadjustierung notwendig ist, nur eingeschränkt sinnvoll. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass – vor allem im vertragsärztlichen Sektor – immer noch von einer Unterdokumentation auszugehen ist. Eine Analyse der patientenseitigen Unterschiede bei den Leistungserbringergruppen wird gemeinsam mit dem sektorenübergreifenden Expertengremium auf Bundesebene erfolgen, um ggf. relevante patientenseitige Risikofaktoren bei der Auswertung einzelner Indikatoren zu berücksichtigen (Abschnitt 2.2).

Ein Beispiel für einen patientenseitigen Risikofaktor ist das Alter, da mit höherem Alter die Wahrscheinlichkeit von Komorbiditäten steigt. Beispielsweise lag das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten für die Leistungserbringergruppe Krankenhaus (ambulant) bei lediglich 65,1 Jahren, gefolgt von 66,2 Jahren bei ambulant tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Im Krankenhaus stationär versorgte Fälle wiesen mit 68,9 Jahren ein wiederum höheres Durchschnittsalter auf. Patientinnen und Patienten, welche von selektivvertragliche Leistungserbringern versorgt wurden, wiesen ein Durchschnittsalter von 68,0 Jahren auf. Die durchschnittlich ältesten Patientinnen und Patienten betreute die Gruppe der stationär tätigen Belegärztinnen und Belegärzte (69,7 Jahre). Im Rahmen der Entwicklung der Risikomodelle wird zu prüfen sein, inwiefern diese Unterschiede die jeweiligen Indikatorergebnisse beeinflussen.

Tabelle 5: Übersicht über Unterschiede in der Patientenpopulation nach Leistungserbringergruppen (2019)

Leistungserbringergruppen		Anzahl QS-Datensätze	Zustand nach koronarem Bypass		Prozedur als Notfall	STEMI als Hauptdiagnose bei Indikation zur PCI		
ambulant	VÄ	59.508	5,2 %	3.090	0,3 %	155	0,1 %	54
	KH	35.011	4,5 %	1.562	2,0 %	688	0,7 %	250
stationär	KH	692.833	7,6 %	52.962	14,3 %	98.862	6,1 %	42.203
	BÄ	10.450	8,1 %	844	4,1 %	434	2,8 %	295
Selektivvertragliche LE		2.885	6,9 %	198	0,7 %	20	0,3 %	8
Bund (gesamt)		800.687	7,3 %	58.656	12,5 %	100.159	5,3 %	42.810

Tabelle 5 zeigt beispielhafte Unterschiede in den Risikofaktoren der Patientinnen und Patienten je Leistungserbringergruppe. Im Bundesdurchschnitt weisen 7,3 % der Fälle eine bereits erfolgte Bypass-Operation auf („Zustand nach koronarer Bypass-OP“). Dabei liegt der Anteil der ambulant behandelten Fälle mit einer bereits erfolgten Bypass-Operation (vgl. VÄ amb.: 5,2 %; KH

amb.: 4,5 %) deutlich unter den entsprechenden Anteilen, die bei den stationären Leistungserbringern zu finden sind (KH stat.: 7,6 %; BÄ stat.: 8,1 %). Die selektivvertraglichen Leistungserbringer wiesen mit 6,9 % der behandelten Patientinnen und Patienten einen ähnlich hohen Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer bereits erfolgten Bypass-Operation auf. Ähnliches gilt für den Anteil der notfallmäßig behandelten Fälle (bzw. Patientinnen und Patienten), deren Anteil im Bundesdurchschnitt bei ca. 12,5 % liegt. Im selektivvertraglichen und ambulanten Bereich ist der Anteil mit 0,7 % (selektivvertragliche Leistungserbringer), 0,3 % (VÄ amb.) und 2,0 % (KH amb.) hingegen deutlich geringer. Der Anteil der Fälle, welche belegärztlich notfallmäßig betreut wurden, war mit 4,1 % etwas größer, aber immer noch deutlich unterhalb der 14,3 % Notfälle, die durch die Krankenhäuser stationär versorgt wurden.

Die obigen Ausführungen geben nur einen kleinen Ausschnitt der Unterschiede im Risikoprofil der Patientinnen und Patienten wieder, die von den einzelnen Leistungserbringergruppen behandelt werden. Es gilt dabei zu berücksichtigen, dass auch innerhalb der Leistungserbringergruppen Varianzen bei den Patientenkollektiven vorliegen können, die an dieser Stelle nicht näher untersucht werden.

2.4 Bewertung der Ergebnisse

Die Auswertung des Erfassungsjahres 2019 berücksichtigt zusätzlich zu den QS-datenbasierten QI auch erstmalig zwei sozialdatenbasierte QI.

2.4.1 QS-Daten-basierte Indikatoren

Das QS-Verfahren *QS PCI* umfasst 14 ausschließlich auf QS-Daten basierende Qualitätsindikatoren (QIs). Tabelle 6 bietet einen Vergleich der Ergebnisse der auf QS-Daten basierenden Indikatoren der Erfassungsjahre 2019 und 2018. Zum Erfassungsjahr 2019 erfolgte eine Anpassung der Rechenregeln für den Qualitätsindikator „Objektive, nicht invasive Ischämiezeichen als Indikator zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (ID 56000), weshalb der Indikator mit den Ergebnissen des Vorjahres nicht vergleichbar ist. Zudem wurden die QI zum Dosis-Flächen-Produkt (ID 56005-56007) erstmalig einer Risikoadjustierung unterzogen und können damit nicht mit den Vorjahren verglichen werden. Für fast alle berichteten Qualitätsindikatoren gilt, dass es für das Jahr 2019 eine tendenzielle Verbesserung der Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr gab. Dabei ist zu beachten, dass die Vergleichbarkeit zwischen zwei Erfassungsjahren immer nur zum Teil gegeben sein kann. Dies beruht darauf, dass es im Zeitverlauf Änderungen bei den Datenlieferungen geben kann (bspw. kommen Leistungserbringer neu hinzu oder geben ihre Tätigkeit auf), dass neue Datengrundlagen hinzukommen (bspw. selektivvertragliche Leistungen) oder aber im Rahmen der Verfahrenspflege (bspw. Anpassung an neue Leitlinien) auch Änderungen am Dokumentationsbogen bzw. Anpassungen an der Berechnung des Qualitätsindikators vorgenommen werden.

Indikationsindikatoren

Die ersten beiden Indikatoren überprüfen die Indikationsstellung der koronarangiographischen Untersuchung. Der Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (ID 56000) überprüft dabei, ob für die durchgeführten

Prozeduren eine angemessene Indikationsstellung vorlag. Der Indikator „Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund“ (ID 56001) misst bei Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf das Vorliegen einer KHK inwieweit diese Indikation, die zu einer Koronarangiographie geführt hat, auch durch die Untersuchung bestätigt werden konnte. Hier sollte der Anteil an Koronarangiographien, die trotz des Verdachtes auf eine KHK keinen pathologischen Befund erbrachten, gering ausfallen, um sicherzustellen, dass möglichst nur Patientinnen und Patienten einer Koronarangiographie unterzogen werden, für die dies auch erforderlich war. Der Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie (ID 56000)“ erzielte für das Erfassungsjahr 2019 ein Ergebnis von 60,26 %. Bei dem Indikator „Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund“ (ID 56001) liegt das Ergebnis für das Indexjahr 2019 bei 31,43 % und zeigt damit ein ähnliches Niveau im Vergleich zum Vorjahresergebnis (31,98 %).

Zum Erfassungsjahr 2019 erfolgte eine Anpassung der Rechenregeln für den Qualitätsindikator „Objektive, nicht invasive Ischämiezeichen als Indikator zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (ID 56000). Für einzelne Patientengruppen wurden bestimmte Bedingungen ergänzt: so müssen bei Patientinnen und Patienten unter 50 Jahren ohne stabile Angina pectoris und ohne bekannte KHK gesicherte Ischämiezeichen vorliegen. Die Grundgesamtheit des Indikators wurde geschärft, indem nun bestimmte medizinische Parameter, wie CCS III oder die Prätest-Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK von Patientinnen und Patienten in der Indikatorberechnung mitberücksichtigt werden. Die Anpassungen erfolgten auf Grundlage der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie aus dem Jahre 2017 sowie den Empfehlungen des Expertengremiums. Durch die vorgenommenen Änderungen ist der Indikator mit den Ergebnissen des Vorjahres nicht vergleichbar.

Prozessindikatoren

Der Prozessindikator „Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI“ (ID 56002) erfasst den Anteil an elektiven (geplanten) oder dringlichen Koronarangiographien oder PCI, bei denen die Nierenfunktion innerhalb einer Woche vor dem Eingriff gemessen wurde. Deren Anteil sollte möglichst hoch sein, da kontrastmittelinduzierte Komplikationen, z. B. ein akutes Nierenversagen, eine erhebliche Relevanz für die untersuchten Patientinnen und Patienten hat. Die Messung der Nierenfunktion ist wichtig für eine zuverlässige Identifizierung von Risikopatientinnen und -patienten, um ggf. präventive Maßnahmen bei diesen einleiten zu können. Wie bereits in den letzten beiden Jahren sichtbar, liegen die Ergebnisse für diesen Indikator auf einem sehr hohen Niveau. Der perzentilbasierte Referenzwert liegt in diesem Jahr bei $\geq 95,24$ %, das Bundesergebnis für diesen Indikator bei 98,56 %. Aus diesem Grund sind bei diesem Indikator Deckeneffekte erreicht, was sich auch an den Vorjahresergebnissen (2018: 98,24 %) erkennen lässt. Diese guten Ergebnisse haben zu der Empfehlung geführt, diesen Indikator ab dem Erfassungsjahr 2021 zu streichen, da kein erkennbares Qualitätsdefizit vorhanden ist. Gleichwohl wird in Zukunft über ein Auffälligkeitskriterium überprüft werden, wie hoch der Anteil der Fälle ist, bei denen keine Nierenfunktion gemessen bzw. Kreatininwerte angegeben wurden.

Der Indikator „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt“ (ID 56003, DTB-Zeit) misst die Zeit, die zwischen der Krankenhausaufnahme einer Patientin oder eines Patienten mit der Hauptdiagnose „ST-Hebungsinfarkt“ (akuter Herzinfarkt) und dem PCI-Eingriff (bzw. dem Öffnen des Ballons) liegt. Er ist ein wesentlicher Indikator für die Prozessqualität der akuten Notfallbehandlung in einem Krankenhaus. Die frühzeitige Durchführung einer PCI senkt für diese Patientengruppe signifikant sowohl die Morbidität als auch die Mortalität und kann somit als Ausdruck einer guten Versorgungsqualität angesehen werden. Die leichte Verbesserung des Indikators zur Schnelligkeit der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkten („Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt“; ID 56003) um mehr als 1 Prozentpunkt auf 70,70 % (EJ 2018: 69,52 %) ist erfreulich. Für diesen Indikator wird erwartet, dass das Ergebnis dieses Indikators in Zukunft die Qualität der Versorgung genauer abbilden kann, da ab dem Erfassungsjahr 2020 aufgrund einer verbesserten Definition im Dokumentationsbogen zwischen akutem und subakutem Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) unterschieden wird.

Der Indikator „Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt“ (ID 56004) misst, wie häufig ein Leistungserbringer keine Angaben zum „Door“- bzw. „Balloon“-Zeitpunkt gemacht hat. Das Qualitätsziel ist dabei, dass die Anzahl an durchgeführten Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, für die der „Door“-Zeitpunkt und/oder „Balloon“-Zeitpunkt bei Erst-PCI unbekannt ist, möglichst niedrig sein sollte. Auf Bundesebene lag dieses Ergebnis bei 5,09 %, für das Erfassungsjahr 2018 lag das Indikatorergebnis mit 7,0 % noch etwas höher und zeigt damit eine Verbesserung um etwa 2 Prozentpunkte. Ab dem Erfassungsjahr 2020 gilt für diesen QI ein fester Referenzbereich (3 %).

Tabelle 6: Vergleich der Ergebnisse für QS-Daten-basierende Indikatoren (Indexjahr 2019 vs. 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Ergebnis 2019 (Referenzbereich)	Ergebnis 2018*	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
Indikatoren zur Indikationsstellung					
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	60,26 % (≥ 27,84 %)	59,07 %	Rechenregel wurde verändert, nicht vergleichbar, Datengrundlage nicht vergleichbar	-
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	31,43 % (≤ 57,36 %)	31,98 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage vergleichbar	Besser
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	98,56 % (≥ 95,24 %)	98,24 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage vergleichbar	Besser
Prozessindikatoren					
Indikatorengruppe: Door-to-Ballon-Zeit					
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	70,70 % (≥ 44,01 %)	69,52 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage vergleichbar	Besser
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	5,09 % (≤ 20,93 %)	7,00 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage vergleichbar	Besser
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt					

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Ergebnis 2019 (Referenzbereich)	Ergebnis 2018*	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ² (2016: 3.500 cGy x cm ²)	1,02 ** (≤ 2,30)	-	Referenzbereich sowie Ergebnisse nicht vergleichbar mit Vorjahr, da der QI erst- malig risikoadjustiert wurde	n. a.
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ² (2016: 6.000 cGy x cm ²)	1,01 ** (≤ 2,24)	-		n. a.
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ² (2016: 8.000 cGy x cm ²)	1,01 ** (≤ 2,18)	-		n. a.
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	0,35 % (≤ 0,81 %)	0,35 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage vergleichbar	Unverändert
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge					
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	5,43 % (≤ 12,75 %)	5,71 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage vergleichbar	Besser
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	19,47 % (≤ 43,76 %)	19,68 %		Besser
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	12,37 % (≤ 28,96 %)	13,32 %		Besser

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Ergebnis 2019 (Referenzbereich)	Ergebnis 2018*	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
Ergebnisindikatoren					
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI					
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	92,03 % (≥ 84,21 %)	91,68 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage vergleichbar	Besser
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	94,45 % (≥ 89,01 %)	94,20 %		Besser
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (QS- und Sozialdatenbasierte QI zum Indexjahr 2017)					
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	4,61 % (nicht definiert)	n. a.	Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet	n. a.
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	5,21 % (nicht definiert)	n. a.	Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet	n. a.

* Berechnet mit den Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019

** Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Rate ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Rate ist 10 % kleiner als erwartet.

Die Indikatoren der Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ messen die Strahlenbelastung, welcher die Patientinnen und Patienten im Rahmen einer isolierten Koronarangiographie, einer isolierten PCI oder einer einzeitigen PCI ausgesetzt sind (IDs 56005, 56006, 56007 und 56008). Sie stellen damit einen wesentlichen Parameter für die Prüfung der Einhaltung des Strahlenschutzes und damit für die Patientensicherheit dar. Im Erfassungsjahr 2019 wurden erstmals Daten zu Körpergröße und -gewicht über den QS-Dokumentationsbogen erhoben. Diese Daten werden zur Berechnung des Body-Mass-Index herangezogen, der für eine (erstmalige) Risikoadjustierung der Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ (IDs 56005, 56006 und 56007) verwendet wurde. Die Ergebnisse werden als Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate ausgegeben und sind somit nicht mit den Ergebnissen des Vorjahres vergleichbar.

Die Indikatorengruppe „Kontrastmittelmenge“ enthält weitere Prozessindikatoren, welche die Menge von benötigtem Kontrastmittel bei einer isolierten Koronarangiographie, einer isolierten PCI oder einer einzeitigen PCI messen (IDs 56009, 56010 und 56011). Da das Kontrastmittel insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit vorbestehender Nierenschädigung Komplikationen hervorrufen kann, sollten generell die eingesetzten Kontrastmittelmengen möglichst niedrig ausfallen. Die Indikatoren bewegen sich auf einem ähnlichen Niveau wie bereits im Vorjahr. Für den QI „Isolierte Koronarangiographie mit Kontrastmittelmenge über 150 ml“ (ID 56009) lag das bundesweite Ergebnis bei 5,43 % (2018: 5,71 %). Die Bundesergebnisse für alle QI dieser Gruppe haben sich, im Vergleich zum Erfassungsjahr 2018, weiter verbessert.

Ergebnisindikatoren

Die Indikatorengruppe „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ (IDs 56014 und 56016) misst die Ergebnisqualität der PCI, indem überprüft wird, ob das zuvor verengte Gefäß durch die Ballondilatation erweitert werden konnte und ob der nach dem Eingriff gemessene Blutfluss in diesem Gefäß zufriedenstellend ausfällt. Im Vergleich zum Vorjahr sind lediglich geringe Verbesserungen zwischen den jeweiligen Indikatorergebnissen der Indikatorengruppe „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ festzustellen. Für den Indikator „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt“ (ID 56014) liegt der Bundesdurchschnitt bei 92,03 % (EJ 2018: 91,68 %). Der Indikator „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ (ID 56016) lag mit 94,45 % (EJ 2018: 94,20 %) sehr nah an den Vorjahreswerten und weist einen leichten Anstieg auf.

2.4.2 Sozialdatenbasierte Indikatoren (Follow-up-Indikatoren)

Eine Innovation im Verfahren stellen die neu eingeführten Indikatoren zur Nachverfolgung des Patientenverlaufes nach einer PCI (Follow-up) dar. Für die Berechnung dieser Follow-up-Indikatoren werden erstmalig sowohl die von den Leistungserbringern dokumentierten Daten zur Qualitätssicherung (bisherige ausschließliche Datengrundlage) als auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten der Leistungserbringer und personenbezogene Versorgungsdaten bei den Krankenkassen) verwendet. Die Sozialdaten werden mittels eines Pseudonymisierungsverfahrens fallbezogen bzw. patientenbezogen mit der durch die Leistungserbringer erhobenen Dokumentation zusammengeführt, um den gesamten Krankheitsverlauf der einzelnen Patientin bzw. des einzelnen Patienten integriert auswerten zu können. So können die Leistungen, die für

eine Patientin oder einen Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten durch verschiedene Ärztinnen oder Ärzte erbracht wurden, in einen Zusammenhang gebracht werden, um auch den weiteren Verlauf nach Eingriff und ggf. aufgetretenen Komplikationen unabhängig vom Ort der Behandlung oder dem „Sektor“ sichtbar zu machen.

Für das QS-Verfahren werden beispielsweise Komplikations- und Mortalitätsraten nach einem Eingriff über einen längeren Zeitraum (hier: 7-Tage-Komplikationsrate, 30-Tage- und 1-Jahres-Sterblichkeit) verfolgt. Dies war im bisherigen Verfahren, das lediglich stationäre Leistungserbringer betraf, nur bis zum Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus möglich. Unter Hinzunahme der Sozialdaten bei den Krankenkassen können Komplikationen einer im Krankenhaus durchgeführten Koronarangiographie oder PCI, die durch eine niedergelassene Kardiologin oder einen niedergelassenen Kardiologen behandelt wurden, sowie Komplikationen einer ambulant durchgeführten Koronarangiographie oder PCI, die im Krankenhaus behandelt werden mussten, erfasst werden.

Die insgesamt 6 Follow-up-Indikatoren können erst mit einem gewissen Zeitverzug zum Jahr der eigentlichen Prozedur ausgewertet und berichtet werden, da der Nachbeobachtungszeitraum (in diesem QS-Verfahren bis zu einem Jahr nach einer Prozedur) nach der aktuellen Methodik hierfür abgeschlossen sein muss, die Abrechnungsdaten des Leistungserbringers bei der Krankenkasse angekommen sein und im Anschluss an das IQTIG übermittelt werden müssen.

In diesem Jahr erfolgt erstmalig die Berichterstattung zu den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren „30-Tage-Sterblichkeit bei PCI“ (ID 56024) und „1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI“ (ID 56026) für Indexeingriffe aus dem Jahr 2017. Die sozialdatenbasierten Indikatoren zeigen an, wie viele der Patientinnen und Patienten mit einer PCI nach 30 Tagen bzw. nach einem Jahr verstorben sind. Damit die verstorbenen Patientinnen und Patienten, welche bereits innerhalb von 30 Tagen nach Prozedur im Indikator 56024 erfasst wurden, nicht doppelt gezählt werden, gehen diese nicht erneut in den Zähler des Indikator 56026 ein. Die 1-Jahressterblichkeit (1. bis 365. Postprozeduraler Tag) wird in Form einer Kennzahl zum Indikator 56026 zusätzlich ausgegeben, sodass eine Vergleichbarkeit auch im internationalen Kontext möglich ist. Für die Indikatoren zur Sterblichkeit gilt, dass die Zuschreibbarkeit des Ereignisses zu einem Leistungserbringer eingeschränkt ist und eine direkte Kausalität zu einer innerhalb der o. a. Zeiträume vorab durchgeführten Prozedur (hier PCI) nicht eindeutig ist. Wie mit diesen Qualitätsindikatoren im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens umgegangen werden sollte, ist deshalb noch durch den G-BA festzulegen. Aus diesem Grund werden in diesem Jahr die Ergebnisse ohne den jeweils vorgesehenen Referenzwert ausgegeben.

Die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen befindet sich weiterhin in der Startphase. Die Anfangsprobleme der Datenübermittlung sowie -qualität wurden soweit behoben, dass aktuell eine Verknüpfungsrate mit QS-Daten von 96,42 % (n = 701.466) erreicht wurde und somit erstmalig im Jahr 2020 eine Auswertung der sozialdatenbasierten Indikatoren zur Sterblichkeit auf Einrichtungsebene stattfinden konnte.

Die nachfolgende Tabelle 7 stellt die Ergebnisse für die Indikatorengruppe: Sterblichkeit bei PCI für Eingriffe aus dem Indexjahr 2017 dar. Für den QI 56024 ergab sich eine 30-Tage-Sterblichkeit von 4,61 % (N = 11.334). Von diesen Patientinnen und Patienten, welche innerhalb von 30 Tagen

nach einer PCI verstarben, verstarben 8,83 % (N = 1.001) bereits im Herzkatheterlabor. Von diesen bereits im Herzkatheterlabor Verstorbenen wiesen ein Anteil von 49,5 % einen ST-Hebungsinfarkt (STEMI) auf. 35,96 % der Patientinnen und Patienten, welche innerhalb von 30 Tagen nach PCI verstarben, wiesen einen Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) und 7,01 % ein akutes Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI auf. Ein Anteil von 14,02 % der Patientinnen und Patienten, welche innerhalb von 30 Tagen nach PCI verstarben, wurden einer elektiven PCI unterzogen.

Tabelle 7: Ergebnisse zu den Indikatorgruppe: Sterblichkeit bei PCI (Indexjahr 2017)

Beschreibung	N	Bund (Gesamt) in %
30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (QI 56024)	11.334 / 246.050	4,61 %
Davon Anteil der Fälle mit:		
Tod im Herzkatheterlabor, davon Anteil der Fälle mit:	1.001 / 11.334	8,83 %
▪ STEMI bei Tod im Herzkatheterlabor	495 / 1.001	49,45 %
▪ Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	4.076 / 11.334	35,96 %
▪ akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI	795 / 11.334	7,01 %
▪ mit elektiver PCI	1.589 / 11.334	14,02 %
1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (QI 56026) (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	12.822/246.050	5,21 %
Davon Anteil der Fälle mit:		
▪ Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	4.229 / 12.822	32,98 %
▪ akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI	1.220 / 12.822	9,51 %
▪ elektiver PCI	5.983 / 12.822	46,66 %
▪ 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (1. - 365. postprozeduraler Tag)	24.156 / 246.050	9,82 %

Die berechnete „1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI“ (ID 56026; 31. bis 365. postprozeduraler Tag) lag bei 5,21 % (N = 12.822), wobei hier diejenigen Patientinnen und Patienten, welche bereits in den ersten 30 Tagen nach der Prozedur verstarben, nicht in die Indikatorberechnung mit einbezogen wurden. Von den Patientinnen und Patienten, welche zwischen dem 31. und 365. Tag nach der letzten verzeichneten PCI (in QS-Dokumentationsdaten oder Sozialdaten bei den Krankenkassen) verstarben, wiesen 32,98 % zum Zeitpunkt der Prozedur einen Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) und 9,51 % ein akutes Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI auf. Insgesamt 46,66 % der Patientinnen und Patienten wurden innerhalb des Zeitraums zwischen dem 31. bis 365. postprozeduraler Tag nach PCI einer elektiven PCI unterzogen. Die 1-Jahressterblichkeit (1. bis 365. postprozeduraler Tag) nach einer PCI, und damit einschließlich derjenigen Verstorbenen, welche bereits im Indikator 56024 erfasst wurden, lag bei 9,82 % (N = 24.156) für Indexeingriffe zum Erfassungsjahr 2017.

Weitere Indikatoren, welche mittels QS-Dokumentations- und Sozialdaten berechnet werden, sollen im kommenden Jahr berichtet werden:

- Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen (ID 56012)
- MACCE⁹ innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (ID 56018)
- MACCE⁹ innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (ID 56020)
- MACCE⁹ innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (ID 56022)

Für die Berechnungen dieser vier bisher noch nicht berichteten, sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren konnten die sehr komplexen Rechenregeln und die berechneten Ergebnisse noch keiner umfangreichen Plausibilisierung unterzogen und mit dem Expertengremium umfassend diskutiert werden, sodass beschlossen wurde, diese noch nicht zu berichten.

⁹ Schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen (*major adverse cardiac and cerebrovascular events*), intra- und postprozedural: Schlaganfall, Herzinfarkt, Tod.

3 Qualitätssicherungsergebnisberichte der Bundesländer (EJ 2018)

3.1 Hintergrund und Zielsetzung

Das nachfolgende Kapitel stellt die Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) der Bundesländer für das Erfassungsjahr 2018 dar. Der Qualitätssicherungsergebnisbericht wird jährlich zum 15. März an das IQTIG übermittelt und enthält strukturierte Informationen zu den im jeweiligen Bundesland durchgeführten „Qualitätssichernden Maßnahmen“. Die Spezifikation für den Qualitätssicherungsergebnisbericht wurde gemäß den Vorgaben der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) erstellt und mit den Landesarbeitsgemeinschaften abgestimmt. Zum 31. Dezember 2018 wurde die Qesü-RL durch Plenumsbeschluss des G-BA aufgehoben, sodass die themenspezifischen Bestimmungen für die Verfahren gemäß Qesü-RL zum 1. Januar 2019 in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt wurden.

Die Spezifikation zum QSEB, welche den Bundesländern jeweils im Vorjahr zum Berichtsjahr zur Verfügung gestellt wird, orientiert sich an der Spezifikation zum Bericht über den Strukturierten Dialog gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)¹⁰, um bestehende Erfahrungen und Kenntnisse bei den Verfahrensteilnehmern im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung zu berücksichtigen. Sie wurde umfassend an den veränderten Fokus der nun gültigen DeQS-RL angepasst und jährlich auf Basis der Rückmeldungen der Bundesländer verbessert und für die nachfolgenden Erfassungsjahre, soweit notwendig, angepasst.

Eine Zielsetzung ist es, dass durch die Anpassungen und Änderungen der QSEB-Spezifikationen – im Vergleich zur bisherigen Berichterstattung der Bundesländer im Rahmen der QSKH-RL – der Umgang bzw. die Bewertung der rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten bundesweit besser vergleichbar gemacht wird und die länderspezifische Auslegung verringert wird. Das Erfassungsjahr 2018 ist das zweite Erfassungsjahr, für welches die Bundesländer ein Stellungnahmeverfahren im Rahmen der DeQS-RL zum QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* durchgeführt haben.

Die Rückmeldung der LAG ergaben, dass die QSEB-Spezifikation einigen Anpassungen unterzogen werden musste. Bei der Erfassung einzelner Aspekte hatte es teilweise Implausibilitäten bzw. unzureichende Ausfüllhinweise gegeben, welche u. U. zu unterschiedlichen Interpretationen in den Rückmeldungen durch die LAG geführt haben. Zudem gab es einige Unsicherheiten und nicht geklärte Definitionen der Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens bzw. der Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit und deren Bewertung, da es hierzu noch keine Festlegungen

¹⁰ 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 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 05.08.2020).

in der Qesü-RL bzw. DeQS-RL gab. Aus diesem Grund ist zu berücksichtigen, dass die Spezifikation die bisherige Ausgestaltung der Richtlinie(n) hinsichtlich des Prüfablaufs für Qualitätssicherungsmaßnahmen zwar widerspiegelt, es jedoch noch genauere Definitionen in der Richtlinie (Bewertungskriterien) und Ausfüllhinweise geben muss, damit eine Einheitlichkeit beim Stellungnahmeverfahren auf Landesebene hergestellt werden kann.

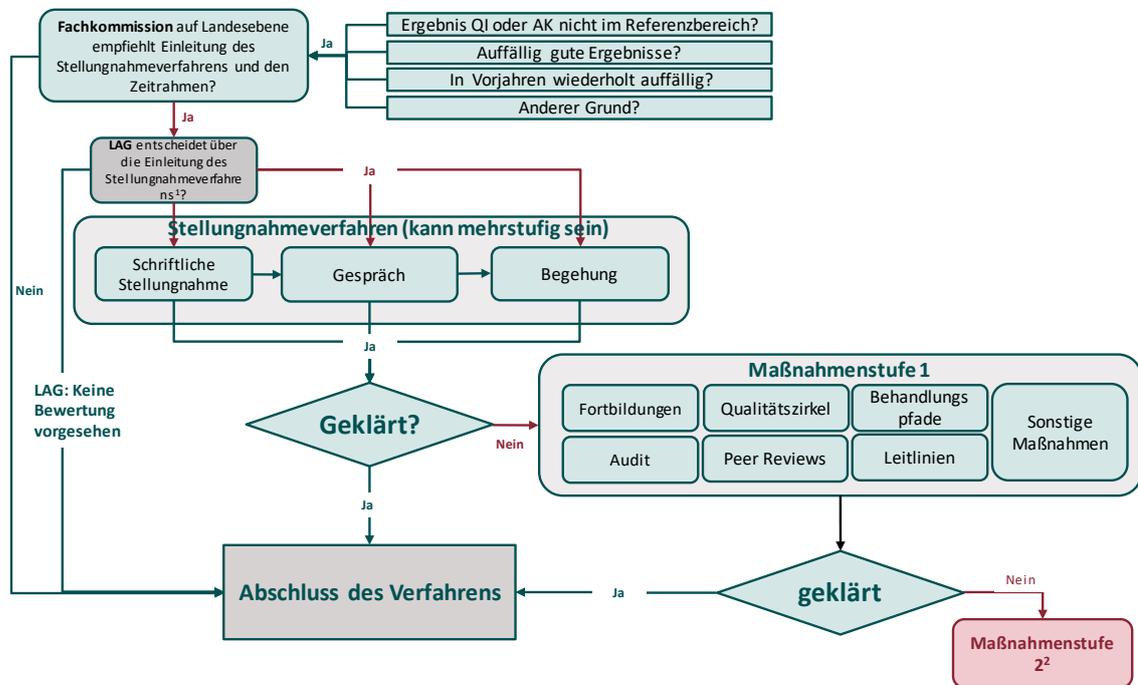


Abbildung 1: Schematischer Ablauf zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §17 / §12 themenspezifische Bestimmungen der DeQS-RL

Anmerkung: 1. Nur QS WI: Ein Stellungnahmeverfahren muss ab dem Erfassungsjahr 2019 immer dann eingeleitet werden, wenn die einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Abs. 2 Qesü-RL nicht fristgerecht übermittelt wurden. 2018 kann in solchen Fällen ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden. 2. Aktuell nur QS PCI: Maßnahmen der Maßnahmenstufe 2 können beim Vorliegen von Hinweisen auf wiederholte oder besonders schwerwiegende Fälle, in Fällen, in denen der Leistungserbringer an der Qualitätssicherungsmaßnahme nicht oder nicht vollständig teilnimmt oder in anderen Fällen mit dringendem Handlungsbedarf unverzüglich beschlossen werden.

Da es noch keine weiteren Präzisierungen des Stellungnahmeverfahrens nach Qesü-RL bzw. nach DeQS-RL gab bzw. gibt, konnten den LAG bzw. den Fachkommissionen keine eindeutigen Empfehlungen bzw. Handlungsanweisungen gegeben werden. Gemäß Qesü-RL (§ 12 Teil 2, Verfahren 1 (Qesü-RL), Abs. 3) bzw. der Überführung in die DeQS-RL sollen „[...] innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung bundesweit einheitliche Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nr. 9 der Richtlinie [...]“ festgelegt werden. Für das Erfassungsjahr 2018 konnten keine Vorgaben zur Bewertung vorgegeben werden. Aufgrund der fehlenden bundesweit einheitlichen Bewertungskriterien ist von einer heteroge-

nen Interpretation hinsichtlich der Bewertung auf Landesebene auszugehen. Dies ist insbesondere bei der Interpretation der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zu berücksichtigen. Die LAG bzw. Fachkommissionen wurden jedoch gebeten, sich an den bisherigen Bewertungen zur qualitativen Auffälligkeit zu orientieren, so lange keine bestehenden Kriterien festgelegt wurden. Auch ist zu berücksichtigen, dass nicht alle LAG ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt haben bzw. Ergebnisse hierzu an das IQTIG übermittelt haben. Die im Anhang dargestellten Ergebnistabellen werden nachfolgend kurz erläutert.

3.2 Zusammenfassung der QSEB-Ergebnisse auf Bundesebene (EJ 2018)

Für das QS-Verfahren *QS PCI* haben zum Erfassungsjahr 2018 insgesamt 12 LAG fristgerecht den Qualitätssicherungsergebnisbericht am 16. März 2020 dem IQTIG übermittelt. Insgesamt 4 LAG haben für das Erfassungsjahr 2018 keinen QSEB abgegeben. Sie begründeten dies u. a. mit der noch nicht vollständigen Arbeitsfähigkeit bzw. mit noch nicht abgeschlossenen Aufbauprozessen.¹¹

Die Auswertungen zum QSEB erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Indikator-ebene. Die Auswertungen erfolgen in tabellarischer Form und sind im Anhang verfügbar (Anhang: Ergebnisse des Qualitätssicherungsergebnisberichts zum Erfassungsjahr). Bei der Betrachtung der Ergebnisse zu den QSEB-Auswertungen ist zu beachten, dass die Summen für die einzelnen QI bzw. das QS-Verfahren insgesamt nicht mit den bereits berichteten Auswertungen im Bundesqualitätsbericht 2019 übereinstimmen. Bspw. weicht die Anzahl an rechnerisch auffälligen Standorten (insgesamt 909 rechnerisch auffällige Ergebnisse der Leistungserbringer in Tabelle 8 in diesem Bericht) von der Anzahl der tatsächlich rechnerisch auffälligen Ergebnisse der Leistungserbringer auf QS-Verfahrensebene für das Erfassungsjahr 2018 ab (insgesamt 1.114 rechnerisch auffällige Standorte in Tabelle 4). Dies ist damit zu begründen, dass nicht alle LAG zum Erfassungsjahr 2018 einen Bericht an das IQTIG übermittelt haben und sich somit Abweichungen ergeben. Im Folgenden wird sich immer auf die Zahlen bezogen, welche durch die LAG an das IQTIG übermittelt wurden.

Tabelle 8 stellt die Übersicht über die Anzahl der rechnerisch auffälligen Standorte auf QI-Ebene sowie auf Ebene des QS-Verfahrens dar, für welche für das Erfassungsjahr 2018 qualitätssichernde Maßnahmen initiiert wurden. Beispielsweise gab es für den Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten, Koronarangiographie“ (ID 56000) insgesamt 76 rechnerisch auffällige Ergebnisse. In Tabelle 9 wurde dann für insgesamt 52 der 76 rechnerisch auffälligen Ergebnisse ein Stellungnahmeverfahren von den Fachkommissionen auf Landesebene empfohlen.

Für insgesamt 24 rechnerisch auffällige Ergebnisse wurde für diesen Indikator kein Stellungnahmeverfahren empfohlen. Laut Aussagen der Landesarbeitsgemeinschaften wurde dies durch die Fachkommissionen der Bundesländer unterschiedlich begründet. Mehrfach wurde die Nicht-Initiierung eines Stellungnahmeverfahrens bei rechnerischer Auffälligkeit damit begründet, dass

¹¹ Berlin, Brandenburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein

„das Ergebnis auf einem Einzelfall“ beruhe und daher in Anlehnung an die QSKH-RL kein Stellungnahmeverfahren vorgesehen werde. Des Weiteren wurde auch öfter kein Stellungnahmeverfahren initiiert, wenn es sich um eine Verbringungsleistung oder eine grenzwertige Abweichung gehandelt hatte. Eine weitere Begründung, warum kein Stellungnahmeverfahren initiiert wurde, war der Hinweis, dass Stellungnahmeverfahren erst durchgeführt werden, wenn der Ergebniswert bereits im Vorjahr außerhalb des Referenzbereichs lag. Auch wurde auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet, weil ein Arzt „seine invasiv-kardiologische Tätigkeit“ beendet hatte.

Die Fachkommissionen können grundsätzlich verschiedene Formen eines Stellungnahmeverfahrens empfehlen, jedoch empfahlen sie für alle Standorte des QI „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten, Koronarangiographie“ (ID 56000), für welche ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden sollte, eine schriftliche Stellungnahme. Mit einem Standort wurde zusätzlich ein Gespräch als Art des Stellungnahmeverfahrens geführt. Für das Erfassungsjahr 2018 wurden von den Fachkommissionen schriftliche Stellungnahmen empfohlen, aber auch Stellungnahmen in Form eines Gesprächs oder einer Begehung umgesetzt.

Für den oben angegebenen QI, aber auch für fast alle anderen QI des QS-Verfahrens *QS PCI* gab es einzelne Abweichungen zu den Empfehlungen der Fachkommissionen (insgesamt 43 Abweichungen von der Empfehlung der Fachkommissionen durch die LAG). Das heißt, die Empfehlungen der Fachkommissionen wurden zum größten Teil durch die LAG für die Qualitätsindikatoren des Verfahrens übernommen. Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse der Durchführung der von den Fachkommissionen empfohlenen und durch die LAG durchgeführten Stellungnahmeverfahren. Auf die Aufforderung zur schriftlichen Stellungnahme reagierten insgesamt 48 der 49 aufgeforderten rechnerisch auffälligen Leistungserbringer für den QI „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten, Koronarangiographie“ (ID 56000). Für 14 Leistungserbringer waren „noch keine Maßnahme zur Behebung der Auffälligkeit bekannt“, für 22 Leistungserbringer wurde mit „Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen“ und 2 Leistungserbringer wurden als „Sonstiges“ im Bericht bezeichnet.

Inwiefern ein Leistungserbringer mit rechnerischer Auffälligkeit durch die Fachkommission als qualitativ auffällig eingeschätzt wurde, wird in Tabelle 11 dargestellt. Für den QI 56000 wurden 20 der 76 Ergebnisse der Leistungserbringer durch die Fachkommissionen als qualitativ auffällig bewertet. Die Einstufung als „qualitativ auffällig“ begründeten die Fachkommissionen unterschiedlich. Insgesamt 11 Mal gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Es waren zudem, gemäß den Erläuterungen im QSEB, fehlende Leitlinienadhärenz, umfangreiche Fehldokumentationen bzw. Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel bei den qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringern festzustellen. Auch wurden vereinzelt keine Maßnahmen zur Beseitigung des Problems durch den Leistungserbringer berichtet, sodass teilweise die Einleitung von Maßnahmenstufe 1 mit Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien durch die Fachkommission vorgeschlagen wurde.

Für das gesamte QS-Verfahren *QS PCI* stuften die Fachkommissionen von den insgesamt 544 durchgeführten Stellungnahmeverfahren (bzw. 543 Stellungnahmeverfahren mit Rückmeldungen durch den Leistungserbringer) 187 Ergebnisse der Leistungserbringer als qualitativ auffällig

in mindestens einem der QI ein. Dabei kann ein Standort aber auch mehr als eine qualitative Auffälligkeit aufweisen.

Von den 52 initiierten Stellungnahmeverfahren für den QI 56000 empfahlen die Fachkommissionen für 8 als qualitativ auffällig bewertete Standorte die „Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen“ in Form von Maßnahmenstufe 1 (vgl. Tabelle 11).

Für das gesamte QS-Verfahren *QS PCI* wurden für das Erfassungsjahr 2018 für 38 der als qualitativ auffällig bewerteten QI-Ergebnisse die „Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen“ in Form der Maßnahmenstufe 1 im QS-Verfahren *QS PCI* für den entsprechenden Standort empfohlen. Für insgesamt 36 der 38 durch die Fachkommissionen empfohlenen QI-Ergebnisse von Standorten wurden durch die LAG weiterführende qualitätssichernde Maßnahmen in Form der Maßnahmenstufe 1 initiiert. Es wurde bisher für keinen Standort bzw. Ergebnisse eines Standortes, bei dem die Maßnahmenstufe 1 durchgeführt wurde, die Maßnahmenstufe 2 eingeleitet.

4 Evaluationsergebnisse (EJ 2018)

4.1 Hintergrund und Zielsetzung

Gemäß der Richtlinie beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Des Weiteren soll, „[...] sobald eine ausreichende Datengrundlage vorliegt [...]“, eine empirische Abschätzung über das Ausmaß des Verbesserungspotenzials vorgenommen sowie „[...] die Zielerreichung näher quantifiziert [...]“ werden (Teil 2 Verfahren 1 (QS PCI) Teil 2 Verfahren 1 (QS PCI) § 2 DeQS-RL Abs. 6). Beides zusammen bildet die Grundlage für die Entscheidung über den weiteren Fortgang des Verfahrens im Rahmen der abschließenden Bewertung. Wie diese abschließende Bewertung des Verfahrens gestaltet werden soll, ist in den Tragenden Gründen lediglich cursorisch aufgeführt. Über die genaue Form und Konzeption einschließlich Zieldefinitionen muss noch entschieden werden: „Das Kriterienraster und strukturierte Vorgehen wird noch durch den G-BA in Zusammenarbeit mit dem Institut nach § 137a SGB V festgelegt“ (Tragende Gründe vom 19. Februar 2015).

Die Vorgaben zur fortlaufenden Evaluation im jährlichen Bundesqualitätsbericht werden nicht näher definiert. Um die Evaluationsergebnisse eines jeden Jahres sinnvoll für eine Bewertung des gesamten Verfahrens zum 30. Juni 2023 effizient und effektiv nutzen zu können, hat das IQTIG ein über die Jahre hinweg gleich strukturiertes Vorgehen vorgeschlagen. Für die fortlaufende Evaluation wurde vorgeschlagen, dass diese den Status quo der Umsetzung, Prozessprobleme sowie verfahrenstechnische Rückmeldungen aus den Bundesländern erfasst und berichtet. Dies erfolgt mithilfe einer Konsultation der Stakeholder (im Sinne einer multiperspektivischen Prozessbeurteilung), um Probleme frühzeitig zu erkennen und Verfahrenselemente ggf. anzupassen zu können.

Die Rückmeldungen aus den Bundesländern erfolgen aus diesem Grund mittels einer strukturierten Abfrage, die zusammen mit dem QSEB an das IQTIG übermittelt werden. Die Erfassung erfolgt über eine vorstrukturierte Excel-Datei, welche die Bundesländer für ein QS-Verfahren bezogen jeweils auf ein Erfassungsjahr ausfüllen und an das IQTIG übermitteln. Die LAG sollen bei der Beantwortung der Evaluationsfragen dabei auch die Rückmeldungen des jeweiligen Expertengremiums sowie der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) berücksichtigen. Die Evaluationsfragen beinhalten folgende Dimensionen:

- Einschätzung von **Prozessen** (Erfassung, Spezifikation, Export, Plausibilisierung etc.)
- Einschätzung zu **Indikatoren und Ergebnissen** (Indikatorergebnisse, qualitätssichernde Maßnahmen, Rechenregeln etc.)
- Einschätzungen zu **sonstigen Themen**

Die aus dem QSEB-Bericht erhobenen Informationen zu den Prozessen auf Landesebene und den Rückmeldungen der Leistungserbringer werden dann im Anschluss zusammengeführt und ausgewertet. Unter anderem dienen dann diese semistrukturierten Rückmeldungen der Landesebene dazu, etwaige notwendige Handlungsempfehlungen für die Verbesserung von Prozessen im Rahmen des QS-Verfahrens zu erkennen und zu formulieren.

4.2 Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse auf Bundesebene (EJ 2018)

Für das Erfassungsjahr 2018 haben insgesamt 11 der insgesamt 16 LAG¹² die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt. Die LAG wurden gebeten, eine Evaluationstabelle (Excel-Format) für das QS-Verfahren *QS PCI* auszufüllen. Die in der Tabelle aufgeführten Fragen beziehen sich jeweils auf ein QS-Verfahren und auf ein Erfassungsjahr. Die Evaluationsfragen sollen im Sinne einer halb-strukturierten Erhebung von Eindrücken und der Einschätzung der Landesebene der Evaluation des QS-Verfahrens dienen. Die LAG sollen dabei auch die Rückmeldungen von Leistungserbringern oder den Fachkommissionen berücksichtigen und ggf. an das IQTIG zurückmelden. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden im Anschluss aufbereitet und nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

1. Gab es für das Erfassungsjahr leistungserbringerübergreifend auftretende Probleme hinsichtlich des QS-Dokumentationsbogens/der QS-Dokumentationsbögen (Fragen zur Dokumentation, zu Ausfüllhinweisen, zu Plausibilitätsregeln u. ä.)?

Allgemeine Anmerkungen

Von den insgesamt 11 LAG, welche eine Rückmeldung gegeben haben, meldeten drei LAG, dass leistungserbringerübergreifend für das Erfassungsjahr 2018 Probleme aufgetreten seien. Die erste LAG gibt an, dass Anfragen der Leistungserbringer jeweils soweit möglich beantwortet worden bzw. entsprechend zeitnah an das IQTIG weitergeleitet worden seien. Zudem müsse, laut LAG, für eine „strukturierte Analyse [...] eine wissenschaftliche Evaluation mit Rückfrage an alle Leistungserbringer erfolgen“ und regt an, dass entsprechende Evaluationsfragen für die Leistungserbringer vom IQTIG zur Verfügung gestellt werden sollten. Eine weitere LAG meldet, dass „Komplikationsangaben [...] erfasst aber bisher nicht aufgrund der fehlenden Sozialdaten nicht ausgewertet“ werde würden. Auch würden einige Parameter zur Ischämiediagnostik von den Leistungserbringern nicht verstanden verstanden, u.a. da die Prätestwahrscheinlichkeit nicht berücksichtigt würde. IQTIG Anmerkung: Die Anpassungen zur Ischämiediagnostik und Prätestwahrscheinlichkeit wurden ab dem EJ 2019 bzw. 2020 sukzessive in den Rechenregeln, Ausfüllhinweisen und auch Spezifikation berücksichtigt und entsprechend angepasst.

Insgesamt acht LAG meldeten zurück, dass keine leistungserbringerübergreifenden Probleme hinsichtlich des QS-Dokumentationsbogens/der QS-Dokumentationsbögen aufgetreten seien. Eine LAG meldete hierzu, dass eventuelle Probleme nicht bekannt seien, da keine Abfrage hierzu bei den Leistungserbringern durchgeführt worden sei.

¹² Brandenburg, Berlin, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt den Evaluationsfragebogen nicht übermittelt.

2. Gab es im Erfassungsjahr in den genutzten Softwarelösungen, unabhängig vom Softwareanbieter (ambulant u/o stationär), auftretende Probleme hinsichtlich der Spezifikation (Probleme beim Auslösefilter, QS-Dokumentationsbögen, Export o. ä.)?

Von den 11 LAG meldeten vier ein „nein“ zurück, drei LAG gaben an, dass es im Erfassungsjahr 2018 in den von den Leistungserbringern genutzten Softwarelösungen Probleme gab. Drei gaben zudem sonstige Probleme an.

Eine LAG verweist erneut darauf hin, dass für eine strukturierte Analyse eine wissenschaftliche Evaluation mit Einbindung aller Leistungserbringer erfolgen müsse. Eine LAG meldet, dass es im ambulanten Bereich bei der Firma 3M größere Probleme bei der Integration des Feedbackkeys in die Dokumentationsdatei gegeben hätte. Im stationären Bereich seien keine Probleme bekannt, es wird aber darauf hingewiesen, dass hierzu keine Abfrage bei den Leistungserbringern durchgeführt wurde. Auch meldet eine weitere LAG, dass es im ambulanten Bereich bei der Migration der über die QUIK-Software erfasste Dokumentation in den QS-Bogen zu Implausibilitäten gekommen sei bzw. es hier zu technischen Problemen bei Übermittlung der Dokumentationen in Form von fehlerhaften Dateien gekommen sei. Diese seien aber vornehmlich praxisindividueller Natur gewesen und teilweise auch Spezifikationsprobleme. Nicht erläutert wird jedoch durch die LAG, was die angeführten Spezifikationsprobleme gewesen seien. Eine andere LAG weist darauf hin, dass „die dauerhafte Sicherung der in die PCI-Bögen übertragenen Daten [...] sich retrospektiv als Problem [erwies]“, da die Dokumentation an einem falschen Standort erfolgt sei. Das Problem wird jedoch nicht näher erläutert.

Zudem meldet eine weitere LAG, dass die „nicht schemakonforme Eingabe des Feedbackkey“ zu einer unklaren Zuordnung der Fälle (stat./amb./beleg) geführt habe. Dies sei darauf zurückzuführen, dass bei den Softwareanbietern manchmal Unklarheiten bestehen würden, welche Version gelten würde. Das hätte in Einzelfällen zu Fehlern bei der Datenlieferung geführt. Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass dies mit der Spezifikation zum EJ 2020 behoben worden sei.

Im Vergleich zu den Rückmeldungen der LAG aus dem Vorjahr zum EJ 2017 scheinen die bisherigen technischen Probleme hinsichtlich Software, Export und Pseudonymisierung sowie hinsichtlich der Verschlüsselung der Rückmeldeberichte (Feedbackkey) zum EJ 2018 bereits deutlich geringer auszufallen. Die im Vorjahr thematisierten Probleme bei der Zuordnung, der Pseudonymisierung scheinen behoben bzw. nicht mehr grundsätzlicher Natur zu sein, sondern lediglich bei einzelnen Softwareanbietern sowie Leistungserbringern zu bestehen.

3. Gab es sonstige Hinweise zu Problemen bezüglich der Durchführung der QS-Verfahren?

Von den befragten LAG meldeten vier zurück, dass es weitere Hinweise zu Problemen bei der Durchführung des QS-Verfahrens gegeben habe. Eine LAG meldete, dass in den Jahresauswertungen für das EJ 2018 die gemäß Richtlinie notwendigen Angaben (Benchmark, Basisstatistik) in den PDF-Rückmeldeberichten gefehlt hätten und wies darauf hin, dass die zur Verfügung gestellte CSV-Datei nicht geeignet gewesen sei, den Leistungserbringern eine anwenderfreundliche Problemanalyse zu ermöglichen. Auch eine weitere LAG merkte an, dass Jahresauswertungen zum EJ 2018 für sowohl die LAG als auch die Leistungserbringer sehr kurz ausgefallen seien

und aufgrund fehlender Inhalte auch nicht richtlinienkonform gewesen seien. Zudem wurde angemerkt, dass es fehlerhafte Angaben bei der Vollzähligkeit der Daten gegeben habe und dieses nicht in den Berichten korrigiert worden sei.

Zusätzlich wies diese LAG darauf hin, dass auch zum EJ 2018 keine Follow-up-Indikatoren zu Komplikationen bzw. Sterblichkeit (basierend auf Sozialdaten der Krankenkassen) berichtet wurden. Dies wurde auch von einer zweiten LAG angemerkt, die befürchtet, dass die fehlenden Ergebnisse zu sozialdatenbasierten Indikatoren die Beurteilung der erbrachten Ergebnisse schwierig mache und die Akzeptanz des Verfahren erheblich beschädigen würden.

Die vierte LAG gab an, dass es zu „Schwierigkeiten auf Grund der digitalen Datenübertragung“ gekommen sei. Dies sei darauf zurückzuführen, dass wenn Leistungserbringer Aktualisierungen der Software nicht durchführen würden, die Verarbeitung der eingereichten Dateien nicht möglich sei. Auch sei mit einigen Softwareherstellern die Zusammenarbeit für den Leistungserbringer schwierig, da die Kommunikation bzw. der Support problematisch sei. Es gäbe Softwarehersteller, welche Änderungen an der Spezifikation nicht umsetzen würden, sodass die QS-Dokumentationen der Leistungserbringer nicht erfolgreich weiterverarbeitet werden könne. Dies führe dazu, dass Leistungserbringer bspw. die verschlüsselten Rückmeldeberichte nicht öffnen könnten, wenn es zu einem Verlust des initialen Passwortes käme (beim Erstellen der QS-Dokumentationen in der Software, z. B. QUIK-Register, vom Leistungserbringer selbst vergeben). Dieses Passwort würde auch benötigt, wenn Einsicht in die Rückmeldeberichte durch den Leistungsbringer genommen werden wolle. Die LAG weist darauf hin, dass es kein Standardverfahren gäbe, dass die nochmalige Vergabe eines Passwortes ermögliche.

Einer LAG waren keine Probleme bekannt, sechs der LAG meldeten keine weiteren Probleme.

4. Gab es Probleme hinsichtlich einzelner QI, der dazugehörigen Rechenregeln oder der QI-Ergebnisse?

Von den elf LAG meldeten vier zurück, dass es hinsichtlich einzelner QI, der dazugehörigen Rechenregeln oder der QI-Ergebnisse Probleme gegeben habe. Sieben der LAG meldeten keine Probleme zurück.

Die erste LAG schildert, dass es – wie bereits im Vorjahr aufgefallen – bei den „Angaben der Kontrastmittelmenge abhängig von der verwendeten Anlage zu wesentlich höheren Angaben kam, weil die Luft mittels Kontrastmitteldurchlauf aus den Schläuchen gedrückt wird und die Geräte diese Kontrastmittelmenge mitberechnen“ würden. Zudem meldet die LAG, dass es bei Belegärzten zu ungerechtfertigten Auffälligkeiten bzgl. der Indikationsstellung gekommen sei, da es hier eine situationspezifische Patientenselektion gäbe, weil „Patienten mit pathologischen Befunden [...] stationär behandelt [würden] und [...] daher in der Statistik des ambulant operierenden Belegarztes nicht auf[tauchen würden]“. Auch kam es laut Angabe der LAG zu Patientenselektionseffekten zwischen Klinikstandorten, „da die Zuordnung nach dem entlassenden Standort vorgenommen [würde]. Patienten mit unauffälligen Befunden [würden] häufig in anderen Standorten (ohne Herzkatheterlabor) verlegt und dort entlassen.“ Die Problematik trete insbesondere dann auf, wenn es sich um Verbringungsleistungen handeln würde. Auch kritisiert die LAG, dass perzentilbasierte Referenzwerte verwendet würden.

Die zweite LAG merkt an, dass die Auswertungen keine Vergleichsgruppen auf Landesebene enthalten würden und auch die vergleichende Darstellung der Leistungserbringer auf Landesebene fehlen würde. Der aktuelle Bericht mit den Auswertungen würde nur Bundesdaten im Vergleich zum Landesergebnis enthalten, für eine qualitative Bewertung seien jedoch Ergebnisse auf Landesebene notwendig.

Durch die dritte LAG wird angemerkt, dass Indikatoren zur Indikation überarbeitet werden müssten, um die neue ESC-Leitlinie abzubilden; zudem seien bei kleinen Fallzahlen die QI-Ergebnisse nicht aussagefähig. Die LAG schlägt als guten Ansatz eine Zusammenführung der Fälle beim leistungserbringenden Katheterlabor vor. Jedoch sei es aus verfahrenssystematischen Gründen notwendig, dass weiterhin gelte, „dass bei Verbringungen die verbringende und nicht die leistungserbringende Einrichtung für die Dokumentation zuständig [...] [ist].“

Wie bereits unter Punkt 3 angemerkt, weist die vierte LAG erneut darauf hin, dass fehlende Ergebnisse zu sozialdatenbasierten Indikatoren die Beurteilung der erbrachten Ergebnisse schwierig mache und die Akzeptanz des Verfahrens erheblich beschädigen würde.

5. Gab es Probleme hinsichtlich der qualitätssichernden Maßnahmen bzw. des Stellungnahmeverfahrens?

Von den elf Rückmeldungen gaben vier LAG keine Probleme hinsichtlich der qualitätssichernden Maßnahmen bzw. des Stellungnahmeverfahrens an, eine LAG gab Sonstiges an. Diese LAG wies darauf hin, dass die Fachkommission auf Landesebene erst Ende 2019 benannt worden sei und die LAG erst seit Oktober 2019 operativ tätig gewesen sei. Sechs LAG gaben an, dass es Probleme hinsichtlich der qualitätssichernden Maßnahmen bzw. des Stellungnahmeverfahrens gegeben habe.

Eine LAG weist darauf hin, dass aufgrund der fehlenden mandantenfähigen Datenbank es nicht möglich gewesen sei, Angaben in den Stellungnahmen der Leistungserbringer zu überprüfen (z. B. Verbringungsleistung, Angaben zu durchgeführten Prozeduren überhaupt, Risikogruppen etc.). Eine zweite LAG merkt an, dass die „wichtigen Ergebnisindikatoren zu MACCE (schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen) und Letalität“ seit dem Erfassungsjahr 2016 nicht mehr ausgewertet und berichtet würden. Daher können zu diesen QI auch keine Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt werden, obwohl diese Indikatoren in der Vergangenheit sehr wichtige Marker der externen stationären Qualitätssicherung dargestellt hätten. Die LAG schlägt vor, dass das Stellungnahmeverfahren ohne diese aussagekräftigen Ergebnisindikatoren ausgesetzt werden solle. Zudem weist diese LAG auf die Probleme hin, die es mit Klinikstandorten gebe, welche kein Herzkatheterlabor besäßen und ausschließlich Verbringungsleistungen in ihrer Statistik hätten. Hier entstünde ein „enormer Aufwand für die Kliniken, die verbringenden Kliniken in die Stellungnahme einzubeziehen und z. B. herauszufinden, warum eine erhöhte Kontrastmittelmenge verwendet wurde“. Auch sei die Zuordnung einer Bewertung dann fraglich. Diese LAG gibt zudem an, dass der LAG als Geschäftsstelle „viele wichtige Informationen nicht vor[lägen], welche zur Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens sowie zur Bewertung von Stellungnahmen benötigt würden. Ein Beispiel, welches durch die LAG gegeben wird, ist, dass Angaben, ob es sich um Verbringungsleistungen handele bzw. konkrete Angaben zu Kontrast-

mittelverbrauch/Flächen-Dosis-Produkt etc. nicht vorhanden sei, und somit die Nachvollziehbarkeit der Begründung des Leistungserbringers für die Fachkommission nur eingeschränkt nachvollziehbar sei. Es stelle einen Unterschied dar, ob ein Referenzwert bei der Kontrastmittelmenge nur minimal oder sehr deutlich überschritten worden sei. Auch die „Informationen zum Patientengut (Alter, Komplexität der Verschlüsse/Prozeduren, z. B. CTO)“ sei zur Plausibilisierung von Klinikangaben notwendig. Die fehlenden Informationen würden bei dem Leistungserbringer erfragt müssen. Es gäbe weitere Beispiele hierzu, welche im Workshop zur mandantenfähigen Datenbank bereits angemerkt wurden.

Die vierte LAG gibt an, dass von einzelnen Leistungserbringern kritisiert wurde, dass die Zeit zwischen Dokumentation, Stellungnahmeverfahren sowie die damit verbundenen Rückmeldungen an den Leistungserbringer viel zu lang sei. Die fünfte LAG merkt erneut an, dass die fehlenden Ergebnisse zu sozialdatenbasierten Indikatoren die Beurteilung der erbrachten Ergebnisse schwierig mache und die Akzeptanz des Verfahrens erheblich beschädigen würden. Die letzte LAG kritisiert, dass durch die fehlende Transparenz der Rechenregeln (endgültige Rechenregeln liegen den LAG erst nach Beschluss durch das Plenum und nach dem Stellungnahmeverfahren vor) zu einer eingeschränkten Nachvollziehbarkeit einiger Ergebnisse in den Rückmeldeberichten führen würde und damit auch konkrete Probleme der Leistungserbringer kaum nachvollzogen werden könnten.

6. Gibt es aus Ihrer Sicht anderweitige Themen oder Probleme?

Eine LAG verneinte die Frage nach anderweitigen Themen oder Problemen, zwei LAG haben Sonstiges angegeben. Eine LAG erläuterte hierzu, dass die in der DeQS-RL vorgesehenen Abläufe bei der Bewertung der Auffälligkeiten, wie diese prozessual vorgegeben seien, sehr viel Zeit benötigen würden und es fraglich sei, dies bis zum 31.10. des jeweiligen Jahres beenden zu können. Eine weitere LAG verweist in den Ausführungen zur Frage hinsichtlich weiterer Themen oder Probleme, dass sie von den Krankenhäusern auf die „rudimentären Auswertungen“ hingewiesen worden seien.

Insgesamt acht der elf LAG gaben an, dass es weitere Themen oder Probleme gäbe. Eine LAG gab an, dass der Zeitpunkt der Veröffentlichung endgültiger Rechenregeln und die rudimentären Rückmeldeberichte problematisch gewesen seien. Eine weitere LAG weist darauf hin, dass bei Auffälligkeiten der Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 56000, 56001) bei Verbringungsleistungen im Krankenhaussektor und bei Belegärzten durch Verlegungskonzepte und Vertragsverhältnisse eine Patientenselektion stattfinden würde, welche zwangsweise zu rechnerischen Auffälligkeiten führen würde. Als Beispiel führt die LAG an, dass verbrachte Patientinnen und Patienten mit pathologischem Befund bei der leistungserbringenden Einrichtung verbleiben würden, Patientinnen und Patienten ohne pathologischem Befund jedoch in das beauftragende Krankenhaus zurückgebracht würden. In diesen Fällen wäre in dem Bundesland eine einheitliche Bewertung „qualitativ unauffällig“ Sonstiges mit entsprechendem Kommentar erfolgt. Auch gäbe es Auffälligkeiten bei Prozess- und Ergebnisindikatoren bei Verbringungsleistungen. Hier würden die beauftragenden Kliniken (ohne eigenes Herzkatheterlabor) angeben, dass sie keinen Einfluss auf die Behandlung hätten. In dem Bundesland würde hier die Bewertung individuell unter Berücksichtigung der Fallzahl bei den einzelnen Kliniken erfolgen. Die LAG regt deshalb an,

zu überprüfen, ob bei der Auswahl zum Stellungnahmeverfahren zukünftig Verbringungsleistungen in kleiner Fallzahl ausgeschlossen werden könnten und bei großer Fallzahl der Dialog mit der erbringenden Klinik geführt werden könne und dürfe.

Die LAG berichtet zudem, dass, wenn trotz mehrmaliger Aufforderung durch die LAG der Leistungserbringer keine Stellungnahme erbringe, es derzeit keine bundesweit einheitlichen Vorgaben gäbe. Zum Zeitpunkt der Auswertungen merkt die LAG an, dass gerade im Hinblick auf prospektiven Rechenregeln es nicht nachvollziehbar sei, warum die Jahresauswertungen (sowohl für Leistungserbringer als auch auf Landesebene) nicht bereits kurz nach Datenannahmeschluss zur Verfügung gestellt werden könnten. Die LAG weist darauf hin, dass die bisherige LQS es geschafft habe, in den QS-Verfahren der QSKH-RL Routinen zu schaffen, um wöchentlich tagesaktuelle Auswertungen zur Verfügung stellen zu können. Auch habe die LAG die Leistungserbringer „motiviert, bereits unterjährig damit zu arbeiten, um sowohl Dokumentations- als auch Prozessprobleme frühzeitig zu detektieren und intern bereits Maßnahmen“ einleiten zu können. Auch weist die LAG darauf hin, dass die Zwischenberichte zu spät übermittelt würden, sodass die „Kliniken nun zu teurer Software (z. B. Saatmann Tool) gezwungen würden, „wenn diese sinnvolle und frühzeitige Qualitätssicherung machen wollen“.

Die LAG merkt weiterhin an, dass der Ausschluss von Privatpatientinnen und Privatpatienten sehr kritisch gesehen würde. Es solle angestrebt werden, langfristig auch dieses Kollektiv wieder zu erfassen bzw. „kurzfristig wieder in die Dokumentationspflicht der Leistungserbringer aufzunehmen“, sodass zumindest für die QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren die Privatpatientinnen und Privatpatienten miterfasst werden würden. Dies sei notwendig, um auch dem gegenüber von den „Medien etc. vorgebrachte[n] Vorwurf von unnötigen Eingriffen an Privatpatienten“ sprachfähig zu sein. Auch wäre aufgrund der extrem unterschiedlichen Patientenkollektive bei den verschiedenen Leistungserbringern eine Risikoadjustierung für einzelne Indikatoren wünschenswert.

Die dritte LAG merkt an, dass es aus ihrer Sicht nicht nachvollziehbar sei, warum das Verfahren keine Versendung von Hinweisen an die Leistungserbringer ohne Stellungnahme vorsähe. Zudem sieht die LAG es als problematisch an, dass die errechneten Ergebnisse keine Wechsel von Standortnummern- und Betriebsstätten berücksichtigen würden, sodass die Ergebnisse nicht zusammengeführt würden. Das würde nicht nur die Bewertung der Fachkommissionen erschweren, sondern auch die tatsächliche Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten reduzieren. Als weiteren Punkt merkt die LAG an, dass in den Rückmeldeberichten „derzeit nur die rechnerische Auffälligkeit, also die Nichteinhaltung des Referenzbereiches, dargestellt“ würde. Es würde für eine bessere Bewertung der Ergebnisse durch die Fachkommission die Darstellung der statistischen Auffälligkeit fehlen, damit mögliche stochastische Einflüsse berücksichtigt werden könnten. Auch könne so die statistische Auffälligkeit als Kriterium für die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens genommen werden. Zuletzt regt die LAG an, „anders als bislang bei den stationären QS-Verfahren, die Auswahl mehrerer Begründungsschlüssel zur Bewertung zu ermöglichen“, da oftmals eher eine Kombination als Begründung zutrefte.

Die vierte LAG merkt an, dass durch den vorgegebenen Ablauf das Stellungnahmeverfahren „unnötig“ in die Länge gezogen würde. Aus der LAG kam die Rückmeldung, dass das fachliche Know

how fehlen würde, um einschätzen zu können, ob die Anfragen und Stellungnahmen angemessen sind.

Eine fünfte LAG meldet, dass „immer wieder Fragestellungen in den Stellungnahmeverfahren“ auftreten würden, welche für eine zielführende Beurteilung für die bewertende Fachkommission erforderlich mache, Einsicht in die Primärdokumentation des Leistungserbringers zu erhalten. Aus diesem Grund sei es „zukünftig zwingend erforderlich, dass für die Fachkommissionen über die mandantenfähige Datenbank eine zeitnahe Einsichtnahme in die Primärdokumentation (Rohdaten) gewährleistet“ sei. Nur so könnten der Fachkommission alle für die Beurteilung notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt werden und auch das enge Zeitfenster des Verfahrens eingehalten werden, was derzeit nicht möglich sei. Weiterhin merkt die LAG an, dass es problematisch sei, dass die im Vorgängerverfahren etablierten Komplikationsindikatoren, welche durch die sozialdatengestützten Follow-up-Indikatoren abgelöst werden sollten, fehlen würden. Aufgrund des Fehlens dieser Indikatoren stünde „zu diesem wichtigen Bereich keinerlei Informationen“ zur Verfügung. So würden einige qualitätsrelevante Aspekte wie Tod oder schwere Komplikationen im Verfahren unberücksichtigt bleiben. Es sei daher unerlässlich, dass die Sozialdaten geliefert würden, um „einen Rückschritt gegenüber dem alten Verfahren zu vermeiden“. Auch diese LAG betont, dass eine Risikoadjustierung notwendig sei und nachgebessert werden sollte.

Die sechste LAG merkt erneut an, dass die fehlenden Ergebnisse zu Outcome-Indikatoren sowie fehlenden Ergebnisse zu sozialdatenbasierten Indikatoren die Beurteilung der erbrachten Ergebnisse erschweren würden und die Akzeptanz des Verfahren erheblich beschädigt hätten.

Dies wird auch von der siebten LAG angemerkt. Die fehlenden Follow-up-Ergebnisse in den Auswertungen sowie eine Risikoadjustierung würde fehlen. Es hätte keine Ergebnisse zu Indikatoren mit Mortalität/Komplikationen für das Erfassungsjahr 2017/2018 gegeben. Auch kritisiert die LAG, dass die Rückmeldeberichte im letzten Jahr sehr rudimentär ausgefallen sind, und dass es lediglich Prozentergebnisse ohne auffällige Fallzahlen und Grundgesamtheiten“ gegeben habe und dass es keine Grafiken oder Basisauswertung gegeben habe. Die Akzeptanz des Verfahrens aufseiten der Leistungserbringer seit Überführung des Verfahrens in die DeQS-RL sei nicht mehr gegeben.

Die letzte LAG weist auch darauf hin, dass die „Qualität der Rückmeldeberichte“ problematisch sei, da es „keine Angabe von Zähler und Nenner zu den Berechnungen der Indikatoren in den Rückmeldeberichten der Einrichtungen“ gegeben habe und die Basisauswertung gefehlt habe. Auch würden die Landesergebnisse in den Rückmeldeberichten der Leistungserbringer fehlen, hier würden nur Bundesergebnisse stehen, sodass es keine Benchmarkmöglichkeit für die Leistungserbringer auf Landesebene geben würde. Auch würden weiterhin die Berechnungen zu den Komplikations-QI (Blutungen, MACCE) und Letalitäts-QI fehlen.

5 Datenvalidierung

Am 15. Juni 2017 wurde das IQTIG durch einen Plenumsbeschluss des G-BA beauftragt, ein wissenschaftlich fundiertes Konzept zur Datenvalidierung in der externen Qualitätssicherung für die Verfahren nach § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zu entwickeln. Das Konzept soll sowohl für die Verfahren der Qesü-RL als auch für die Verfahren der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)¹³ (sektorspezifische, sektorgleiche und sektorenübergreifende Verfahren) Anwendung finden. Neben der Konzeptentwicklung ist auch die Erstellung einer Anleitung zur praktischen Umsetzung des Konzepts für die Verfahrensbeteiligten Gegenstand des Auftrages zum Thema Datenvalidierung. Ebenfalls Bestandteil des Auftrags ist die Entwicklung eines Konzepts zur jährlichen Berichterstattung gegenüber den Leistungserbringern, dem G-BA und der Öffentlichkeit. Ferner soll das IQTIG Aufwand und Nutzen des zu entwickelnden Konzepts zur Datenvalidierung abschätzen. Das Konzept wurde dem G-BA zum 31. August 2018 vorgelegt. Eine Umsetzung in den Regelbetrieb ist bisher noch nicht erfolgt.

¹³ 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 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020.
URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 05.08.2020).

6 Zusammenfassung und Empfehlungen

Auch im vierten Verfahrensjahr befindet sich das QS-Verfahren weiterhin im Aufbau. Im vorliegenden Bundesqualitätsbericht können erstmals Ergebnisse für sozialdatenbasierte Indikatoren berichtet werden. Dies stellt einen Fortschritt und einen wichtigen Schritt in Richtung Etablierung des neu gestalteten QS-Verfahrens dar. Ab dem nächsten Jahr soll zudem erstmalig eine Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens *QS PCI* durchgeführt werden. Diese Daten werden damit mittelfristig in der Auswertung und Berichterstattung berücksichtigt werden. Auch zum aktuellen Zeitpunkt muss weitere Aufbauarbeit sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene geleistet werden. Aus diesem Grund wird das QS-Verfahren auch in den kommenden Jahren weiterhin im Aufbau sein.

Verfahrensübergreifende Aufbauarbeiten DeQS-RL

Zum einen sind auch weiterhin in einzelnen Bundesländern die Strukturen zur Durchführung der in der Richtlinie festgelegten Aufgaben der Landesarbeitsgemeinschaften sowie der Datenannahmestellen nicht ausreichend etabliert. Dies schließt eine weiterhin notwendige strukturelle Aufbauarbeit mit ein (LAG-Geschäftsordnungen, Arbeitsfähigkeit der Fachkommissionen etc.). Zum anderen sind zum Teil verfahrenstechnische Grundsatzfragen noch nicht definiert bzw. wurden in der Umsetzung weitere Fragen aufgeworfen. Der Umgang mit diesen Fragen muss zum Teil zuerst auf Bundesebene (insbesondere durch den G-BA) festgelegt werden, damit diese dann von den LAG zur Durchführung ihrer Tätigkeiten genutzt werden können (bspw. Bewertungskriterien, eindeutige Definition zum Modus der Durchführung der Stellungnahmeverfahren, Umgang mit Follow-up-Indikatoren im Stellungnahmeverfahren etc.).

Viele von den LAG eingebrachten Herausforderungen und Probleme konnten in den letzten Jahren bewältigt werden. Vielfach wurden die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer kritisiert, insbesondere die des letzten Jahres. Die Rückmeldeberichte (und auch die Bundesauswertung) fallen in diesem Jahr wieder umfassend aus (inkl. Basisauswertung und detaillierte Ergebnisse auf QI-Ebene). Viele der Hinweise auf Verbesserungen und Optimierungen konnten bereits umgesetzt werden. Weitere Optimierungen an den Berichten werden im nächsten Jahr umgesetzt werden können. Das IQTIG begrüßt weitere Anregungen zur Verbesserung der Berichts- und Informationsstruktur und wird diese, soweit möglich, auch umsetzen.

Mit der Beauftragung des IQTIG durch den G-BA am 14. Mai 2020 zur „Erstellung einer mandantenfähigen Datenbank gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)“ können in Zukunft eine Vielzahl der Forderungen durch die LAG Rechnung getragen werden. Durch die Implementierung und Bereitstellung der in der Beauftragung beschlossenen mandantenfähigen Datenbank sowie der Implementierung erweiterter Abfragen im Anschluss an den ersten Teil der Beauftragung wird den Forderungen der Landesebene entgegen gekommen, indem die mandantenfähige Datenbank es den LAG ermöglicht u. a. bei der Durchführung der Stellungnahmeverfahren oder aber zur unterjährigen Unterstützung der Leistungserbringer – nach zuvor definierten Kriterien – auf Falldaten bzw. einrichtungsbezogene Daten zurückzugreifen. Die Kriterien hierzu hat der G-BA festgelegt.

Die zum Erfassungsjahr 2017 oftmals benannten Probleme bei den Feedback-Keys der Leistungserbringer scheinen soweit möglich gelöst worden zu sein. Auch die bisherige Kritik der LAG am Prozedere sowie Probleme der Spezifikation für die Qualitätssicherungsergebnisberichte scheinen im weitesten Sinne geklärt zu sein. Es gab hierzu in diesem Jahr nur vereinzelt Rückmeldungen. Noch zu klären und vom G-BA festzulegen sind die bisher noch nicht definierten Bewertungskriterien für das Stellungnahmeverfahren auf Landesebene. Hierzu bestehen weiterhin Unklarheiten und keine konkreten Definitionen, welche auch für die DeQS-Verfahren gelten, so dass bisher uneinheitliche Vorgehensweisen auf Landesebene vorherrschen. Hier ist zu empfehlen, dass der G-BA diese festlegt, um eine Einheitlichkeit auf Landesebene gewährleisten zu können.

Verfahrensspezifische Aufbauarbeiten und Weiterentwicklungen im QS-Verfahren

In diesem Jahr erfolgte erstmalig die Berichterstattung zu den sozialdatenbasierten Indikatoren zur 30-Tage- und 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (IDs 56024 und 56026), zu deren Weiterentwicklung Risikoadjustierungsmodelle erarbeitet werden. Die Umsetzung und Berechnung der sozialdatenbasierten Indikatoren befindet sich im Aufbau. Aktuell werden weitere Anpassungen der komplexen und neuen Rechenregeln gemeinsam mit den Mitgliedern des Sektorenübergreifenden Expertengremiums auf Bundesebene vorgenommen, um im nächsten Jahr auch über die weiteren sozialdatenbasierten Indikatoren berichten zu können. Zusätzlich sollen entsprechende Risikoadjustierungsmodelle entwickelt werden.

Eine kommende Herausforderung wird der Aufbau und die erstmalige Durchführung und Einbindung der Ergebnisse der Patientenbefragung in die Auswertungen für die Leistungserbringer sein. Hier werden aktuell die vorbereitenden Arbeiten sowie die erforderlichen Ausschreibungen durchgeführt. Diese stellen eine große Herausforderung dar, da, wie auch bei der Integration der Sozialdaten der Krankenkassen in die externe Qualitätssicherungsverfahren, neue Datengrundlagen und Datenübermittlungswege sowie Konzepte zur Auswertung umgesetzt werden müssen. Hier bleibt abzuwarten, inwiefern die erforderlichen Aufbauarbeiten innerhalb des gegebenen Zeitraumes (intern und extern) umgesetzt werden können, um die erstmalige Erhebung im kommenden Jahr durchführen zu können.

Empfehlung der Neuentwicklungen eines QI

Des Weiteren wurde dem G-BA vom IQTIG und den Mitgliedern des Sektorenübergreifenden Expertengremiums auf Bundesebene empfohlen, einen neuen Qualitätsindikator zur Indikationsstellung der PCI für das QS-Verfahren zu entwickeln und einzuführen. Dieser Qualitätsindikator stellt eine Neuentwicklung dar. Bis zum Erfassungsjahr 2013 bestand ein Qualitätsindikator, welcher zum Qualitätsziel hatte, dass eine PCI möglichst selten durchgeführt wird, sofern keine kardiale Symptomatik und keine Ischämiezeichen vorliegen. Dieser Indikator wurde zum Erfassungsjahr 2014 gestrichen, da die damalige Bundesfachgruppe keinen Handlungsbedarf bzw. Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Qualität feststellen konnte.

Seit der Streichung des QI vor sechs Jahren haben sich, bedingt durch den medizinischen Fortschritt und eine geänderte wissenschaftliche Datenlage, die Leitlinien umfassend geändert, sodass sowohl das IQTIG als auch das Expertengremium die Entwicklung eines vollständig neuen Indikators bezüglich der Indikationsstellung für eine PCI als essenziell betrachten. Für die Erweiterung des bestehenden Qualitätsindikatorensatzes zu QS PCI für den neu zu entwickelnden Qualitätsindikator zur „Indikationsstellung zur PCI“ sollte zunächst eine systematische Literaturrecherche zur Über-, Unter- sowie Fehlversorgung in diesem Bereich erfolgen, auch mit Blick auf bestehende nationale und internationale Leitlinien. Aktuell ist davon auszugehen, dass dieser Qualitätsaspekt durch den Leistungserbringer sowohl beeinflussbar als auch diesem zuschreibbar ist. Aus der Patientenperspektive betrachtet ist es von entscheidender Relevanz, ob die Voraussetzungen zur Indikationsstellung zur PCI hinreichend geprüft wurden. Eine Studie konnte bspw. zeigen, dass sich infolge der Durchführung einer hämodynamischen Evaluation einer Stenose (mittels Druck-Draht-Messung) in bis zu 43 % aller Fälle die Entscheidung für oder gegen eine PCI verändert hat. Kombinierte Endpunkte wie Tod, Myokardinfarkt und Revaskularisation traten in dieser Gruppe signifikant seltener auf als in der rein angiographisch geführten Gruppe (Van Belle et al. 2014).

Bezogen auf dieses Beispiel wäre bei der Festlegung des Qualitätsziels zu entscheiden, ob der Qualitätsindikator die Voraussetzungen zur Indikationsstellung der PCI prüfen soll, oder ob die PCI begründet durchgeführt wurde. Darauf aufbauend kann das entsprechende Patientenkollektiv identifiziert und ein Bewertungskonzept erarbeitet werden. Diese Analysen müssen im Rahmen der Entwicklung eines vollkommen neuen QIs zur Überprüfung der Indikationsstellung bei einer PCI durchgeführt werden.

Anhang: Ergebnisse des Qualitätssicherungsergebnisberichts zum Erfassungsjahr 2018

Tabelle 8: Übersicht zur Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (EJ 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	kein Ergebniswert, da entsprechende Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind ¹⁴	Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs	Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs	Besonders guter Ergebniswert	Auffällig schlechter Ergebniswert	Ergebnis über mehrere Jahre auffällig und dann nicht mehr	Anderer Grund
Indikatoren zur Indikationsstellung									
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	76	n. a.	1.084	76	0	0	0	0
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	90	n. a.	1.070	90	0	0	0	0
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	51	n. a.	1.192	51	0	0	0	0

¹⁴ Aufgrund einer fehlerhaften Plausibilisierungsregel könne in dieser Spalte keine Daten ausgegeben werden.

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	kein Ergebniswert, da entsprechende Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind ¹⁴	Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs	Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs	Besonders guter Ergebniswert	Auffällig schlechter Ergebniswert	Ergebnis über mehrere Jahre auffällig und dann nicht mehr	Anderer Grund
Indikatoren zur Prozessqualität									
Indikatorengruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt									
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	42	n. a.	642	42	0	0	0	0
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	50	n. a.	653	50	0	0	0	0
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt									
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	75	n. a.	1.170	75	0	0	0	0
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	36	n. a.	642	36	0	0	0	0
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	61	n. a.	931	61	0	0	0	0

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	kein Ergebniswert, da entsprechende Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind ¹⁴	Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs	Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs	Besonders guter Ergebniswert	Auffällig schlechter Ergebniswert	Ergebnis über mehrere Jahre auffällig und dann nicht mehr	Anderer Grund
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	110	n. a.	1.164	110	0	0	0	0
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge									
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	81	n. a.	1.183	81	0	0	0	0
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	44	n. a.	634	44	0	0	0	0
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	65	n. a.	933	65	0	0	0	0
Indikatoren zur Ergebnisqualität									
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI									
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	51	n. a.	681	51	0	0	0	0

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	kein Ergebniswert, da entsprechende Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind ¹⁴	Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs	Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs	Besonders guter Ergebniswert	Auffällig schlechter Ergebniswert	Ergebnis über mehrere Jahre auffällig und dann nicht mehr	Anderer Grund
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	77	n. a.	927	77	0	0	0	0
Ge- samt	Indikatoren zum Auswertungsmodul PCI	909	n. a.	12.906	909	0	0	0	0

Tabelle 9: Ergebnisse der Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens (EJ 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens		Empfehlung der Fachkommission zur Art des Stellungnahmeverfahrens			Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		Anzahl der Abweichungen
			Ja	Nein	Schriftliche Stellungnahme	Gespräche	Begehung	Ja	Nein	
Indikatoren zur Indikationsstellung										
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	76	52	24	52	1	0	73	3	3
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	90	53	37	53	1	0	87	3	3

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens		Empfehlung der Fachkommission zur Art des Stellungnahmeverfahrens			Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		Anzahl der Abweichungen
			Ja	Nein	Schriftliche Stellungnahme	Gespräche	Begehung	Ja	Nein	
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	51	32	19	32	0	0	49	2	2
Indikatoren zur Prozessqualität										
Indikatorengruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt										
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	42	33	9	33	3	1	40	2	2
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	50	35	15	35	0	0	45	5	5
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt										
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	75	47	28	47	2	0	73	2	2
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	36	23	13	23	1	0	32	4	4

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens		Empfehlung der Fachkommission zur Art des Stellungnahmeverfahrens			Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		Anzahl der Abweichungen
			Ja	Nein	Schriftliche Stellungnahme	Gespräche	Begehung	Ja	Nein	
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	61	40	21	40	1	0	58	3	3
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	110	76	34	76	0	0	107	3	3
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge										
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	81	42	39	41	2	0	80	1	1
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	44	27	17	27	0	0	43	1	1
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	65	44	21	43	1	0	65	0	0

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens		Empfehlung der Fachkommission zur Art des Stellungnahmeverfahrens			Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		Anzahl der Abweichungen
			Ja	Nein	Schriftliche Stellungnahme	Gespräche	Begehung	Ja	Nein	
Indikatoren zur Ergebnisqualität										
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI										
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	51	36	15	36	0	0	49	2	2
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	77	40	37	40	0	0	74	3	3
Gesamt	Indikatoren zum Auswertungsmodul PCI	909	580	329	578	12	1	875	34	34

Begründungen, warum bei einer rechnerischen Auffälligkeit des Leistungserbringers kein Stellungnahmeverfahren initiiert wurde (Kommentare der Fachkommissionen):

- „Auf Beschluss des Lenkungsgremiums wurde bei Verbringungsleistungen auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet.“
- „sehr geringe Fallzahl und unauffälliges Vorjahr, aus Sicht der Fachkommission qualitatives Defizit in dieser Gesamtkonstellation nicht wahrscheinlich, Verlaufsbeobachtung“
- „Ergebnis liegt außerhalb des Referenzbereichs. In Anlehnung an die QSKH-RL kein Stellungnahmeverfahren, da das Ergebnis auf einem Einzelfall beruht.“
- „Auf Beschluss des Lenkungsgremiums wurde bei Leistungserbringern mit einer Nennerzahl unter 10 auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet.“
- „In der vorliegenden Ergebniskonstellation ist ein qualitatives Defizit aus Sicht der Fachkommission nicht wahrscheinlich, weitere Verlaufsbeobachtung. Kleine Fallzahl.“
- „Auf Beschluss des Lenkungsgremiums wurde nur ein Hinweis versandt.“
- „Maßnahme der Stufe 1 zum Vorjahr noch nicht abgeschlossen.“
- „Referenzwert wird in der zweiten Nachkommastelle verfehlt, keine richtungsweisenden Erkenntnisse zu erwarten.“
- „1 Datensatz wurde mit falscher Standortangabe übermittelt. Der korrekte Standort, dem der Fall zugerechnet werden muss, hat auch unter Berücksichtigung des einen auffälligen Falles keine rechnerische Auffälligkeit.“
- „Bei Datenlieferung erfolgte eine fehlerhafte Pseudonymisierung durch die Datenannahmestelle. Bei der Korrekturlieferung wurden die Daten nicht vom IQTIG überschrieben. Das Stellungnahmeverfahren für die auffälligen Vorgänge erfolgt unter dem korrekten Pseudonym.“
- „grenzwertige Abweichung, keine Stellungnahmeaufforderung empfohlen.“
- „keine Stellungnahmeaufforderung empfohlen bei Klärung der rechnerischen Auffälligkeit im Vorjahr.“

Tabelle 10: Ergebnisse zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG (EJ 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG			LE, die an der Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung teilgenommen und auf das Stellungnahmeverfahren geantwortet haben ¹⁵		Antwort/Begründung des LE auf die Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung				
		Durchgeführte schriftliche Stellungnahmeverfahren	Durchgeführte Gespräche	Durchgeführte Begehungen	Ja	Nein	0 (keine Korrekturmaßnahmen notwendig)	1 (noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt)	2 (Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen)	3 (Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben)	9 (Sonstiges (im Kommentar erläutert))
Indikatoren zur Indikationsstellung											
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	49	1	0	48	28	38	14	22	0	2
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	50	1	0	49	41	62	8	16	0	4
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	30	0	0	30	21	29	3	18	0	1

¹⁵ Die Gesamtheit der Ergebnisse bezieht sich auf die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aus Tabelle 8.

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG			LE, die an der Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung teilgenommen und auf das Stellungnahmeverfahren geantwortet haben ¹⁵		Antwort/Begründung des LE auf die Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung				
		Durchgeführte schriftliche Stellungnahmeverfahren	Durchgeführte Gespräche	Durchgeführte Begehungen	Ja	Nein	0 (keine Korrekturmaßnahmen notwendig)	1 (noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt)	2 (Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen)	3 (Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben)	9 (Sonstiges (im Kommentar erläutert))
Indikatoren zur Prozessqualität											
Indikatorengruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt											
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	31	3	1	31	11	19	4	18	1	0
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	30	0	0	30	20	28	2	19	1	0
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt											
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	45	2	0	45	30	42	5	25	1	2
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	19	1	0	19	17	25	1	10	0	0
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	37	1	0	37	24	35	5	21	0	0

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG			LE, die an der Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung teilgenommen und auf das Stellungnahmeverfahren geantwortet haben ¹⁵		Antwort/Begründung des LE auf die Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung				
		Durchgeführte schriftliche Stellungnahmeverfahren	Durchgeführte Gespräche	Durchgeführte Begehungen	Ja	Nein	0 (keine Korrekturmaßnahmen notwendig)	1 (noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt)	2 (Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen)	3 (Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben)	9 (Sonstiges (im Kommentar erläutert))
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	73	0	0	73	37	43	12	53	1	1
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge											
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	40	2	0	40	41	51	8	21	1	0
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	26	0	0	26	18	26	3	15	0	0
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	43	1	0	44	21	32	11	21	0	1
Indikatoren zur Ergebnisqualität											
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI											
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	34	0	0	34	17	31	6	13	0	1

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG			LE, die an der Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung teilgenommen und auf das Stellungnahmeverfahren geantwortet haben ¹⁵		Antwort/Begründung des LE auf die Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung				
		Durchgeführte schriftliche Stellungnahmeverfahren	Durchgeführte Gespräche	Durchgeführte Begehungen	Ja	Nein	0 (keine Korrekturmaßnahmen notwendig)	1 (noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt)	2 (Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen)	3 (Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben)	9 (Sonstiges (im Kommentar erläutert))
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	37	0	0	37	40	64	7	5	1	0
Gesamt	QS-Verfahren QS PCI	544	12	1	543	366	525	89	277	6	12

Tabelle 11: Bewertung zur qualitativen Auffälligkeit durch die Fachkommission (EJ 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung der Fachkommission : Das Ergebnis der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen ¹⁶		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission								
		Ja	Nein	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2= Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Indikatoren zur Indikationsstellung												
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	20	56	27	0	1	8	10	11	11	0	8
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	18	72	40	0	6	9	5	6	10	0	14
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	5	46	21	1	1	3	9	0	10	0	6

¹⁶ Ergebnisse, die nicht rechnerisch auffällig sind bzw. die nicht als auffällig eingeschätzt wurden, werden nicht durch die Fachkommission bewertet.

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung der Fachkommission : Das Ergebnis der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen ¹⁶		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission									
		Ja	Nein	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2= Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)	
Indikatoren zur Prozessqualität													
Indikatorengruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt													
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	13	29	11	0	0	6	7	8	4	1	5	
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	9	41	20	1	1	3	7	1	16	0	1	
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt													
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	28	47	30	0	5	6	2	22	4	0	6	
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	5	31	17	0	1	8	2	5	0	0	3	

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung der Fachkommission : Das Ergebnis der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen ¹⁶		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission									
		Ja	Nein	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2= Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)	
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	16	45	24	0	2	9	0	14	1	0	11	
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	25	85	37	1	2	3	18	3	33	6	7	
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge													
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	16	65	40	0	2	13	5	8	3	0	10	
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	3	41	18	0	0	11	6	1	3	0	5	
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	16	49	21	0	3	12	3	7	3	0	16	

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung der Fachkommission : Das Ergebnis der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen ¹⁶		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission									
		Ja	Nein	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2= Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)	
Indikatoren zur Ergebnisqualität													
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI													
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	6	45	17	0	1	11	9	1	4	1	7	
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	7	70	40	0	5	14	6	3	2	0	7	
Gesamt	Auswertungsmodul PCI – Bund	187	722	363	3	30	116	89	90	104	8	106	

Tabelle 12: Zusammenfassende Kommentierungen zu Begründungen zur Einstufung des Leistungserbringers durch die Fachkommissionen (EJ 2018)

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):		
2 = Besondere klinische Situation	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	9 = Sonstiges
<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Selektion des Patientenguts durch Verbringungsleistung bzw. Verlegungskonzepte: Zahl der veranlassten Untersuchungen ist eigentlich deutlich höher, Fälle mit pathologischem Befund oder Intervention verbleiben regelhaft in behandelnder Klinik und werden dort dokumentiert.“ „komplexe Anatomien und Zusatzuntersuchungen“ „Das auffällige Ergebnis lässt sich durch die abrechnungsbedingte Patientenselektion (A&B DRGs) erklären“ ▪ „Zunahme von akuten Myokardinfarkten ohne zum Untersuchungszeitpunkt vorliegende Laborwerte“ ▪ „komplexer Einzelfall gut begründet, Behandlungspfade sind eingerichtet“ ▪ „Im Jahr 2018 erfolgte Umstellung Zugang von Femoral auf Radial.“ ▪ „moderate Überschreitung, relevanter Anteil FFR-Messungen“ „nur geringe Überschreitung, Einzelfälle gut dokumentiert, zudem ein Dokumentationsfehler, besondere klinische Situation in einem Fall, kleine Fallzahl, keine Auffälligkeit im Vorjahr“ ▪ „Die Maßnahmen haben noch keine vollumfängliche Reduktion unter den Schwellenwert erreicht. Ergänzende Maßnahmen (KM-Mengeneinstellung) und Schulungen sollten weitere Verbesserungen erzielen.“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Ursachen für den systematischen Eingabefehler unklar“ ▪ „Aufgrund der bereits im Vorjahr bekannten Auffälligkeit in diesem Indikator und der weiteren Verschlechterung in 2018 sieht die Fachkommission noch keine ausreichenden Maßnahmen, um Prozessprobleme zu beheben.“ ▪ „Es wurde 2018 (über das EJ 2017) bereits eine Zielvereinbarung zur Implementierung von Handlungsempfehlungen gemäß Leitlinien zur Indikationsstellung (Ischämienachweis) für elektive Koros geschlossen. Die Fachkommission empfindet die eingeleiteten Maßnahmen noch nicht als ausreichend und sieht weiterhin Handlungsbedarf.“ ▪ „wenn ein externer Ischämienachweis erfolgte, muss das Feld richtig ausgefüllt werden“ ▪ „Es liegen bei dem Leistungserbringer (LE) mit seinen Verbringungsleistungen qualitative Auffälligkeiten vor. Es ergeben sich Hinweise auf Dokumentationsfehler, Struktur- und Prozessmängel. Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit/des Problemes wurden vom LE nicht benannt. Es wird die Einleitung der Maßnahmestufe 1 von der Fachkommission dem Lenkungs-gremium vorgeschlagen. Dazu zählen a) die Implementierungen von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien sowie b) die Implementierung von Behandlungspfaden, die innerhalb von 4 Monaten, spätestens 28.02.2020 gegenüber der Landesgeschäftsstelle nachzuweisen sind.“ ▪ „Es erfolgte keine durchgehende leitliniengerechte (bildgebende) Ischämiediagnostik.“ „Es fehlt eine adäquate 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass der Großteil aller kardiologischen Patienten Notfallpatienten sind und nahezu kein Patient elektiv zur Koronarangiographie aufgenommen wird. Elektive Patienten werden ambulant versorgt und daher über die KV abgerechnet. Würden diese Patienten hinzugezählt, liege das Ergebnis nicht außerhalb des Referenzbereiches. Nach Auffassung der Fachkommission ist die Art der Argumentation nicht ganz nachvollziehbar, zumal der Indikator 56000 die Indikationsstellung (objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen) bei Patienten mit elektiver, isolierter Koronarangiographie abfragt, sodass die Fachgruppe hier ggf. ein Dokumentationsproblem vermutet. Leider wurde in der Stellungnahme nicht auf die angefragten Patienten eingegangen. Die Fachkommission empfiehlt daher, ein Telefonat zu führen, damit etwaige Probleme im Folgejahr nicht wieder auftreten. Das Telefonat erfolgt durch den Vorsitzenden der Fachkommission.“ ▪ „plausible Erklärung“, „geringe Fallzahl“, „marginale Abweichung vom Referenzwert“, „Der Leistungserbringer hat nur einen Hinweis erhalten.“ ▪ „Trotz mehrfacher Aufforderung zum Stellungnahmeverfahren ging keine Stellungnahme zum angefragten Indikator ein.“ ▪ „Das rechnerisch auffällige Ergebnis kommt durch spezielle Patientenflüsse zwischen ambulantem und stationärem Sektor zustande (Stichwort Patientenselektion).“ ▪ „Die Fachkommission empfindet die Aufbereitung von nur 3 Fällen bei insgesamt 199 auffälligen Vorgängen als unzureichend, insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Ergebnis dieses Indikators bereits im Vorjahr rechnerisch

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):		
<ul style="list-style-type: none"> „Vorselektierte komplexe Fälle mit erhöhter Schwierigkeit. Maßnahmen zur Reduktion der Strahlenbelastung wurden eingeleitet.“ 	<p>Diagnostik vor Koronarangiographie bei den Patienten ohne akutes Koronarsyndrom.“</p> <p>„Nachweis eines objektiven Ischämienachweises erforderlich“ „Maßnahmen der nicht-invasiven Diagnostik nicht ausgeschöpft“</p> <ul style="list-style-type: none"> „Nach Ansicht der Fachkommission deutet die Häufung der erhöhten Zeiten am Wochenende und in den frühen Morgenstunden auf einen Struktur- und Prozessmangel hin.“ „Leider wurden nur 6 von 32 auffälligen Vorgängen beschrieben. Klinik scheint Struktur-/Prozessprobleme erkannt und Maßnahmen dagegen eingeleitet zu haben.“ „Deutliche Verschlechterung zum Vorjahr. Als Ursache wird die Ausbildung neuer Mitarbeiter zu interventionellen Kardiologen angegeben. Die Einstellung der LHK-Anlage hat Optimierungsbedarf.“ „Die Fachkommission sieht Verbesserungspotential im Strahlenschutz und empfiehlt daher eine Besprechung/Begehung mit dem in Ihrer Klinik verantwortlichen Strahlenschutzverantwortlichen.“ „Aufgrund der bereits im Vorjahr bestehenden qualitativen Auffälligkeit empfindet die Fachkommission die Anschaffung einer neuen Herzkatheter-Anlage als dringend erforderlich.“ „Trotz Schulung der Untersucher und Maßnahmen des Herstellers kann die Strahlendosis nicht ausreichend reduziert werden. Die Anlage ist veraltet und sollte wie bereits geplant ersetzt werden.“ „Die Steigerung gegenüber dem Vorjahr ist beträchtlich (von 26,9 % auf 43,2 %) und lässt sich allein mit den Gründen aus der Stellungnahme nicht erklären. Die Fachkommission empfiehlt, die Indikation zur Laevokardiographie/Aorto zu überprüfen. Hinausgehende 	<p>auffällig war und hier bereits Dokumentationsfehler als Ursache angegeben wurde.“</p> <ul style="list-style-type: none"> „Selektion des Patientenguts durch Verbringungsleistungen bzw. Verlegungskonzepte. Zahl der veranlassten HK-Untersuchungen ist deutlich höher: Fälle mit Intervention verbleiben in behandelnder Klinik und werden dort abgerechnet/dokumentiert.“ „Auf Grund der vorliegenden Informationen war keine Bewertung des einzelnen auffälligen Vorganges möglich“ „Es erfolgte der Hinweis, dass der hohe Anteil nicht pathologischer Befunde durch eine geringe Fallzahl, die fehlende 24/7-HKL-Bereitschaft und durch Teilnahme niedergelassener Kardiologen bedingt sei. Eine Fallzahlsteigerung führt nur bei adäquater Indikationsqualität zu einer Reduktion des Anteils ohne pathologischen Befund und nicht per se. Der Hinweis auf die niedergelassenen Kardiologen ist deshalb nicht stichhaltig, da die abrechnende Institution für die Indikationsqualität verantwortlich ist. Verlaufsbeobachtung empfohlen.“ „Probleme mit der verwendeten Injektionspumpe“ Erhöhte Kontrastmittelmenge durch komplexe Eingriffe, aber auch durch Einlernen neuer Kollegen sowie die Umstellung auf Injektomat erklärt. „Messfehler bedingt durch technische Probleme“ „die verlängerten door-to-balloon-Zeiten wurden ausreichend erklärt und die Strukturverbesserung eingeleitet soweit dies an dem Standort möglich ist. Verlaufsbeobachtung empfohlen“ „Systematische Fehleingabe“ „Klinikstandort zum 22.12.2018 geschlossen“ „Lernkurve für radialen Zugang“

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):

Untersuchungen sind nur in Einzelfällen indiziert. Kliniken mit vergleichbarem Patientenkollektiv (Alter, Morbidität) liegen zum Teil deutlich unterhalb des Wertes Ihrer Klinik und auch des Referenzbereichs.“

- „Die Fachkommission empfiehlt die Indikation zur Laevokardiographie zu überprüfen. Eine Laevokardiographie ist nur in Einzelfällen indiziert und muss nicht standardmäßig bei einer Koronarangiographie durchgeführt werden. Zusätzlich sollte im Rahmen der Bilderfassung die Frame-Rate überprüft werden.“
- „Neugründung eines Herzkatheterlabors mit Ausbildung der Untersucher. Im Folgejahr wird Einhaltung der Grenzwerte erwartet. Verlaufsbeobachtung empfohlen“
- „Offensichtlich handelt es sich nicht nur um isolierte Koronarangiographien. Des weiteren ergibt sich aus der Stellungnahme des Leistungserbringers, dass die Erfahrung der Untersucher bei der Überschreitung der DRW eine Rolle spielt. Stellungnahme zur Röntgentechnik wünschenswert, z. B. Durchleuchtungsfrequenz, Einblendtechnik, Typ und Alter des HKL.“
- „Die Fachkommission empfiehlt, wie bereits im Vorjahr, komplexe Koronarinterventionen bei entsprechender Erfahrung durchzuführen. Es wäre daher zu empfehlen, eine bessere Vorauswahl (der Patienten) zu treffen und die komplexen Interventionen in einem dafür spezialisierten Standort durchzuführen zu lassen. Sollten die Ergebnisse sich im nächsten Jahr nicht verbessern, behält die Fachkommission sich vor, Sie zu einem Kollegialen Gespräch einzuladen.“

- „Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass es aufgrund eines **Chefarztwechsels** nicht möglich war, zu dem statistisch auffälligen Indikator Stellung zu nehmen. Nach Auffassung der Fachkommission stellt dies keinen (ausreichend erklärenden) Grund für die Auffälligkeit dar. Daher wurde der Leistungserbringer als qualitativ auffällig eingestuft“, „komplexe Prozedur, Ausbildung neuer Mitarbeiter intensivieren“
- „Die Antwort des Leistungserbringers listet allgemein unterschiedliche und bekannte Gründe für die KM-Mengenüberschreitung auf. Maßnahmen zur Reduktion der der Kontrastmittelmenge werden nicht aufgeführt. Bei unauffälligem Vorjahr **Verlaufsbeobachtung**“
- „Es werden Begründungen für nicht oder eingeschränkt erfolgreiche Rekanalisation exemplarisch aufgeführt. Dies gilt grundsätzlich für alle Institutionen. Eine nachvollziehbar besondere Situation in der Einrichtung ist den Angaben jedoch nicht zu entnehmen. Ob alleine die grenzwertige Bewertung der Flussrate begründen ist, bleibt abzuwarten. **Verlaufsbeobachtung**“
- „Es wurde lediglich zu zwei der acht angefragten Patienten eine Stellungnahme eingereicht. Die beiden Fälle sind zwar als begründet anzusehen, jedoch erschließt sich der Fachkommission nicht, warum nicht auf die übrigen sechs Patienten eingegangen wurde. Die Begründung hinsichtlich der privatärztlich abgerechneten PCI kann nicht berücksichtigt werden, da privatärztliche Leistungen derzeit nicht Gegenstand der Verfahren der DeQS-RL sind. Die Fachkommission weist darauf hin, dass Privatpatienten nur in die Berechnung eingehen, wenn eine Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung vorliegt und Daten übermittelt wurden. Die Fachkommission empfiehlt der KVMV, mit dem betreffenden Leistungserbringer ein Informationsgespräch zu führen. Die Vertreter der LAG-Geschäftsstelle bieten hierfür ihre Unterstützung an.“

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):

- „laut Antwortschreiben ein **Patient fälschlich in Liste auffälliger Patienten**“
- „Wie im Vorjahr ist der Parameter auffällig und wird jeweils mit **CTO -Rekanalisationsversuchen** begründet. Diese sind aber grundsätzlich bei allen Teilnehmern im Verfahren in die Gesamtmenge und damit auch in der Quote einbezogen. Der **Teilnehmer will die Quote wenig aussichtreicher CTO-Prozeduren verringern**, was diesseits unterstützt wird. **Verlaufsbeobachtung** empfohlen“

Tabelle 13: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen (EJ 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung durch Fachkommission zum Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen oder Einleitung der Maßnahmenstufe 1		Empfehlung der Fachkommission zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1						
		Abschluss des Stellungnahmeverfahrens	Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen (Maßnahmenstufe 1)	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme an Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen
Indikatoren zur Indikationsstellung										
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	68	8	1	0	1	1	0	5	1
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	85	5	1	0	0	0	0	2	2
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	49	2	0	0	0	0	0	0	2
Indikatoren zur Prozessqualität										
Indikatorengruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt										
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	40	2	0	0	2	0	0	2	0

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung durch Fachkommission zum Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen oder Einleitung der Maßnahmenstufe 1		Empfehlung der Fachkommission zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1						
		Abschluss des Stellungnahmeverfahrens	Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen (Maßnahmenstufe 1)	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme an Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	48	2	0	0	1	0	0	0	1
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt										
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	69	6	0	0	2	0	0	1	4
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	36	0	0	0	0	0	0	0	0
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	58	3	0	0	1	0	0	1	2
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	105	5	0	0	1	0	0	0	4

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung durch Fachkommission zum Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen oder Einleitung der Maßnahmenstufe 1		Empfehlung der Fachkommission zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1						
		Abschluss des Stellungnahmeverfahrens	Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen (Maßnahmenstufe 1)	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme an Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge										
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	79	2	1	0	1	0	0	0	0
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	44	0	0	0	0	0	0	0	0
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	64	1	0	0	1	0	0	0	0
Indikatoren zur Ergebnisqualität										
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI										
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	50	1	1	0	0	0	0	0	0
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	76	1	1	0	1	0	0	0	0
Gesamt	QS-Verfahren QS PCI	871	38	5	0	11	1	0	11	16

Tabelle 14: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten Stellungnahmen und weiterführenden Maßnahmen durch die LAG (EJ 2018)

ID	Indikator/ Indikatorengruppe	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG-Entscheidung ob Durchführung Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahme	Abschluss der Maßnahmenstufe 1	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 u. Einleitung Maßnahmenstufe 2
Indikatoren zur Indikationsstellung															
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	48	28	69	7	1	0	1	1	0	5	1	69	7	0
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	53	37	85	5	1	0	0	0	0	2	3	85	5	0
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven	30	21	49	2	0	0	0	0	0	0	2	49	2	0

ID	Indikator/ Indikatorengruppe	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG-Entscheidung ob Durchführung Stellungsnahmeverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungsnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahme	Abschluss der Maßnahmenstufe 1	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 u. Einleitung Maßnahmenstufe 2
	oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI														
Indikatoren zur Prozessqualität															
Indikatorengruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt															
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	31	11	40	2	0	0	2	0	0	2	0	42	0	0
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	30	20	48	2	0	0	1	0	0	0	1	48	2	0

ID	Indikator/ Indikatorengruppe	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG-Entscheidung ob Durchführung Stellungsnahmeverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungsnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahme	Abschluss der Maßnahmenstufe 1	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 u. Einleitung Maßnahmenstufe 2
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt															
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	46	29	69	6	0	0	2	0	0	1	4	69	6	0
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	18	18	36	0	0	0	0	0	0	0	0	36	0	0
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	36	25	58	3	0	0	1	0	0	1	2	58	3	0

ID	Indikator/ Indikatorengruppe	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG-Entscheidung ob Durchführung Stellungsnahmeverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungsnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahme	Abschluss der Maßnahmenstufe 1	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 u. Einleitung Maßnahmenstufe 2
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	72	38	105	5	0	0	1	0	0	0	4	105	5	0
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge															
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	41	40	80	1	1	0	1	0	0	0	0	79	2	0
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	26	18	44	0	0	0	0	0	0	0	0	44	0	0
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	43	22	64	1	0	0	1	0	0	0	0	64	1	0

ID	Indikator/ Indikatorengruppe	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG-Entscheidung ob Durchführung Stellungsnahmeverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungsnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahme	Abschluss der Maßnahmenstufe 1	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 u. Einleitung Maßnahmenstufe 2
Indikatoren zur Ergebnisqualität															
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI															
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	34	17	50	1	1	0	0	0	0	0	1	50	1	0
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	37	40	76	1	1	0	1	0	0	0	0	77	0	0
Gesamt	Indikatoren zum Auswertungsmodul PCI	545	364	873	36	5	0	11	1	0	11	18	875	34	0

Tabelle 15: Ergebnisse zur Anzahl rechnerisch und qualitativ auffälliger Leistungserbringer (EJ 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse		Anzahl qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse		Anzahl nicht qualitativ bewerteter Ergebnisse	
		Vorjahr	Aktuelles Jahr	Vorjahr	Aktuelles Jahr	Vorjahr	Aktuelles Jahr
		EJ 2017	EJ 2018	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2017	EJ 2018
Indikatoren zur Indikationsstellung							
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	115	76	13	20	102	56
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	102	90	13	18	89	72
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	58	51	4	5	54	46
Indikatoren zur Prozessqualität							
Indikatorengruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt							
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	39	42	14	13	25	29
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	55	50	4	9	51	41
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt							
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	74	75	14	28	60	47
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	54	36	14	5	40	31
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	59	61	21	16	38	45
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	119	110	18	25	101	85

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse		Anzahl qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse		Anzahl nicht qualitativ bewerteter Ergebnisse	
		Vorjahr	Aktuelles Jahr	Vorjahr	Aktuelles Jahr	Vorjahr	Aktuelles Jahr
		EJ 2017	EJ 2018	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2017	EJ 2018
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge							
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	75	81	13	16	62	65
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	50	44	10	3	40	41
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	73	65	18	16	55	49
Indikatoren zur Ergebnisqualität							
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI							
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	62	51	7	6	55	45
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	81	77	13	7	68	70
Gesamt	Auswertungsmodul PCI – Bund	1.016	909	176	187	840	722

QS-Verfahren

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

Auswertungen auf einer noch limitierten Datenbasis

1 Auswertung auf einer limitierten Datenbasis

Die vorliegenden Auswertungen zum QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* erfolgen auf einer limitierten Datenbasis. Daher sind die Ergebnisse noch nicht voll belastbar, geben aber erste Hinweise auf den Versorgungsstand in diesem Bereich. Die Limitation der Datenbasis ergibt sich daraus, dass für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation bisher noch keine Meldung zur Sollstatistik spezifiziert ist. Somit kann nicht nachvollzogen werden, welche Einrichtungen bzw. Leistungserbringer zur Abgabe eines Dokumentationsbogens verpflichtet waren. Auf Basis der vorliegenden einrichtungsbezogenen Daten aus den Erfassungsjahren 2018 und 2019 können Bewertungen der Ergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement nur eingeschränkt erfolgen, da die Datengrundlage zeigt, dass sich bisher bei Weitem nicht alle dokumentationspflichtigen Leistungserbringer an dem QS-Verfahren beteiligt haben. Daher ist es derzeit noch nicht möglich, allgemeingültige Aussagen über die bundesweite Versorgungsqualität bezüglich der Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen zu treffen, Bewertungen können nur für die ambulanten und stationären Leistungserbringer, die QS-Daten für dieses Verfahren übermittelt haben, erfolgen. Auch ein direkter Vergleich der Ergebnisse der Jahre 2018 und 2019 ist nur eingeschränkt möglich, da einige Leistungserbringer entweder nur im Jahr 2018 oder erstmals im Jahr 2019 an der Dokumentation teilgenommen haben.

2 Hintergrund und Zielsetzung

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einer chirurgischen Operation. Sie stellen heute die zweithäufigste nosokomiale Infektionsart dar und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete (Behnke et al. 2017). Auch in hoch entwickelten Gesundheitssystemen bedeuten postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz (Mielke et al. 2010).

Das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* soll ambulante und stationäre Leistungserbringer dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Das QS-Verfahren gliedert sich in zwei Teile: einen einrichtungsbezogenen, in dem einmal jährlich die Einhaltung der Prozesse bezogen auf das Hygiene- und Infektionsmanagement abgefragt wird. Den zweiten Teil bildet die fallbezogene QS-Dokumentation mit Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen.

Dazu werden jedem Leistungserbringer, der Tracer-Operationen erbracht hat, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung sowie die Ergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden ambulanten oder stationären Leistungserbringer mitgeteilt. Liegt das Ergebnis eines Leistungserbringers nicht im festgelegten Referenzbereich, wird das Stellungnahmeverfahren eröffnet, das von den zuständigen Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) durchgeführt wird. Weitere qualitätsfördernde Maßnahmen können darin unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren.

Am 1. Januar 2017 startete das sektorenübergreifende QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* gemäß der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)¹⁷ des G-BA. Zum 1. Januar 2019 wurde das Verfahren *QS WI* von der Qesü-RL in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹⁸ überführt. Zeitgleich mit Inkrafttreten der Überführung wurde die Qesü-RL aufgehoben. Ziel des QS-Verfahrens ist es, die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringer zur Vermeidung nosokomialer Infektionen, insbesondere postoperativer Wundinfektionen, zu messen, vergleichend darzustellen und zu bewerten. Dabei soll eine fachabteilungsübergreifende Aussage über die teilnehmenden Einrichtungen getroffen werden können.

¹⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 20. Mai 2010. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/72/> (abgerufen am 17.08.2020).

¹⁸ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 16. Mai 2019, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am 17.08.2020).

Im Qualitätssicherungsverfahren *QS WI* werden Indikatoren ausgewertet, die die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen einerseits und das Infektions- und Hygienemanagement andererseits abbilden und auf Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz mit Expertinnen und Experten aus den entsprechenden Fachgebieten entwickelt wurden (siehe Tabelle 16). Für die Berechnung der Indikatoren werden Daten von drei verschiedenen Erfassungsinstrumenten genutzt: der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus, der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bei ambulanten und stationären Leistungserbringern und der Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die Prozesse des Hygiene- und Infektionsmanagements werden über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation abgefragt. Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen wird über die fallbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus und über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben.

Tabelle 16: Übersicht über die Indikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2019)

ID	Indikator/Indikatorengruppe sowie Transparenzkennzahlen	Datengrundlage für Berechnung
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulant		
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
332000	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein) ¹⁹	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
332001	Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein) ¹⁹	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
332002	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein) ¹⁹	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
332003	Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein) ¹⁹	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
1001	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ ¹⁹	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement - stationär		
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
342000	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein) ¹⁹	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

¹⁹ Transparenzkennzahl.

ID	Indikator/Indikatorengruppe sowie Transparenzkennzahlen	Datengrundlage für Berechnung
342001	Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein) ¹⁹	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
342002	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein) ¹⁹	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
342003	Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein) ¹⁹	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
2001	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen ¹⁹	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
2002	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Normalstationen ¹⁹	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen - ambulant		
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
1502	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
1503	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen - stationär		
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
2504	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
2505	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten

Der aktuelle Bericht enthält ausschließlich Auswertungen zu den Indikatoren und Kennzahlen des Hygiene- und Infektionsmanagements, welche auf dokumentierten einrichtungsbezogenen QS-Daten der Leistungserbringer beruhen. Derzeit können keine Ergebnisse zu den Indikatoren zu postoperativen nosokomialen Wundinfektionen berichtet werden, da die Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1 SGB V aus verschiedenen Gründen noch nicht mit ausreichender Vollständigkeit vorliegen: im Modul zu den Wundinfektionen fehlen noch ca. 8 % der erwarteten Fälle und im Modul zu den Ersteingriffen fehlen noch ca. 13 % der erwarteten Daten. Daran anschließend zeigte sich, dass bislang die Sozialdaten bei den Krankenkassen fallweise nur zu 90 % mit den QS-Dokumentationsdaten verknüpft werden können. Dies reicht für statistisch vergleichende Auswertungen noch nicht aus. Aufgrund fehlender Angaben zu Diagnosen in den gelieferten Sozialdaten können noch keine Risikoadjustierungsmodelle entwickelt werden. Dies alles sind Probleme, die im ersten Erfassungsjahr eines QS-Verfahrens immer wieder auftreten, die dann aber von den Datenlieferanten in den Folgelieferungen meist behoben werden können.

3 Einordnung und Darstellung der Ergebnisse der Bundesauswertung

Der vorliegende Bundesqualitätsbericht ist der dritte Bericht auf Bundesebene zum QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* gemäß der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) bzw. der aktuellen am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).

Der Bericht enthält die Ergebnisse der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement) zum Erfassungsjahr 2018 und 2019. Zusätzlich werden die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens auf der Landesebene für das Erfassungsjahr 2018 berichtet. Im Rahmen des Bundesqualitätsberichts sind aufgrund der fehlenden Festlegung innerhalb der DeQS-RL keine Ergebnisse zur Datenvalidierung enthalten.

Im Folgenden werden die Datengrundlagen und Auswertungsergebnisse der QS-Daten der einrichtungsbezogenen Befragung des Erfassungsjahrs 2019 im Vergleich zum Vorjahr dargestellt und diskutiert (vgl. Abschnitt 3.1 und Abschnitt 3.2.1). Für jede Kennzahl wird dabei auch auf die jeweils individuellen und bekannten Dokumentationsprobleme eingegangen, sofern dem IQITG Informationen zu solchen vorliegen. Dabei wird auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der einzelnen Leistungserbringergruppen zwischen den Erfassungsjahren 2018 und 2019 sowie die möglichen Weiterentwicklungen der einzelnen Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen eingegangen (vgl. Abschnitt 3.2.1).

3.1 Datengrundlage

Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ist bisher noch keine Meldung zur Sollstatistik spezifiziert. Somit kann nicht nachvollzogen werden, welche Einrichtungen bzw. Leistungserbringer zur Abgabe eines Dokumentationsbogens verpflichtet waren. Laut empirischer Prüfung vor dem Start des Regelbetriebs anhand von Krankenkassendaten zu diesem Verfahren wird erwartet, dass für ca. 1.200 bis 1.300 Krankenhäuser und über 4.700 Praxen, MVZ und ermächtigte Ärztinnen und Ärzte eine Dokumentationspflicht besteht. Ausgehend von dieser Einschätzung hat für das Jahr 2019 nur etwa jedes zweite Krankenhaus, das aufgrund von ambulanten Tracer-Operationen zur Dokumentation verpflichtet war, den ambulanten Einrichtungsfragebogen übermittelt. Etwa drei Viertel der Krankenhäuser haben an der stationären Einrichtungsbefragung teilgenommen. Im Vergleich zum Vorjahr liegen die Anteile der Krankenhäuser, die sich an der ambulanten bzw. an der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation beteiligt haben, auf einem ähnlichen Niveau. Der Anteil der Praxen/MVZ, der sich an der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im EJ 2019 beteiligt hat, liegt bei etwa zwei Fünftel

der Praxen bzw. MVZ, für die laut empirischer Erhebung vor dem Regelbetrieb eine Dokumentationspflicht erwartet wird. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr geringfügig gesunken.

Übermittelte Datensätze von Erbringern ambulanter Operationen (Krankenhäuser, Praxen, MVZ, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte)

Insgesamt wurden im EJ 2019 2.699 ambulante einrichtungsbezogene Datensätze von ambulant operierenden Krankenhäusern und vertragsärztlichen Leistungserbringern (EJ 2018 von 2.793) übermittelt; davon wurden 612 Datensätze von ambulant operierenden Krankenhäusern (EJ 2018: 584) und 2.087 Datensätze von ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringern (EJ 2018: 2.209) übermittelt (siehe Tabelle 17). Obwohl mehr Bundesländer ambulante QS-Daten für das Erfassungsjahr 2019 übermittelt haben, gingen insgesamt im dritten Jahr der Datenerfassung weniger Datensätze von vertragsärztlichen Leistungserbringern beim IQTIG ein.

Übermittelte Datensätze von Erbringern stationärer Operationen (Krankenhäuser und Belegärztinnen und Belegärzte)

Die Dokumentationspflicht der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation umfasste im Erfassungsjahr 2017 Krankenhäuser sowie Belegärztinnen und Belegärzte. Für das Erfassungsjahr 2018 und 2019 wurde die Dokumentationspflicht der Belegärztinnen und Belegärzte ausgesetzt, insbesondere da diese in den bisherigen Dokumentationsbögen nicht abweichend von den Krankenhäusern, an denen diese tätig waren, für den Bereich ihrer eigenen Leistungen dokumentieren konnten. Für den stationären einrichtungsbezogenen Bereich wurden im EJ 2019 940 Datensätze von Krankenhäusern (EJ 2018: 922 Krankenhäuser) eingereicht (siehe Tabelle 17).

Übermittelte Datensätze zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (Krankenhäuser)

Im Erfassungsjahr 2019 ist die Anzahl der übermittelten QS-Datensätze zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen um 22,20 % gesunken (EJ 2018: 392.906; EJ 2019: 305.680; siehe Tabelle 18). Die Anzahl der QS-Datensätze, in denen eine diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektion vorlag, ist um 15,33 % gesunken (EJ 2018: 111.508; EJ 2019: 94.416). Dies geht vor allem auf die Streichung von ICD-Kodierungen, die seitens des IQTIG und des sektorenübergreifenden Expertengremiums als zu unspezifisch für die Identifizierung von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eingeschätzt wurde, zurück.

Tabelle 17: Übersicht über die Daten der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zur ambulanten und stationären Versorgung

Datengrundlage (einrichtungsbezogene QS-Dokumentation)					
		2018	2019		
		geliefert	geliefert	erwartet ²⁰	Vollzähligkeit ²²
ambulant operierende Leistungserbringer	Krankenhäuser	584	612	-	-
	vertragsärztliche Leistungserbringer	2.209	2.087	-	-
stationär operierende Leistungserbringer	Krankenhäuser	922	940	-	-
	Belegärztinnen und -ärzte ²¹	-	-	-	-

Tabelle 18: Anzahl erwarteter und gelieferter Datensätze (der fallbezogenen QS-Dokumentation)

Datengrundlage (fallbezogene QS-Dokumentation)				
	2018	2019		
	geliefert	geliefert	Erwartet	Vollzähligkeit
Krankenhäuser	1.693	1.386	1.332	104,05 %
Datensätze	392.906	305.680	299.127	102,19 %

3.2 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren, deren Bewertung und Weiterentwicklungsvorschläge

In diesem Bericht werden ausschließlich die Ergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (einrichtungsbezogene QS-Daten, d. h. Daten, die durch die Leistungserbringer dokumentiert wurden) dargestellt und bewertet. Wie bereits im Kapitel „Hintergrund und Zielsetzung“ ausgeführt, können zum aktuellen Zeitpunkt keine Ergebnisse zu *nosokomialen postoperativen Wundinfektionen* (fallbezogene QS-Dokumentation) dargestellt werden, da es noch nicht möglich ist, die dokumentierten postoperativen Wundinfektionen mithilfe von Sozialdaten den primär operierenden Leistungserbringern zuzuordnen. Auf Grundlage der vorliegenden einrichtungsbezogenen Daten aus den Erfassungsjahren 2018 und 2019 können Bewertungen der Ergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement nur eingeschränkt erfolgen, da die Datengrundlage zeigt, dass sich bisher bei Weitem nicht alle dokumentationspflichtigen Leistungserbringer an dem QS-Verfahren beteiligt haben.

²⁰ Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ist derzeit keine Vollzähligkeitsprüfung spezifiziert, sodass aktuell keine Zahlen zu erwarteten Datensätzen vorliegen.

²¹ Für die Erfassungsjahre 2018 und 2019 wurde die QS-Dokumentation für Belegärztinnen und -ärzte ausgesetzt.

Aufgrund der unvollständigen Übermittlung der QS-Daten von dokumentationspflichtigen ambulant und stationär operierenden Leistungserbringern ist es derzeit noch nicht möglich, allgemeingültige Aussagen über die bundesweite Versorgungsqualität bezüglich der Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen zu treffen. Bewertungen können demnach nur für die ambulanten und stationären Leistungserbringer, die QS-Daten für dieses Verfahren übermittelt haben, erfolgen. Auch ein direkter Vergleich der Ergebnisse der Jahre 2018 und 2019 ist nur eingeschränkt möglich, da einige Leistungserbringer entweder nur im Jahr 2018 oder erstmals im Jahr 2019 an der Dokumentation teilgenommen haben. Es haben 52,39 % (1.477) der ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer, 77,45 % (522) der ambulant operierenden Krankenhäuser und 83,27 % (846) der stationär operierenden Krankenhäuser in beiden Jahren Daten übermittelt.

3.2.1 Hygiene- und Infektionsmanagement

Die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (IDs 1000 und 2000) sind sogenannte Indexindikatoren, die sich aus jeweils 9 Kennzahlen zusammensetzen. Die einzelnen Kennzahlen dieser Indikatoren werden wiederum unterschiedlich berechnet. Jede der Kennzahlen geht gleich gewichtet in die Berechnung des jeweiligen Indikators ein. Erreicht ein Leistungserbringer in allen Kennzahlen die volle Punktzahl, liegt das Ergebnis des Indikators bei 100 von 100 Punkten.

Im bundesweiten Mittelwert wurde im Erfassungsjahr 2019 für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (ID 1000) ein Wert von 77,07 / 100 Punkte erreicht, im Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) ein Ergebnis von 82,35 / 100 Punkte (siehe Tabelle 19). Im ambulanten Bereich ist das niedrigste Ergebnis bei der Gruppe der vertragsärztlichen Leistungserbringer zu verzeichnen (EJ 2019: 75,67 / 100 Punkte). Der Bundeswert der Krankenhäuser lag im ambulanten Bereich bei 81,86 / 100 Punkte und im stationären Bereich bei 82,35 / 100 Punkten. Der geringe Unterschied zwischen den Ergebnissen ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass eine große Menge an Krankenhäusern sowohl stationäre als auch ambulante Tracer-Operationen durchführen, weshalb diese Krankenhäuser beide Dokumentationsbögen (für Erbringer ambulanter Leistungen und für Erbringer stationärer Leistungen) ausfüllen müssen, in denen größtenteils dieselben Sachverhalte abgefragt werden. Insgesamt lagen die Durchschnittswerte der teilnehmenden Leistungserbringer im ambulanten sowie im stationären Bereich im Vergleich zum Vorjahr etwas höher.

Nach Auffassung des IQTIG und des Sektorenübergreifenden Expertengremiums auf Bundesebene (QS WI) lassen die Fragestellungen von 3 der ehemaligen 12 Kennzahlen der Indexindikatoren „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ und „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (in den Ergebnistabellen als Transparenzkennzahlen ausgewiesen) einen zu großen Interpretationsspielraum zu, weswegen sich diese

Kennzahlen nicht zum Vergleich der Leistungserbringer eignen. Das IQTIG hat dementsprechend dem G-BA empfohlen, diese 3 der 12 Kennzahlen aus der Berechnung der beiden Indexindikatoren auszuschließen. Die verbliebenen 9 Kennzahlen pro Indexindikator und somit auch die Ergebnisse der zusammengesetzten Indexindikatoren können für einen Vergleich zwischen den einzelnen Leistungserbringern herangezogen werden.

Es gab auch für einen Teil der Kennzahlen, die im Index verbleiben sollen, Hinweise auf Dokumentationsprobleme, jedoch ist hier die Schwere gering und/oder es betrifft lediglich einen geringen Anteil der Leistungserbringer. Die Bundeswerte der einzelnen Kennzahlen sowie des gesamten Index lassen jedoch den Rückschluss zu, dass ein deutliches Potenzial zur Qualitätsverbesserung im Bereich des ambulanten sowie stationären Hygiene- und Infektionsmanagements unter den Leistungserbringern besteht, die an der Dokumentation teilgenommen haben.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Kennzahlen der Indexindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement in stationären und ambulanten Einrichtungen berichtet und bewertet sowie mögliche Weiterentwicklungen der abgefragten Inhalte in den Kennzahlen dargestellt (siehe Tabelle 19, Tabelle 20, Tabelle 21).

Kennzahl: Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe

Operierende Krankenhäuser erzielten einen bundesweiten Mittelwert von 82,52 von 100 möglichen Punkten im ambulanten Bereich und 82,07 von möglichen 100 Punkten im stationären Bereich in der Kennzahl „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“. Das niedrigste Ergebnis aller Leistungserbringergruppen erzielte die Gruppe der ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer (61,09 / 100 Punkte). Es besteht seitens der Mitglieder des Expertengremiums weiterhin die Einschätzung, dass die Notwendigkeit einer internen Leitlinie gegebenenfalls nicht für jeden Leistungserbringer gegeben ist, wenn dieser keine Eingriffe durchführt, die eine perioperative Antibiotikaphylaxe erfordern. Sie bestätigten, dass aus diesem Grund bei einem Teil der Leistungserbringer ohne interne Leitlinie nicht von einem Qualitätsmangel ausgegangen werden kann. Da dieser Grund nur für einen geringen Teil der Leistungserbringer herangezogen werden kann, wird seitens der Mitglieder des Expertengremiums für den Qualitätsaspekt der Kennzahl weiterhin ein relevanter Verbesserungsbedarf gesehen.

Kennzahl: Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie

Stationär operierende Einrichtungen erzielten mit 84,47 von 100 Punkten ein deutlich höheres Bundesergebnis zur Kennzahl „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie“ im Vergleich zu ambulant operierenden Leistungserbringern (70,62 / 100 Punkte). Im ambulanten Bereich wurde das niedrigste Ergebnis von den vertragsärztlichen Leistungserbringern (66,29 / 100 Punkte) erzielt.

Die Ergebnisse der Krankenhäuser, die sich an der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation beteiligt haben, liegen auf einem ähnlichen Niveau wie die der Krankenhäuser, die sich an der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation beteiligt haben. Ein fehlender Soll-Ist-Abgleich bei ambulant operierenden Krankenhäusern wird von den Mitgliedern des

sektorenübergreifenden Expertengremiums kritisch gesehen, da dies die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen ambulant und stationär operierenden Krankenhäusern einschränkt, weil nicht ermittelt werden kann, für welche Einrichtungen eine Dokumentationspflicht besteht. Die Mitglieder des Expertengremiums bestätigten ihre Zweifel aus der Frühjahrssitzung im vergangenen Jahr, dass bei den teilnehmenden Krankenhäusern tatsächlich zu einem so hohen Anteil keine Leitlinie zur antimikrobiellen Therapie vorliegt, die stations- bzw. hausübergreifend gilt – so wie es im Ausfüllhinweis gefordert wird. Das Expertengremium bestätigt ebenfalls seine Einschätzung aus dem letzten Jahr, dass es bei Erbringern ambulanter Operationen den Fall geben könne, dass grundsätzlich keine Antibiotika-Initialtherapie durchgeführt werde. Solche Fälle müssen derzeit im Stellungsverfahren geklärt werden. Analog zur Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe wird auch für die Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie nicht die Notwendigkeit einer jährlichen Aktualisierung dieser gesehen.

Kennzahl: Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

Die Kennzahlergebnisse, die von Krankenhäusern erzielt wurden, sind mit 90,52 (ambulant) bzw. 90,21 (stationär) von 100 Punkten relativ hoch und auf einem ähnlichen Niveau. Im Vergleich dazu stellt das Ergebnis der ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer mit 66,46 / 100 Punkte einen deutlich niedrigeren Wert dar. Die Mitglieder des Expertengremiums bekräftigen ihre Einschätzung aus der letzten Frühjahrssitzung, dass die Verwendung von Klingengerätern zur Haarentfernung ein gravierendes Qualitätsdefizit darstellt; insbesondere vor dem Hintergrund, dass die entsprechende Empfehlung schon seit langem besteht und in die höchste Evidenzkategorie eingestuft ist. Die Mitglieder des Expertengremiums betonen auch in der diesjährigen Frühjahrssitzung, dass die Frage zur geeigneten Haarentfernung im Dokumentationsbogen einen möglichen Interpretationsspielraum zulässt, da die aktuelle Frage ausschließlich die Art der präoperativen Haarentfernung durch die Einrichtung erfragt. Da es jedoch auch Einrichtungen gibt, die den Patientinnen und Patienten empfehlen, die Rasur der Operationsstelle selbstständig 1 bis 2 Tage vor dem geplanten Operationstermin durchzuführen, sollte nach Einschätzung des Expertengremiums auch nach der Art der präoperativen Haarentfernung durch die Patientin bzw. den Patienten gefragt werden.

Kennzahl: Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

Sowohl ambulante als auch stationäre Leistungserbringer weisen bei dieser Kennzahl hohe Punktwerte auf, was auf einen sehr guten Standard hinsichtlich der Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien hindeutet (ambulant operierende Einrichtungen: 90,76 / 100 Punkte; stationär operierende Einrichtungen: 96,25 / 100 Punkte). Die Ergebnisse wurden von den Mitgliedern des Expertengremiums als plausibel eingestuft. Sie bestätigten ihre Einschätzung aus der Sitzung im Frühjahr 2019, dass die guten Ergebnisse wahrscheinlich darin begründet sind, dass die zuständigen Stellen auf der Landesebene (z. B. in Bayern die Bayerische Gewerbeaufsicht des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Verbraucherschutz) Begehungen durchführen, bei denen die Sterilgutaufbereitung in den Einrichtungen überprüft wird.

Zu dieser Kennzahl wurden zum EJ 2019 zwei Änderungen der Spezifikation vorgenommen. Zum einen wurde in der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation das Datenfeld „Wird

Ihr OP-Sterilgut mittels Vliesverpackung verpackt“ eingeführt, da diese Verpackungsart bislang nicht durch die QS-Dokumentation abgebildet war. Die zweite Änderung betrifft die stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation. Bislang konnten die stationären Leistungserbringer im Datenfeld „Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrem Krankenhaus durchgeführt?“ nur mit „ja“ oder „nein“ antworten. Ab dem Erfassungsjahr 2019 besteht für sie die Möglichkeit diese Frage mit „teilweise“ zu beantworten. Dies wurde ergänzt, um die klinische Realität der stationären Leistungserbringer besser abbilden zu können. Stationäre Leistungserbringer können nun „teilweise“ angeben, wenn sie ausschließlich die Sterilgutaufbereitung von Sterilgut der Klasse A (Sterilgut ohne besondere Anforderungen bspw. glatte, massive Instrumente) und/oder Sterilgut der Klasse B (Sterilgut mit erhöhten Anforderungen z. B. raue, schwer zu reinigende Oberflächen) selbst durchgeführt haben, die aber die Aufbereitung des Sterilgut Klasse C nicht selbst durchgeführt haben, sondern es an einen externen Sterilgutaufbereiter gegeben haben.

Kennzahl: Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich wurden sehr hohe Ergebnisse bei der Frage nach einer vorhandenen Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes erzielt (ambulant operierende Einrichtungen: 93,62 / 100 Punkte; stationär operierende Einrichtungen: 96,07 / 100 Punkte). Demnach kann davon ausgegangen werden, dass die Leistungserbringer eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes vorhalten und auch entsprechend relevante Inhalte thematisiert sind. Damit ist das Verbesserungspotential in diesem Bereich eher gering. Die Mitglieder der Expertengruppe stimmen der Einschätzung aus dem Frühjahr 2019 zu, dass zukünftig auch die Art des verwendeten Desinfektionsmittels erfragt werden sollte.

Kennzahl: Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel

Die Ergebnisse der ambulant und/oder stationär operierenden Krankenhäuser sowie der ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer zur Kennzahl „Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel“ liegen auf einem ähnlichen Niveau (ambulant operierende Krankenhäuser: 87,39 / 100 Punkte; stationär operierende Krankenhäuser: 87,55 / 100 Punkte; ambulant operierende vertragsärztliche Leistungserbringer: 87,12 / 100 Punkte).

Das recht gute Ergebnis der Krankenhäuser kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass bei der Abfrage nicht immer berücksichtigt wurde, ob ein für das gesamte Krankenhaus bestehender, fachgebietsübergreifender Standard vorliegt. Expertinnen und Experten des SEB waren wie in der letzten Frühjahrssitzung unterschiedlicher Meinung, ob die Abfrage einer weiteren sterilen Wundaufgabe nach der Erstversorgung im OP in diesem Standard relevant sei und bei Nichtvorhandensein als Qualitätsdefizit gewertet werden sollte. Das IQTIG wird prüfen, ob die Kennzahl entsprechend angepasst werden sollte. Außerdem wurde auch für den Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel die Notwendigkeit zur jährlichen Aktualisierung des Standards hinterfragt.

Kennzahl: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

Die ambulant bzw. stationär operierenden Krankenhäuser, die Daten zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen dokumentiert haben, erzielten mit 25,37 bzw. 26,03 von 100 Punkten sehr niedrige Ergebnisse bei dieser Kennzahl. Diese Ergebnisse lassen von einem großen Verbesserungspotential ausgehen. Die Leistungserbringergruppe der ambulant operierenden vertragsärztlichen Einrichtungen erzielte ein etwas höheres Ergebnis mit 53,55 / 100 Punkte in dieser Kennzahl. Die Expertengruppe bestätigt ihre Einschätzung aus der Frühjahrssitzung im Jahr 2019, dass eine mögliche Erklärung des niedrigeren Ergebnisses der Krankenhäuser ist, dass Schulungen von Mitarbeitern in Krankenhäusern aufgrund komplexerer Strukturen und der hohen Mitarbeiterzahl schwerer zu organisieren, zu erfassen und nachzuverfolgen sind, als dies in Praxen der Fall ist. Besonders werde dies durch den Schichtdienst im Krankenhaus erschwert. Nichtsdestotrotz bestätigten die Mitglieder der Expertengruppe ihre Einschätzung aus dem vergangenen Jahr, dass hierbei weiterhin bei allen teilnehmenden Leistungserbringern ein deutliches Verbesserungspotential bestehe.

Kennzahl: Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

Über 98 % der teilnehmenden ambulant und/oder stationär operierenden Krankenhäuser gaben an, ein Informationsblatt mit Informationen zum Thema Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion für Patienten bereitzuhalten (EJ 2019: ambulant operierende Krankenhäuser 98,53 / 100 Punkte; stationär operierende Krankenhäuser 98,94 / 100 Punkte). Die Expertengruppe des SEB schätzte dieses Ergebnis als zufriedenstellend ein und geht von einem tatsächlich niedrigen Verbesserungspotential in diesem Bereich aus, da auch keine Hinweise auf Probleme mit den erhobenen Daten vorliegen. Jedoch halten nur 84 % der ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer diese Art der Patienteninformation bereit, sodass hier von einem deutlich höheren Verbesserungspotential ausgegangen wird. Die Mitglieder des Expertengremiums bestätigten, dass eine solche Patienteninformation für einige ambulante Leistungserbringer nicht relevant ist, da einige Praxen per se keine Patientinnen und Patienten mit MRSA operieren.

Kennzahl: Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement (ambulant) bzw. Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement (stationär)

Beim Thema „Entwicklung eines Konzepts zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement“ weichen die Angaben von Krankenhäusern in der ambulanten und stationären Dokumentation voneinander ab. Das höchste Ergebnis in dieser Kennzahl wiesen die ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer mit 80,08 / 100 Punkten auf. Die teilnehmenden stationär operierenden Krankenhäuser erreichten 79,55 / 100 Punkte. Die ambulant operierenden Krankenhäuser erreichten 75,91 / 100 Punkte.

Ein Mitglied des Expertengremiums äußerte, dass ein Entlass- und Überleitungsmanagement für die stationären Leistungserbringer gesetzlich verpflichtend sei. Es wird vermutet, dass sich die Ergebnisse durch die gesetzliche Verpflichtung verbessert haben. Die Expertengruppe bestätigt ihre Einschätzung aus der letzten Frühjahrssitzung, dass das Fehlen eines Konzepts zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement, insbesondere die fehlende Aufklärung der Patientin bzw.

des Patienten über das postoperative Verhalten, ein deutliches Qualitätsdefizit darstellt und somit ein Verbesserungspotential bei einem Teil der Leistungserbringer vorliegt.

Transparenzkennzahlen

Die folgenden Kennzahlen werden aufgrund der Einschätzung durch das IQTIG und der Mitglieder des SEB, dass hier jeweils ein zu großer Interpretationsspielraum vorliegt, für das Erfassungsjahr 2018 und 2019 nicht bei der Berechnung des Indexindikators berücksichtigt. Die Interpretationsschwierigkeiten werden im Folgenden genauer beschrieben.

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; IDs 332000, 342000)

Im EJ 2017 konnte der QS-Dokumentationsbogen nicht abgeschlossen werden, wenn

- Daten zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention dokumentiert wurden, jedoch nicht in der durch den Dokumentationsbogen abgefragten Form vorlagen
- oder einzelne Mitarbeitergruppen nicht vorhanden waren.

Für das Erfassungsjahr 2018 wurde der Dokumentationsbogen für beide Konstellationen dahingehend angepasst, dass der Bogen abgeschlossen werden konnte. So konnte durch die Verneinung der Einstiegsfrage zur Datenerfassung Teilnahmeraten ebenfalls angegeben werden, dass die Schulungen für Mitarbeitergruppen nicht in der geforderten Form dokumentiert wurden oder Mitarbeitergruppen beim Leistungserbringer nicht vorhanden waren. Da dadurch nicht mehr differenziert werden kann, ob ausschließlich einzelne Mitarbeitergruppen nicht geschult wurden, die Dokumentation in Einzelfällen nicht der geforderten Form entsprach oder dies für alle Mitarbeitergruppen galt, erfolgt keine Bewertung der Kennzahl. Darüber hinaus besteht bei dieser Kennzahl in weiteren Punkten Interpretationsspielraum. So wurde unter anderem kein zeitlicher Bezug für die Angabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter spezifiziert. Für die Spezifikation 2020 wurden hierzu im Juni 2019 Konkretisierungen beschlossen.

Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; IDs 332001, 342001)

Die Kennzahl zur „Durchführung von Compliance-Überprüfungen“ erfasst die Anzahl von Compliance-Überprüfungen hinsichtlich der Händedesinfektion sowie zur Wundversorgung und Verbandswechseln. Im stationären Dokumentationsbogen werden darüber hinaus die Compliance-Überprüfungen in Bezug auf die leitliniengerechte Durchführung der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe erfasst. Die Fragestellungen zu Compliance-Überprüfungen als auch die Bezugsgröße der operierten GKV-Quartalsfälle bzw. DRG-Fälle bieten nach Ansicht des IQTIG und des SEB zu viel Interpretationsspielraum und Verzerrungen in der Erhebung, als dass die Werte klar interpretierbar sind. Aufgrund dessen wird hier von einer Einschätzung zur Versorgungsqualität bezüglich der Durchführung von Compliance-Überprüfungen abgesehen.

Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; IDs 332002, 342002)

Diese Kennzahl erfragt:

- einrichtungsinterne Zielwerte für ausgewählte Qualitätsindikatoren

- die systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und abgeleiteter Verbesserungsmaßnahmen
- die Information der Mitarbeiter über QS-Ergebnisse und deren Diskussion
- die systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen
- die Durchführung von Evaluationsprojekten zur Vermeidung nosokomialer Infektionen
- die Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in Netzwerken und Qualitätszirkeln

Nach Ansicht des IQTIG und der Mitglieder des Expertengremiums werden im Rahmen dieser Kennzahl keine eindeutig definierten Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene erfragt. Um die Kennzahl zu verbessern sollte sowohl der Inhalt des geforderten Qualitätsmanagementzirkels spezifiziert werden, als auch die Abfrage nach der Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance im Bereich der Hygiene auf Grundlage der Ergebnisse interner Surveillance-Programme erfolgen. Da die derzeitigen Fragestellungen einen zu großen Interpretationsspielraum zulassen, wird auf die Einschätzung der Versorgungsqualität anhand dieser Kennzahl verzichtet.

Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; IDs 332003, 342003)

Bei einem hohen Anteil der ambulanten als auch der stationären Leistungserbringer fehlte im EJ 2018 die Angabe zur Information der weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektionen, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach KISS. Aufgrund der Empfehlung des Sektorenübergreifenden Expertengremiums auf Bundesebene, neben den KISS-Definitionen auch weitere Klassifikationen zur Diagnostik einer postoperativen Wundinfektion zuzulassen, wurde das Datenfeld „Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach den KISS-Definitionen, enthalten?“, gestrichen. Ab dem Erfassungsjahr 2019 werden die Ergebnisse zu diesem Datenfeld als Transparenzkennzahl dargestellt.

3.2.2 Händedesinfektionsmittelverbrauch

Die Kennzahl „Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ“ (ID 1001) bezieht sich auf die Bestellmenge im Erfassungsjahr im Verhältnis zu den Fällen gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten (GKV-Quartalsfälle). Dabei wird die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten in Form von Quartalsfällen übermittelt, d. h., dass eine individuelle Patientin bzw. ein individueller Patient nur einmal im Quartal gezählt werden, unabhängig davon ob ein oder mehrere Arztbesuche stattgefunden haben. Privatpatientinnen und -patienten werden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. Der angegebene Händedesinfektionsmittelverbrauch liegt im EJ 2019 bei 5,92 ml pro GKV-Fall. Bei den 102 bzw. 89 vertragsärztlichen Leistungserbringern, die in den Erfassungsjahren 2018 bzw. 2019 einen Händedesinfektionsmittelverbrauch von über 50 ml pro GKV-Fall dokumentiert haben, könnten neben jahresübergreifenden Bestellmengen auch Dokumentationsfehler vorliegen. Die Kennzahl weist hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse weitere Einschränkungen auf: In der Einrichtung behandelte Nicht-GKV-Versicherte werden bei der Berechnung der Kennzahl nicht berücksichtigt. Dieser Umstand erschwert den

Vergleich des Verbrauchs zwischen Einrichtungen mit einem hohen Anteil an GKV-Versicherten und Einrichtungen mit einem hohen Anteil an Nicht-GKV-Patienten.

Ein weiteres Problem für den Vergleich ist, dass der Händedesinfektionsmittelverbrauch aus den angegebenen Litern der bestellten Händedesinfektionsmittelmenge und der Anzahl an GKV-Quartalsfällen berechnet wird. Hinter einem Quartalsfall können jedoch unterschiedlich viele Arztbesuche und demnach unterschiedlich viele Patientenkontakte stehen. So können z. B. zwei Einrichtungen ähnliche Werte für den Verbrauch dokumentieren, der tatsächliche Verbrauch pro Patientenkontakt kann sich jedoch stark unterscheiden, wenn diese beiden Einrichtungen unterschiedlich viele Patientenkontakte pro Quartal haben.

Auch aufgrund der Erfassung der Bestellmenge von Händedesinfektionsmittel pro Erfassungsjahr im QS-Dokumentationsbogen ist der Zusammenhang zum tatsächlichen jährlichen Verbrauch eines Leistungserbringers nicht unmittelbar gegeben. Wegen der genannten Limitationen wird der „Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ“ nicht als Qualitätsindikator, sondern als Transparenzkennzahl dargestellt.

Der dokumentierte „Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Normalstationen“ (ID 2002) beträgt im Erfassungsjahr 2019 30,67 ml/Belegungstag. Auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen (ID 2001) liegt der Händedesinfektionsmittelverbrauch im Erfassungsjahr 2019 bei 127,61 ml/Belegungstag.

Sehr hohe Werte hinsichtlich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs dokumentierten 41 Krankenhäuser für die Verwendung auf Allgemeinstationen (Werte größer als 100 ml/Belegungstag) und 56 Krankenhäuser für die Verwendung auf Intensivstationen (Werte größer als 300 ml/Patiententag). Diese Werte sind wahrscheinlich auf Dokumentationsprobleme zurückzuführen.

Das Bundesergebnis für den Händedesinfektionsmittelverbrauch pro Belegungstag in den Krankenhäusern aus der externen Qualitätssicherung liegt auf einem ähnlichen Niveau wie die Ergebnisse der Surveillance des Händedesinfektionsmittelverbrauchs (HAND-KISS) des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen. Wie bereits für den Händedesinfektionsmittelverbrauch ambulanter Leistungserbringer angesprochen, kann auch im stationären Bereich die Erfassung der jährlichen Bestellmenge als Surrogatparameter zu verzerrten Werten führen, die nicht dem tatsächlichen jährlichen Verbrauch entsprechen. Aufgrund der genannten Einschränkungen werden die Ergebnisse zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen bzw. Normalstationen nicht als Qualitätsindikator, sondern als Transparenzkennzahl ausgewertet.

3.3 Darstellung der Ergebnisse in den Rückmeldeberichten

Zu den übermittelten Daten der ambulant und/oder stationär operierenden Leistungserbringern werden jährlich Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer bzw. Rückmeldeberichte auf Landesebene für die Landesarbeitsgemeinschaften erstellt.

Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer im PDF-Format haben im Jahr 2018 alle Ergebnisse der Indikatoren und Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement, sowie eine Detailansicht der Indikatorergebnisse einschließlich Grafiken, enthalten. Gleiches gilt für die PDF-Dokumente der Rückmeldeberichte auf Landesebene. Zum Jahreswechsel 2019 erfolgte am IQTIG die Umstellung auf ein neues, eigenes IT-System für Auswertungen und Rückmeldeberichte, da die alte Software den aktuellen Erfordernissen nicht mehr entsprach. Dieser Wechsel hat dazu geführt, dass das Darstellungsspektrum der Rückmeldeberichte im PDF-Format im Vergleich zum Vorjahr reduziert werden musste, um die Ergebnisse fristgerecht übermitteln zu können. Im Jahr 2019 haben die Rückmeldeberichte im PDF-Format die Ergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement sowie die Transparenzkennzahlen zum Händedesinfektionsmittelverbrauch enthalten. Dies gilt auch für die PDF-Dokumente der Rückmeldeberichte auf Landesebene.

Der Inhalt der diesjährigen PDF-Dokumente der Rückmeldeberichte für die ambulant und /oder stationär operierenden Leistungserbringer konnte im Vergleich zu den Rückmeldeberichten im Jahr 2019 um die Ergebnisse der Kennzahlen, die in die Berechnung der Index-Indikatoren eingehen, sowie um die Kennzahlergebnisse, die nicht in die Berechnung der Index-Indikatoren eingehen, und als Transparenzkennzahlen ausgewertet wurden, ergänzt werden. Außerdem enthielten die diesjährigen PDF-Dokumente der Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer die jeweiligen Angaben des Leistungserbringers aus der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation. In den diesjährigen Rückmeldeberichten für die Landesebene im PDF-Format wurden, wie im Vorjahr, die Ergebnisse der Indikatoren und der Transparenzkennzahlen zum Händedesinfektionsmittelverbrauch berichtet. Die Ergebnisse der Kennzahlen, die nicht mehr in die Berechnung der Index-Indikatoren eingehen, wurden als Transparenzkennzahl ausgewertet und ebenfalls in den PDF-Dokumenten dargestellt. Die Kennzahlen, die in die Berechnung der Index-Indikatoren eingehen, sind wie im Vorjahr in den Dokumenten im CSV-Format enthalten, die ebenfalls mit den Rückmeldeberichten übermittelt wurden.

Tabelle 19: Vergleich der Ergebnisse zu einrichtungsbezogenen QS-Daten (EJ 2019 vs. EJ 2018)

ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2019 (Referenzbereich)	Ergebnis 2018	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der ambulant operierenden Leistungserbringer					
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	77,07 / 100 Punkte (≥ 41,41 / 100 Punkte (5. Perzentil))	74,69 / 100 Punkte (≥ 37,59 / 100 Punkte (5. Perzentil))	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der stationär operierenden Leistungserbringer					
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	82,35 / 100 Punkte (≥ 64,26 / 100 Punkte (5. Perzentil))	81,01 / 100 Punkte (≥ 61,28 / 100 Punkte (5. Perzentil))	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

Tabelle 20: Vergleich der Ergebnisse der Kennzahlen (durchschnittliche Punktzahl) zum Index-QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (EJ 2019 vs. EJ 2018)

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2019 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
	Vertragsärztinnen und -ärzte (gesamt: 2.087)	Krankenhäuser (gesamt: 612)	Bund (gesamt) (gesamt: 2.699)	Vertragsärztinnen und -ärzte (gesamt: 2.210)	Krankenhäuser (gesamt: 584)	Bund (gesamt) (gesamt: 2.793)		
Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	75,67	81,86	77,07	73,03	80,25	74,69	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	61,09	82,52	65,95	58,88	78,38	62,96	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	66,29	85,38	70,62	62,56	80,61	66,33	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	66,46	90,52	71,92	61,16	91,61	67,54	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	89,59	94,75	90,76	88,41	94,83	90,99	Rechenregel wurde verändert	n. a.

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2019 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
	Vertragsärztinnen und -ärzte (gesamt: 2.087)	Krankenhäuser (gesamt: 612)	Bund (gesamt) (gesamt: 2.699)	Vertragsärztinnen und -ärzte (gesamt: 2.210)	Krankenhäuser (gesamt: 584)	Bund (gesamt) (gesamt: 2.793)		
							Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	92,82	96,35	93,62	91,96	95,73	92,75	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	87,12	87,39	87,18	84,89	88,65	85,68	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	53,55	25,37	47,16	51,32	22,74	45,36	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-besiedlung/Infektion	84,00	98,53	87,29	80,67	98,12	84,32	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement	80,08	75,91	79,13	77,49	71,58	76,26	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2019 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
	Vertragsärztinnen und -ärzte (gesamt: 2.087)	Krankenhäuser (gesamt: 612)	Bund (gesamt) (gesamt: 2.699)	Vertragsärztinnen und -ärzte (gesamt: 2.210)	Krankenhäuser (gesamt: 584)	Bund (gesamt) (gesamt: 2.793)		
Transparenzkennzahlen die nicht in die Berechnung des Index-Indikators eingehen								
Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ (ID 1001)	-	-	5,92 ml/Fall	-	5,90 ml/Fall	-	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 33200)	74,62	75,14	74,75	71,58	72,65	71,85	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332001)	47,56	49,75	48,06	48,36	46,77	48,03	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332002)	59,32	77,61	63,47	57,64	75,49	61,38	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2019 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
	Vertragsärztinnen und -ärzte (gesamt: 2.087)	Krankenhäuser (gesamt: 612)	Bund (gesamt) (gesamt: 2.699)	Vertragsärztinnen und -ärzte (gesamt: 2.210)	Krankenhäuser (gesamt: 584)	Bund (gesamt) (gesamt: 2.793)		
Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332003)	45,90	32,52	42,87	39,93	29,62	37,77	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

Tabelle 21: Vergleich der Ergebnisse der Kennzahlen zum Index-QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen (EJ 2019 vs. EJ 2018)

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2019 (max. 100 Punkte je Kennzahl) Krankenhäuser ²² (gesamt: 940)	Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl) Krankenhäuser ²² (gesamt: 922)	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	82,35	81,01	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	82,07	78,08	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	84,47	81,45	Rechenregel wurde nichtverändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	90,21	88,18	Rechenregel wurde nichtverändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	96,25	96,26	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	96,07	95,13	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	87,55	88,84	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

²² Die Werte entsprechen dem Bundesergebnis, da für die Erfassungsjahre 2018 und 2019 die QS-Dokumentation für die Leistungserbringergruppe der Belegärztinnen und -ärzte ausgesetzt wurde.

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2019 (max. 100 Punkte je Kennzahl) Krankenhäuser ²² (gesamt: 940)	Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl) Krankenhäuser ²² (gesamt: 922)	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	26,03	23,44	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	98,94	98,37	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement	79,55	79,33	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Transparenzkennzahlen, die nicht in die Berechnung des Index-Indikators eingehen				
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen (ID 2001)	127,61 ml/Belegungstag	125,47 ml/Belegungstag	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Normalstationen (ID 2002)	30,67 ml/Belegungstag	29,29 ml/Belegungstag	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342000)	75,92	73,31	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342001)	42,79	41,24	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2019 (max. 100 Punkte je Kennzahl) Krankenhäuser ²² (gesamt: 940)	Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl) Krankenhäuser ²² (gesamt: 922)	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342002)	79,31	76,19	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342003)	35,11	31,34	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

4 Einordnung der Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Bundesländer (EJ 2018)

4.1 Zielsetzung und Hintergrund

Das nachfolgende Kapitel stellt die Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) der Bundesländer für das Erfassungsjahr 2018 dar. Der Qualitätssicherungsergebnisbericht wird jährlich zum 15. März an das IQTIG übermittelt und enthält strukturierte Informationen zu den im jeweiligen Bundesland durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen. Die Spezifikation für den Qualitätssicherungsergebnisbericht wurde gemäß den Vorgaben der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) erstellt und mit den Landesarbeitsgemeinschaften abgestimmt.

Im Erfassungsjahr 2018 ist eine Anpassung in der Spezifikation für die QSEB erfolgt. Die Ergebnisse der Leistungserbringer werden ab dem EJ 2018 zu einer der folgenden Kategorien zugeordnet:

- Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs
- Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs und auffällig guter Ergebniswert
- Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs und wiederholte Auffälligkeiten in den Vorjahren
- Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs und wiederholte Auffälligkeiten in den Vorjahren
- Die einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Absatz 2 wurden nicht fristgerecht übermittelt (nur QS WI)
- Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs und andere Auffälligkeit (im Kommentar erläutert)
- Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs und andere Auffälligkeit (im Kommentar erläutert).

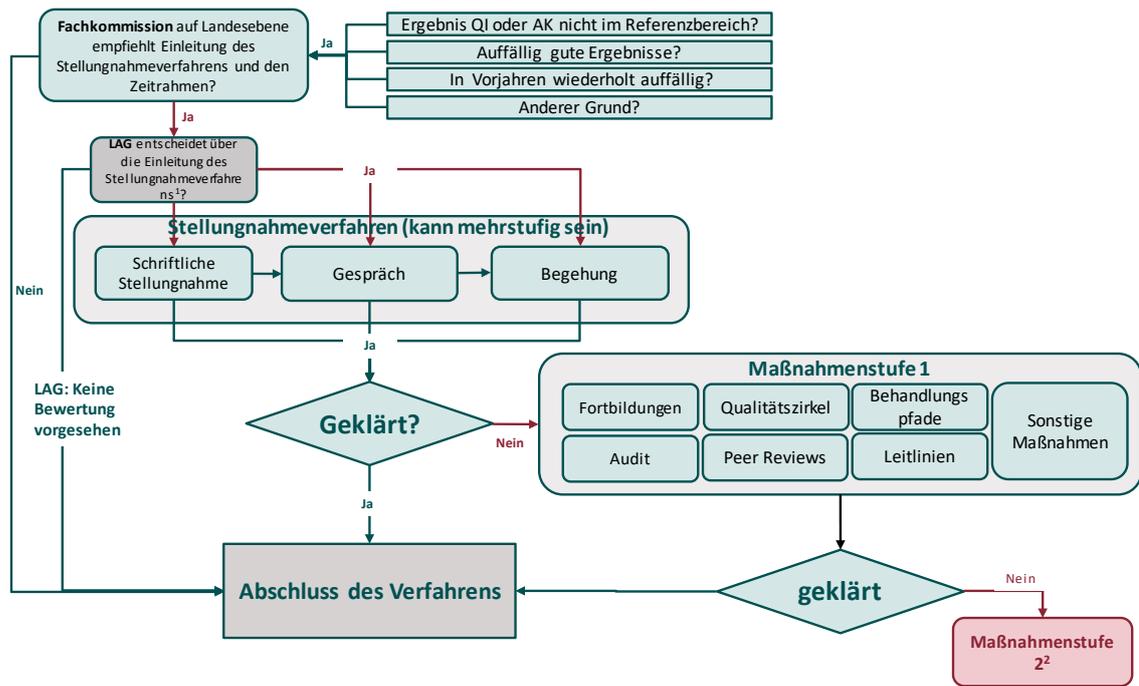


Abbildung 2: Schematischer Ablauf zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §17 / §12 TB der Qesü-RL

Anmerkung: 1: Nur QS WI: Ein Stellungnahmeverfahren muss ab dem Erfassungsjahr 2019 immer dann eingeleitet werden, wenn die einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Absatz 2 nicht fristgerecht übermittelt wurden. 2018 kann in solchen Fällen ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden. 2: Aktuell nur QS PCI: Maßnahmen der Maßnahmenstufe 2 können beim Vorliegen von Hinweisen auf wiederholte oder besonders schwerwiegenden Fällen, in Fällen, in denen der Leistungserbringer an der Qualitätssicherungsmaßnahme nicht oder nicht vollständig teilnimmt oder in anderen Fällen mit dringendem Handlungsbedarf unverzüglich beschlossen werden.

Da es noch keine weiteren Präzisierungen des Stellungnahmeverfahrens nach Qesü-RL bzw. nach DeQS-RL gab bzw. gibt, konnten den LAG bzw. den Fachkommissionen keine eindeutigen Empfehlungen bzw. Handlungsanweisungen gegeben werden. Gemäß Qesü-RL (Teil 2 TB § 12 Abs. 3) bzw. der Überführung in die DeQS-RL sollen „[...] innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung bundesweit einheitliche Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nr. 9 der Richtlinie [...]“ festgelegt werden. Für das Erfassungsjahr 2018 konnten keine Vorgaben zur Bewertung vorgegeben werden. Aufgrund der fehlenden bundesweit einheitlichen Bewertungskriterien ist von einer heterogenen Interpretation hinsichtlich der Bewertung auf Landesebene auszugehen. Dies ist insbesondere bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Die LAG bzw. Fachkommissionen wurden jedoch gebeten, sich an den bisherigen Bewertungen zur qualitativen Auffälligkeit zu orientieren, so lange keine bestehenden Kriterien festgelegt wurden. Auch ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Landesarbeitsgemeinschaften ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt haben bzw. Ergebnisse hierzu an das IQTIG übermittelt haben. Die Tabellen mit den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2018 sind im Anhang enthalten und werden nachfolgend kurz erläutert.

4.2 Zusammenfassung der QSEB-Ergebnisse auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2018

Im Rahmen des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* wurden zum Erfassungsjahr 2018 insgesamt 11 Qualitätssicherungsergebnisberichte von den Landesarbeitsgemeinschaften an das IQTIG übermittelt. Die QSEB wurden durch alle LAG fristgerecht zum 15.03.2019 übermittelt. Insgesamt 5 LAG übermittelten keine Daten zum QSEB für das Erfassungsjahr 2018. Zwei LAG haben dies mit der sich noch in Gründung befindenden Fachkommissionen begründet. Eine weitere LAG hat im Rahmen des Berichts zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung zurückgemeldet, dass kein Stellungnahmeverfahren aufgrund der fehlenden Angaben zur Vollzähligkeit („Soll“) durchgeführt wurde. Eine weitere LAG meldet eine eingeschränkte Nachvollziehbarkeit der rechnerisch auffälligen Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement, da die Ergebnisse der Kennzahlen zu den Index-Indikatoren fehlten (einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) zurück, sodass sich die Fachkommission dieses Bundeslandes dazu entschlossen hat, keine qualitative Bewertung der Ergebnisse vorzunehmen. Eine weitere LAG meldet im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung ebenfalls Probleme im Hinblick auf die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse zurück. Sie bezieht sich dabei auf die endgültigen Rechenregeln, welche zum Zeitpunkt der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens noch nicht durch das IQTIG veröffentlicht werden konnten, da diese noch nicht durch den G-BA beschlossen waren und eine Veröffentlichung erst nach Beschluss erfolgen kann.

Die QSEB-Auswertung erfolgt auf Bundesebene nach QS-Verfahren bzw. auf Indikatorebene. Ergebnisse zu den QSEB zum Erfassungsjahr 2018 sind im Anhang zu finden (siehe Anhang: Ergebnisse der Qualitätssicherungsergebnisberichte) und beziehen sich auf die Daten, welche durch die LAG an das IQTIG übermittelt wurden. Derzeit liegen noch keine Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen vor, daher konnte zu diesen Indikatoren kein Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2018 durchgeführt werden. Aus diesem Grund sind die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nicht in den Tabellen in Anhang: Ergebnisse der Qualitätssicherungsergebnisberichte aufgeführt.

Nachfolgend werden die relevanten Ergebnisse aus den von den LAG übermittelten Qualitätssicherungsberichten dargestellt und erläutert. Dabei wird auf die dazugehörigen Tabellen im Anhang: Ergebnisse der Qualitätssicherungsergebnisberichte verwiesen.

Eine Übersicht der Ergebnisse zur Anzahl der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer pro QI sowie die Gesamtzahl der rechnerisch auffälligen Einrichtungen pro QS-Verfahren ist in Tabelle 24 abgebildet. In dem QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (ID 1000) wurden von den LAG 124 rechnerisch auffällige Ergebnisse zu insgesamt 2.779 Indikatorergebnissen übermittelt. Nach den Berechnungen des IQTIG waren insgesamt 139 Ergebnisse rechnerisch auffällig. Die Differenz ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass nicht von sämtlichen LAG Daten übermittelt wurden. Es haben im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens keine Gespräche oder Begehungen stattgefunden. Im Bereich der stationären Versorgung wurden 38

Einrichtungen mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bei 914 Ergebnissen im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) durch die LAG zurückgemeldet. Nach den Berechnungen des IQTIG waren insgesamt 46 Ergebnisse rechnerisch auffällig. Es haben im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens keine Gespräche oder Begehungen stattgefunden.

Tabelle 25 fasst die Ergebnisse der Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens zusammen. Von den 124 rechnerisch auffälligen Einrichtungen im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (ID 1000) gab die Fachkommission für 88 Einrichtung die Empfehlung zur Durchführung eines schriftlichen Stellungnahmeverfahrens. Die LAG folgten der Empfehlung der Fachkommissionen in 86 der 88 Fälle. Für den QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) empfahlen die Fachkommissionen für 28 der 38 rechnerisch auffälligen Standorte ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchzuführen. Die LAG folgten der Empfehlung der Fachkommission in 27 der 28 Fälle. Die einzelnen Fälle, in denen die LAG nicht der Empfehlung der Fachkommission gefolgt ist, gehen auf ein Bundesland zurück. Durch die LAG wurde zurückgemeldet, dass die Fachkommission erst im Februar 2020 ihre Arbeit aufnehmen konnte, eine fachliche Bewertung der Ergebnisse durch die Fachkommission jedoch dennoch erfolgt ist.

Zu einigen rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten die LAG zurückmelden, dass Probleme bereits behoben bzw. Maßnahmen zur Behebung des Problems bereits begonnen wurden (siehe Tabelle 26). Zu 82 der 88 rechnerisch auffälligen Ergebnisse im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (ID 1000), zu denen ein Stellungnahmeverfahren erfolgte, konnte dieses abgeschlossen werden. Zu 29 Ergebnissen wurden Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens konnten 3 ambulant operierende Leistungserbringer darlegen, dass das Problem bereits behoben wurde. In 11 Fällen war laut Kommentar der LAG die Nachvollziehbarkeit des rechnerisch auffälligen Ergebnisses aufgrund fehlender Transparenz der Rechenregeln und fehlender Nachvollziehbarkeit bzgl. der Ergebnisse einzelner Kennzahlen zum Index-QI in den Rückmeldeberichten eingeschränkt. 11 weitere ambulant operierende Leistungserbringer wurden zur Umsetzung geeigneter Verbesserungsmaßnahmen aufgefordert. Im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) konnte das Stellungnahmeverfahren zu 27 der 28 rechnerisch auffälligen Ergebnisse abgeschlossen werden. Zu 18 Ergebnissen wurden Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens konnte 1 Leistungserbringer darlegen, dass das Problem bereits behoben wurde (siehe Tabelle 26).

In Tabelle 27 sind die Ergebnisse zur Bewertung der qualitativen Auffälligkeit durch die Fachkommission dargestellt. Daraus geht hervor, dass 1,62 % der Ergebnisse (45 Ergebnisse von insgesamt 2.779 Indikatorergebnissen) im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (ID 1000) und 0,44 % (4 von insgesamt 914 Ergebnissen) im Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) durch die Fachkommission als qualitativ auffällig eingeschätzt wurden.

Nachfolgend sollen die qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse der beiden Indikatoren näher betrachtet werden.

Zum Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtung“ (ID 1000) im EJ 2018 wurden 45 der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Das bedeutet, dass bei 45 Ergebnissen, die vom Referenzbereich abweichen, ein Qualitätsdefizit hinsichtlich des Hygiene- und Infektionsmanagements durch die Landesarbeitsgemeinschaften gesehen wird. Dabei werden bei 27 Ergebnissen Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel des Leistungserbringers gesehen und bei 7 Ergebnissen lag eine unvollständige bzw. falsche Dokumentation vor. Laut den Fachkommissionen auf Landesebene gibt es bei 5 der 45 als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse noch Unklarheiten bei den Leistungserbringern hinsichtlich der schriftlichen Fixierung von Leitlinien und Standards. Zu zwei qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen wird durch die Fachkommission zurückgemeldet, dass es in Bezug auf die Dokumentation Unklarheiten bzgl. der Zuständigkeit von Operateur und OP-Zentrum gibt. Das hat dazu geführt, dass die einrichtungsbezogene Dokumentation für eine nicht operierende Praxis ausgefüllt wurde. Zu einem weiteren qualitativ auffällig bewerteten Ergebnis erhält ein Leistungserbringer den Hinweis, dass das Ausfüllen der Einrichtungsbefragung, sofern der führende Eingriff über einen externen Anbieter (z. B. Operationszentrum oder Klinik) erbracht wurde, gemeinsam mit dem externen Anbieter erfolgen muss. Ein weiteres Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens ist, dass zu 7 der 45 als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse die Stellungnahme des Leistungserbringers entweder nicht vorhanden oder nicht aussagekräftig genug war, um das rechnerisch auffällige Ergebnis zu erklären.

Zum Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) im EJ 2018 wurden 4 der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Bei einem Ergebnis wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, in Bezug auf die folgenden Kennzahlen des Index-Indikators (ID 2000) gesehen: „Entwicklung und Aktualisierung von Leitlinien und Standards zur Antibiotikainitialtherapie bzw. einer internen Leitlinie zu perioperativen Antibiotikaphylaxe“, „Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlass- und Überleitungsmanagements“ sowie hinsichtlich „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie“, gesehen. Zu einem qualitativ auffällig bewerteten Ergebnis gibt der Leistungserbringer an, keinen OP-Bereich zu haben, gleichzeitig konnte im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nicht ermittelt werden, welche Eingriffe durchgeführt wurden, die eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erfordert haben. Die eingereichte Stellungnahme von zwei Leistungserbringern wurden von der Fachkommission als nicht aussagekräftig genug empfunden, sodass das rechnerisch auffällige Ergebnis als Hinweis auf Prozessverbesserungen gesehen wird.

In beiden Index-Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (IDs 1000; 2000) bestanden noch vereinzelte Probleme, zum einen im Hinblick auf die geeignete Haarentfernung, welche noch nicht ausschließlich mit Clippern (elektrische Haarschneider) erfolgt ist und zum anderen beim Besuch von Fortbildungen zu Antibiotikaresistenzlage und -therapie, wobei gegenüber den Leistungserbringern Empfehlungen dazu gemacht wurden.

Für das aktuelle Erfassungsjahr (EJ 2019) gibt es nach den Berechnungen des IQTIG für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (ID 1000) 134 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 2.699 Ergebnissen in diesem Indikator und für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) 46 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 940 Ergebnissen in diesem Indikator.

Die Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen können Tabelle 29 und die Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten Stellungnahmen und weiterführenden Maßnahmen durch die LAG können der Tabelle 30 entnommen werden. Die Tabelle 31 enthält die Ergebnisse zur Anzahl rechnerisch und qualitativ auffälliger Leistungserbringer.

Für das gesamte QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* wurden für das Erfassungsjahr 2018 für 18 der 49 als qualitativ auffällig bewerteten QI-Ergebnisse die „Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen“ in Form der Maßnahmenstufe 1 für den entsprechenden Leistungserbringer empfohlen. Für alle Ergebnisse, für die die Fachkommissionen Maßnahmen der Stufe 1 empfohlen haben, wurden durch die LAG weiterführende qualitätssichernde Maßnahmen in Form der Maßnahmenstufe 1 initiiert. Da sich das Verfahren derzeit noch in der Erprobungsphase befindet, wurde für kein Ergebnis, bei dem die Maßnahmenstufe 1 durchgeführt wurde, die Maßnahmenstufe 2 eingeleitet.

5 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung

5.1 Beauftragung des IQTiG

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) wurde am 20. September 2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt, eine wissenschaftliche Begleitung der Erprobung des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)²³ (abgelöst am 1. Januar 2019 durch die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, DeQS-RL²⁴) durchzuführen.²⁵ Diese wissenschaftliche Begleitung ersetzt gemäß Beschluss während der Erprobungsphase die Evaluation für das Verfahren *QS WI* im Bundesqualitätsbericht an den G-BA.

Hinsichtlich der folgenden im Beschluss genannten Kriterien soll das IQTiG das QS-Verfahren auf Optimierungsbedarf prüfen.

- Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenzusammenführung aus den beiden Datenquellen Sozialdaten und fallbezogene Dokumentation, Überprüfung der Datenerlieferfristen für Sozialdaten und der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte
- Funktionalität und Praktikabilität der Auslösung der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Datenerfassung (heterogene Einrichtungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung, Zeitpunkt der Auslösung)
- Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung (z. B. stationäre und ambulante Operationen in denselben Räumlichkeiten, Belegärztinnen und Belegärzte, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, Krankenhausstandorte)
- Ausgestaltung der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation bei mehreren dokumentationspflichtigen Ärztinnen und Ärzten pro Einrichtung (z. B. bezogen auf Krankenhäuser, Berufsausübungsgemeinschaften, OP-Zentren)
- Aufwand-Nutzen-Relation der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation (bspw. Einrichtungen mit geringen Fallzahlen, Indikator zum Sterilgut bei externer Aufbereitung, Händedesinfektionsmittelverbrauch, Sentinel Events)
- Validität der erhobenen Daten und der aus allen Datenquellen ermittelten einrichtungs-, landes- und bundesbezogenen Ergebnisse

²³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. April 2010, zuletzt geändert am 21. Juni 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/> (abgerufen am 28.02.2020)

²⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 28.02.2020).

²⁵ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTiG mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung gemäß Teil 2 Verfahren 2 § 19 Abs. 5 Qesü-RL. 20. September 2018. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3482/2018-09-20_Qesue-RL_Beauftragung-IQTiG_Begleitung-Erprobung-Wundinfektionen.pdf (abgerufen am 28.02.2020).

- Rückmeldeberichte nach § 10 Teil 2, Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL und der länderbezogenen Auswertungen nach § 11 Teil 2, Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL
- Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten
- Bewertungsprozesse und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Zusammensetzung der Fachkommission nach § 14 DeQS-RL

Zur Überprüfung des Optimierungsbedarfs sollen gemäß Auftrag auch Informationen von der Landesebene erhoben werden. Darüber hinaus werden sämtliche Informationen, die bezüglich Optimierungsbedarfen beim IQTIG vorliegen, z. B. Hinweise von Expertinnen und Experten, Hinweise aus direkten Anfragen von Leistungserbringern und intern vorliegende Informationen, für den vorliegenden Bericht genutzt.

5.2 Erhebung von Informationen von der Landesebene

Aufgrund der Verschiebung einer Sitzung des Expertengremiums *QS WI* vom 4. September 2019 auf den 4. Dezember 2019 konnte der Fragebogen zur semistrukturierten Erhebung bei den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) erst im Dezember 2019 realisiert werden. Auch gab es Hinweise von der Landesebene, dass es mindestens einem großen Bundesland nicht möglich sein würde, den semistrukturierten Fragebogen vor Ende Januar 2020 ausgefüllt zu übermitteln.

Aus den oben angeführten Gründen wurde den LAG für die Überprüfung des Optimierungsbedarfs am 30. Dezember 2019 ein semistrukturierter Fragebogen zur Erhebung der notwendigen Informationen von den Landesarbeitsgemeinschaften gemäß § 19 Abs. 5 Satz 3 DeQS-RL übermittelt (siehe den Fragebogen zur wissenschaftliche Begleitung der Erprobung als Anhang des vorliegenden Berichts). Die LAG wurden gebeten, den ausgefüllten Fragebogen bis zum 31. Januar 2020 an das IQTIG zu übermitteln.

Nach Ablauf der Rückmeldefrist wurde eine Erinnerungs-E-Mail an die LAG verschickt. Insgesamt übermittelten 12 LAG einen ausgefüllten Fragebogen an das IQTIG. Eine LAG hat mit dem Verweis einen unausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt, dass dieser aufgrund der späten Einrichtung der Landesarbeitsgemeinschaft nicht ausgefüllt werden konnte.

5.3 Identifizierte Optimierungs- und Anpassungsbedarfe

Die identifizierten Optimierungsbedarfe werden anhand der definierten Kriterien aus dem Auftrag dargestellt. Es wird darüber hinaus auf grundlegende Probleme bzw. Herausforderungen Bezug genommen, für die schon Lösungen auf den Weg gebracht oder umgesetzt worden sind.

Weiterhin bestehende Optimierungsbedarfe, die schon im letzten Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung beschrieben wurden, werden zusammengefasst dargestellt bzw. es wird auf den letzten Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung verwiesen.

Wenn bei geschilderten Sachverhalten direkter Handlungsbedarf für das IQTIG besteht, wird kurz dargestellt, welche Maßnahmen das IQTIG jeweils ergreifen wird.

5.3.1 Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung

Im Folgenden werden die Optimierungsbedarfe hinsichtlich der Funktionalität und Praktikabilität der einrichtungsbezogenen und der fallbezogenen QS-Dokumentation dargestellt. Wenn es möglich ist, werden die Optimierungsbedarfe je Qualitätsindikator bzw. Kennzahl beschrieben.

Da seit dem letzten Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung noch keine Spezifikationsempfehlungen an den G-BA übermittelt wurden, gibt es bei vielen Punkten zum Thema Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung noch keinen neuen Stand.

Optimierungsbedarf hinsichtlich der einrichtungsbezogenen Dokumentation

Allgemein

In den an das IQTIG übermittelten Fragebögen wird bezüglich der einrichtungsbezogenen Dokumentationsbögen darauf hingewiesen, dass es für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die in Krankenhäusern operieren, teilweise schwierig und sehr aufwendig ist, an die zur Dokumentation notwendigen Informationen des Krankenhauses zu gelangen. Es wird berichtet, dass die Fragen im Dokumentationsbogen und die Ausfüllhinweise oft unverständlich seien und teilweise viel Interpretationsspielraum ließen. Hyperlinks, die in den Dokumentationsbögen enthalten sind, führten zu Webseiten mit allgemeinen Informationen und nicht zu hilfreichen Dokumenten. Besonders aus dem vertragsärztlichen Sektor wird berichtet, dass die Fragen nicht immer adäquat auf diesen Sektor zugeschnitten seien.

Die Ausfüllhinweise und die häufig gestellten Fragen auf der Website des IQTIG werden zwar als hilfreich angesehen, jedoch wird der allgemeine Wunsch geäußert, dass die Fragen der QS-Dokumentation präziser gestellt werden, sodass es seltener nötig ist, die Ausfüllhinweise für die Dokumentation zu Rate zu ziehen.

Eine andere LAG weist darauf hin, dass aufgrund des Titels der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation häufig unklar sei, dass sich die einrichtungsbezogene Dokumentation auf das interne Hygienemanagement bezieht und nicht auf aufgetretene nosokomiale Infektionen.

Diese Hinweise werden vom IQTIG geprüft und ggf. werden Spezifikationsanpassungen vorgeschlagen.

Eine LAG teilte mit, dass bei einigen Leistungserbringern der Wunsch nach Kommentarfeldern im Dokumentationsbogen bestehe. Von Freitextfeldern rät das IQTIG wegen des hohen Auswertungsaufwands in den Dokumentationsbögen ab. Ab dem Erfassungsjahr 2020 sind über QR-Codes aber Hyperlinks in den Ausfüllhinweisen einiger Felder aufgenommen worden, über die Rückmeldungen ohne Zeitverzögerung direkt an das IQTIG übermittelt werden können.

Optimierungsbedarf der Dokumentationssoftware

Aus zwei Bundesländern wird berichtet, dass die IT-Infrastruktur nicht vorhanden war oder noch nicht funktionierte. Aus einem anderen Bundesland wurden technische Probleme zum Log-in und zur Benutzererkennung zurückgemeldet. Aufgrund von technischen Schwierigkeiten bestand bei einigen Leistungserbringern der Wunsch, die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation auf Papier auszufüllen.

Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass die im Webportal eingegebenen Daten nur bis zum Jahresende gespeichert und ausgedruckt werden können. Im Stellungnahmeverfahren würden diese Informationen dann fehlen.

Durch eine Rückmeldung der genauen Antworten je Frage in den Rückmeldeberichten (siehe auch Abschnitt 5.3.13) kann dieses Problem voraussichtlich abgemildert werden. Das IQTIG strebt eine entsprechende Anpassung der Rückmeldeberichte an.

Ort der Leistungserbringung

Aus den Dokumentationsbögen ist gemäß der Rückmeldungen der LAG nicht immer ausreichend klar, auf welche Räumlichkeiten sich die Dokumentationspflicht bezieht. Für eine ausführliche Darstellung verweisen wir auf das Abschnitt 4.4.1 im Bundesqualitätsbericht 2019 (IQTIG 2019). Der Sachverhalt ist weiterhin aktuell. Auch in den Rückmeldungen zu diesem Bericht wurde dieser Sachverhalt wieder gehäuft thematisiert. Das IQTIG wird prüfen, inwiefern Anpassungen der Spezifikation erforderlich sind.

Aussetzen der Dokumentationspflicht für Belegärztinnen und Belegärzte

Die Rückmeldungen der LAG zeigen auf, dass die bereits im letzten Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung dargestellten Optimierungsbedarfe für Belegärztinnen und Belegärzte, die zuletzt für das Erfassungsjahr 2017 dokumentieren mussten, insbesondere zur Vermeidung von Doppeldokumentationen weiterhin aktuell sind.

Für eine leichtere Dokumentation durch Belegärztinnen und -ärzte wurde mit dem G-BA eine Lösung dieser Problematik abgestimmt, welche für die Spezifikationsempfehlungen 2021 vorgesehen ist.

Frequenz der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Dass die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation jährlich dokumentiert werden muss, wird u. a. von der Landesebene hinterfragt.

Zum jetzigen Zeitpunkt empfiehlt das IQTIG aufgrund der vielen Überarbeitungsbedarfe, die im Bogen für das Jahr 2020 noch nicht adressiert werden konnten, die Erfassung für das Jahr 2020 insgesamt auszusetzen und erst mit dem verbesserten Bogen für das Erfassungsjahr 2021 wieder aufzunehmen.

Optimierungsbedarfe hinsichtlich der Angaben zur Vollständigkeit („Soll“)

Wie bereits im Bundesqualitätsbericht 2019 beschrieben waren die Regelungen für die einrichtungsbezogenen Angaben zur Vollständigkeit „(Soll“) bisher noch nicht eindeutig in der Richtlinie festgelegt. Entsprechend können Leistungserbringer der Dokumentationspflicht nicht nachkommen, ohne Konsequenzen befürchten zu müssen. Aus diesem Grund ist nicht bekannt, inwiefern die an das IQTIG übermittelten Solldaten vollständig sind. Einige Landesstellen haben mit Verweis auf diesen Sachverhalt davon abgesehen, ein Stellungnahmeverfahren durchzuführen.

Mit dem Beschluss des G-BA über eine Änderung der DeQS-RL und des darin enthaltenden Verfahrens 2 (QS WI) vom 19. Dezember 2019 wurde der Sachverhalt durch den G-BA adressiert. Das IQTIG wird für das Jahr 2021 eine Spezifikationsanpassung empfehlen, mit der auch die technische Grundlage für die Übermittlung von Vollständigkeitsinformationen für Krankenhäuser

und vertragsärztliche Leistungserbringer für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation geschaffen werden kann. Es zeichnet sich hierbei jedoch ab, dass zumindest für das Jahr 2021 noch keine Zahlen zur Vollständigkeit („Soll“) für ambulante Leistungen am Krankenhaus ermittelt werden können, da – so die Darstellung eines Softwareherstellers an vielen Krankenhäusern – die zentrale Stelle für die Erstellung des „Soll“ nicht über Daten zu ambulant abgerechneten Fällen verfügt und somit in solchen Fällen keine gültige „Soll“ erstellt werden könne. Für nachfolgende Erfassungsjahre wird das IQTIG Möglichkeiten der Umsetzung mit den Softwareherstellern eruiert.

Optimierungsbedarf hinsichtlich der Anpassung der Spezifikation

Im Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung 2019 wurden mit Bezug auf die langen Zeiträume zwischen Beschluss und Erfassung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation Änderungsvorschläge durch das IQTIG gemacht.

Mit dem Beschluss des G-BA über eine Änderung der DeQS-RL und des darin enthaltenen Verfahrens 2 (QS WI) vom 19. Dezember 2019 wurde der Sachverhalt durch den G-BA adressiert. Die einrichtungsbezogene Spezifikation soll zukünftig nicht mehr im Juli, sondern im Dezember vor dem jeweiligen Erfassungsjahr beschlossen werden. Dadurch steht ein halbes Jahr mehr für Anpassungen zur Verfügung.

Transparenzkennzahlen zum Händedesinfektionsmittelverbrauch

Im Bundesqualitätsbericht 2019 wurden die vielfältigen Operationalisierungsprobleme bezüglich der Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs umfassend dargestellt. Auch in den Hinweisschreiben zu den Rückmeldeberichten wurden diese umfassend beschrieben. Aktuelle Hinweise zu weiteren Aspekten liegen hierzu von den LAG nicht vor.

Eine Möglichkeit wäre zu empfehlen, für das Erfassungsjahr 2021 die entsprechenden Datenfelder zu streichen. Es wird empfohlen, den Qualitätsindikator zu prüfen und ggf. neu zu entwickeln.

QI 1000 und 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – Erbringer ambulanter bzw. stationärer Leistungen

Für drei Kennzahlen wurden Operationalisierungsprobleme festgestellt, sodass diese nicht für die Berechnung der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement für das Erfassungsjahr 2018 verwendet wurden. Diese sind:

- Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention
- Durchführung von Compliance-Überprüfungen
- Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene

Auch in den Hinweisschreiben zu den Rückmeldeberichten wurden diese umfassend beschrieben. Aktuelle Hinweise zu weiteren Aspekten liegen hierzu von den LAG nicht vor. Ausführlichere Erläuterungen hierzu finden sich in Abschnitt 4.4.1 des Bundesqualitätsberichts 2019. Mögliche Anpassungen der Spezifikation für das Jahr 2021 werden geprüft und dann entsprechend empfohlen.

Kennzahl: Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe (PAP)

Die schon im Bundesqualitätsbericht 2019 beschriebene Problematik, dass im Dokumentationsbogen nicht unterschieden werden kann, ob ein Leistungserbringer „nein“ angegeben hat, weil keine entsprechenden Operationen durchgeführt wurden oder weil das abgefragte Kriterium trotz entsprechender Operationen, die eine PAP erfordern, nicht erfüllt wurden, wird mit den Spezifikationsempfehlungen für das Jahr 2021 behoben.

Zusätzlich liegt dem IQTIG der Hinweis einer LAG vor, dass es bei der Frage nach der internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe zu Missverständnissen kam, da statt nach der tatsächlichen Durchführung der Antibiotikaphylaxe nur nach dem Vorliegen einer internen Leitlinie zur Antibiotikagabe gefragt wird. Von anderen LAG liegen keine weiteren Rückmeldungen zu diesem Thema vor. Das IQTIG überprüft, ob es sich hier um ein systematisches Missverständnis handelt und ob Anpassungen ggf. vorgenommen werden müssen.

Von einer LAG liegt die Rückmeldung vor, dass es ermöglicht werden sollte, durch spezifische Antwortmöglichkeiten unterscheiden zu können, ob ein entsprechendes Dokument nicht vorhanden ist oder unterjährig bereits implementiert wurde. Beides müsse derzeit mit „nein, nicht vorhanden“ angegeben werden, spiele aber im Stellungsverfahren eine große Rolle. Es wurde nicht angegeben, worauf sich diese Aussage genau bezieht. Vermutlich bezieht sie sich jedoch auf die Datenerfassungen zu den Kennzahlen, die sich auf Arbeitsanweisungen, Standards und interne Leitlinien beziehen. Das IQTIG wird diesen Sachverhalt prüfen.

Kennzahl: Präoperative Antiseptik des OP-Feldes

Zur Dokumentation für die Kennzahl zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes ging eine Rückmeldung zu zwei Aspekten von einer LAG ein:

Hinsichtlich der „Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes“ wurde durch Leistungserbringer angegeben, dass die Antiseptikliste durch Entscheidungen der Arzneimittelkommission und nicht der Hygienekommission freigegeben wurde. Nach Auffassung der Fachkommission ist es entscheidend, dass eine autorisierte Freigabe erfolgt ist.

Zudem erschließe sich laut Aussage der LAG der Fachkommission nicht, warum bei den Datenfeldern „Freigabe der internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“, „Antibiotika-Initialtherapie“ und „interner Standard zur Wundversorgung“ und zum „Verbandswechsel“ die Arzneimittelkommission im Fragebogen aufgeführt ist, jedoch nicht beim Datenfeld „Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes“.

Das IQTIG wird diese Rückmeldung prüfen und ggf. mit dem Sektorenübergreifenden Expertengremium auf Bundesebene diskutieren.

Kennzahl: Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

Die meisten der im Bundesqualitätsbericht 2019 ausführlich beschriebenen Optimierungspotentiale sind weiterhin aktuell. Rückmeldungen zu weiteren als den dort beschriebenen Aspekten

gingen nicht ein. Das IQTIG wird prüfen, inwiefern es mit den Spezifikationsempfehlungen für das Jahr 2021 Anpassungen bezüglich der Fragen zur Aufbereitung von Sterilgut geben muss.

Kennzahlen: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie sowie Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention

Die im Bundesqualitätsbericht 2019 adressierten Dokumentationsprobleme sind noch aktuell. Für das Erfassungsjahr 2020 wurden bereits Anpassungen am Dokumentationsbogen beschlossen.

Zudem wurden neue Aspekte zur Erfassung der Daten zu dieser Kennzahl zurückgemeldet. So seien Informationen zum lokalen Erregerspektrum und zur Resistenzlage (ein geforderter Mindestinhalt der Informationsveranstaltungen) den Leistungserbringern nur mit hohem Aufwand und teilweise gar nicht zugänglich. Vereinzelt gab es offenbar Unsicherheiten, welche Form und welchen thematischen Inhalt Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie haben müssen.

Eine LAG gab an, dass von Einrichtungen datenschutzrechtliche Bedenken bei einer derartigen Erfassung geäußert werden, was aber nicht weiter ausgeführt wurde. Vermutlich sind hier Listen mit personenbezogenen Daten gemeint.

Auch wurde von einer LAG zurückgemeldet, dass es vereinzelt Unsicherheiten bei den Leistungserbringern dahingehend gab, welche Form und welchen thematischen Inhalt Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie sowie zur Hygiene und zur Infektionsprävention haben müssen.

Die Fragen zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention können im Bogen für das Erfassungsjahr bei korrekter Dokumentation nicht abgeschlossen werden, wenn angegeben werden müsste, dass Daten zwar erhoben worden sind, dies jedoch nicht in der abgefragten Art und Weise geschah. Für das Jahr 2020 wurde eine Anpassung beschlossen, die dazu führt, dass der Bogen auch in diesen Fällen abgeschlossen werden kann. Zudem geht aus der Zusatzbezeichnung der Datenfelder zu den Berufsgruppen bis zum Erfassungsjahr 2021 nicht eindeutig hervor, ob sich die Grundgesamtheit / der Nenner auf alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Leistungserbringers bezieht oder nur – wie intendiert – auf die jeweilige Mitarbeitergruppe. Hierzu wird das IQTIG Anpassungsempfehlungen abgeben. Derzeit geht diese Kennzahl nicht in die Berechnung der Indikatoren ein.

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement

Schon zum Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung im letzten Jahr wurde von Leistungserbringern darauf hingewiesen, dass die Bedeutung der Abfrage zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement insofern unklar ist, als dass entweder die Anforderungen gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V gemeint sind, oder darüberhin-
ausgehende Anforderungen. Das IQTIG wird dies prüfen und ggf. Anpassungen empfehlen.

Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene

Der im Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung 2019 beschriebene Sachverhalt ist noch aktuell. Die Fragen zu dieser Kennzahl sind laut Expertinnen und Experten und laut Rückmeldungen von der Landesebene zu unspezifisch formuliert. Die Berechnung der Kennzahl wird daher bis zu einer Anpassung ausgesetzt und eine mögliche Überarbeitung überprüft.

Optimierungsbedarf hinsichtlich der fallbezogenen Dokumentation

Eine Reihe von Problemen mit der fallbezogenen Dokumentation wurde in den letzten Jahren adressiert, sodass von den LAG nur noch wenige Anmerkungen hierzu übermittelt wurden.

Es liegt eine Rückmeldung bezüglich der Datenfelder zum Aufnahme- und Entlassdatum vor. Hier wird bisher nur das Vorgehen bei DRG-Fallzusammenführungen beschrieben, sodass offenbleibt, wie genau die Dokumentation im PEPP-System erfolgen soll. Das IQTIG prüft, ob und welche Empfehlungen zur Anpassung zum Erfassungsjahr 2021 erforderlich sind und empfohlen werden.

Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass den Leistungserbringern die quartalsweise Dokumentation im QS-Verfahren *QS WI* schwer vermittelbar sei, wenn gleichzeitig die entsprechenden Rückmeldungen erst mit großem Verzug bei den Leistungserbringern eingehen.

5.3.2 Optimierungsbedarf hinsichtlich einzelner QI, der dazugehörigen Rechenregeln oder der QI-Ergebnisse

Zu den Rechenregeln liegen von den LAG auch in diesem Jahr Rückmeldungen dahingehend vor, dass diese als zu umfangreich und komplex für ein transparentes QS-Verfahren empfunden werden und dass die Interpretation der Ergebnisse entsprechend schwerfällt. Die Ergebnisse seien zudem zum Teil durch die Befragungslogik und den Interpretationsspielraum, den der Fragebogen lasse, verzerrt.

Konkret wurde für den Bericht 2019 darauf verwiesen, dass inhaltlich nicht nachvollziehbar sei, dass interne Standards, Leitlinien und Empfehlungen jährlich überprüft werden müssten. Auch das Sektorenübergreifende Expertengremium auf Bundesebene ist der Ansicht, dass dies zu streng gehandhabt werde und der Zeithorizont erweitert werden sollte. Das IQTIG wird eine Anpassung prüfen.

Weiterhin wird wiederholt die Gleichgewichtung der Kennzahlen in den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement in Verbindung mit einem perzentilbasierten Referenzbereich auch in den Rückmeldungen zum vorliegenden Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung kritisiert, da auch bei einer Reihe von Abweichungen von allgemein als notwendig definierten Standards noch rechnerische Unauffälligkeiten erreicht werden können. Das Thema wurde bereits mit den Expertinnen und Experten des Sektorenübergreifenden Expertengremiums diskutiert. Eine entsprechende Weiterentwicklung würde jedoch einen deutlichen Aufwand bedeuten und kann derzeit nicht realisiert werden.

Auch das Vorgehen, dass die endgültigen Rechenregeln nicht gleichzeitig mit den Rückmeldeberichten zur Verfügung stehen, wird kritisch gesehen. Es wird darauf verwiesen, dass die Veröffentlichung der endgültigen Rechenregeln am 19. September 2019 erfolgte, das Stellungnahmeverfahren jedoch gleichzeitig in der Zeit vom 30. Juni bis zum 31. Oktober 2019 durchgeführt werden sollte.

Bezüglich der Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen wird darauf hingewiesen, dass vermutlich keine Fragen hierzu vorliegen, da keine Ergebnisse zurückgespiegelt wurden. Es könne aufgrund dessen jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass kein Optimierungsbedarf vorliege.

Die Sinnhaftigkeit der Kennzahlen zum Vorliegen von z. B. Standards und internen Leitlinien wird hinterfragt. Hier sei es zielführender, das tatsächlich geleistete Infektions- und Hygienemanagement vor Ort zu überprüfen.

5.3.3 Überprüfung der Datenzusammenführung aus den beiden Datenquellen Sozialdaten bei den Krankenkassen und fallbezogene Dokumentation

Die angeforderten Sozialdaten bei den Krankenkassen liegen derzeit nicht in ausreichender Vollständigkeit vor, sodass u. a. mindestens 10 % der diagnostizierten Wundinfektionen nicht mit Tracer-Operationen verknüpft werden können. Ein valider Einrichtungvergleich anhand der zu berechnenden Indikatoren ist entsprechend derzeit nicht möglich. Ob und wenn ja in welcher Form Rückmeldungen im Jahr 2020 dennoch möglich sind, wird derzeit vom IQTIG geprüft.

5.3.4 Überprüfung der Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen sind unproblematisch. Problematisch könnte jedoch sein, dass die letzte geplante Datenlieferung zum Erfassungsjahr 2017 bereits eingegangen ist. In dieser fehlten jedoch viele relevante Datensätze. Da eine weitere Datenlieferung nicht vorgesehen ist, wird eine vollständigere Auswertung zum Erfassungsjahr 2017 auch in Zukunft nicht möglich sein.

5.3.5 Überprüfung der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte

Mehrere LAG fordern eine frühere Übermittlung der Rückmeldeberichte, möglichst schon deutlich vor dem 30. Juni. Von einer LAG wird auf die Urlaubszeit verwiesen. Zwei andere LAG verweisen darauf, dass so schon frühzeitig mit Korrekturmaßnahmen angefangen werden könne.

Aus Sicht des IQTIG sind die Termine für die Rückmeldeberichte unproblematisch. Wünschenswert wäre ein Streichen der Quartalsberichte, da die Leistungserbringer aufgrund der großen Verzögerung zwischen Datenerfassung und Zurverfügungstellung der Berichte ohnehin nicht auf Entwicklungen, die in den Quartalsberichten deutlich werden, reagieren können. Sollte in Zukunft eine schnellere Übermittlung möglich sein, wäre auch eine Wiedereinführung zu überdenken.

5.3.6 Funktionalität und Praktikabilität der Auslösung der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Datenerfassung

Optimierungsbedarf der QS-Auslösung stationär (fallbezogen)

Seit Beginn des Verfahrens ist die Spezifikation von einigen Softwareherstellern nicht korrekt umgesetzt worden, sodass der Bogen auch dann ausgelöst wurde, wenn nur Teilbedingungen des Filters erfüllt waren. Dieses Problem ist den Softwareherstellern bekannt. Zuletzt sind die Rückmeldungen hierzu deutlich zurückgegangen, sodass eine Entschärfung der Situation angenommen wird.

Optimierungsbedarf der QS-Auslösung (einrichtungsbezogen)

Die folgenden auch schon im Bundesqualitätsbericht beschriebenen Sachverhalte sind weiterhin aktuell und wurden auch in den Rückmeldungen von den LAG zu dem vorliegenden Bericht wieder adressiert.

Eine Zusammenlegung der Bögen NWIEA und NWIES erscheint sinnvoll für eine praktikablere Dokumentation. Dies setzt jedoch eine Beauftragung zur Anpassung der Spezifikation voraus, da dies nicht im Rahmen der Verfahrenspflege realisiert werden kann.

Zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes für die Belegärztinnen und -ärzte schlägt das IQTIG für die Spezifikation 2021 eine technische Anpassung vor. Dies würde für den Großteil der Belegärztinnen und -ärzte und wahrscheinlich auch für die meisten ermächtigten Leistungserbringer zu einer Reduktion des Dokumentationsaufwands führen. Für das Operieren in ambulanten Operationszentren konnte jedoch bisher keine Lösung gefunden werden.

Es gab eine Rückmeldung von einer LAG dazu, dass der Aufwand nicht gerechtfertigt sei, wenn ein Leistungserbringer den Bogen ausfüllen muss, weil er wegen eines einzigen Tracer-Eingriffs ausgelöst wurde. Hier wird von der LAG eine Ausweitung der Auslösung auf alle Quartale eines Jahres vorgeschlagen. Dies würde für die Leistungserbringer mit einem Fall jedoch nicht mit einer Änderung einhergehen, da nicht je Quartal mindestens ein Fall abgerechnet worden sein muss. Ein Fall im gesamten Zeitraum genügt. Außerdem ist, wie schon im letzten Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung dargestellt, eine Auslösung über alle vier Quartale eines Jahres nicht möglich, da die Informationen zur Auslösung dann nicht mehr in jedem Fall pünktlich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung stehen können.

Von einer LAG wurde darauf hingewiesen, dass es nach wie vor unklar sei, ob rein belegärztliche Krankenhäuser dazu verpflichtet seien, die einrichtungsbezogene Befragung (NWIES) durchzuführen. Diese Problematik wurde bereits mit der Arbeitsgruppe DeQS-RL diskutiert. Es wurde konsentiert, dass das IQTIG die Dokumentation durch reine Belegkliniken mit den nächsten Spezifikationsempfehlungen 2021 explizit vorsehen wird.

IKNR/BSNR Wechsel oder Schließung einer Abteilung bzw. einer Einrichtung

Für den ambulanten Bereich wurde von einer LAG zurückgemeldet, dass Einrichtungen ausgelöst wurden, die ihre einzige operierende Nebenbetriebsstätte verkauft hätten und dass im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens niemand mehr Auskunft hätte geben können.

Wenn ein ausgelöster Leistungserbringer unterjährig seine Tätigkeit einstellt oder die Struktur stark verändert, wenn z. B. ein Standort wegfällt, ist eine Dokumentation ggf. nicht mehr möglich oder sinnvoll. Der Sachverhalt ist weiterhin aktuell. Auch in diesem Jahr gab es hierzu wieder Rückmeldungen. Im Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung ist dieser Sachverhalt ausführlich dargestellt.

Hierauf hat der G-BA in seinem Beschluss über eine Änderung der DeQS-RL und des darin enthaltenen Verfahrens 2 (QS WI) vom 19. Dezember 2019 reagiert und festgelegt, dass Einrichtungen, die im Laufe eines Erfassungsjahres die Erbringung dieser maßgeblichen Operationen dauerhaft beendet haben, nicht mehr dokumentationspflichtig sind. Strukturveränderungen sind mit dieser Anpassung jedoch nicht adressiert.

Ausschluss von Verbringungsleistungen als Auslöser für die Dokumentationspflicht

Der QS-Filter definiert, dass Dokumentationsbögen auch dann ausgelöst werden, wenn die Eingriffe ausschließlich Verbringungsleistungen von Dritten waren. Es liegen Hinweise von LAG vor, dass den betroffenen Kliniken teilweise unklar ist, wie sie in solchen Situationen vorzugehen haben. Das IQTIG wird prüfen, ob die Spezifikation so angepasst werden kann, dass der Umgang mit solchen Auslösungen einfacher wird.

5.3.7 Optimierungsbedarfe bzgl. der Bereitstellung der Spezifikation und des Datenexports

Optimierungsbedarf bzgl. der Bereitstellung der Spezifikation

Es liegen keine Hinweise auf Optimierungsbedarf bezüglich der regulären Veröffentlichungszeitpunkte der Spezifikationen zum QS-Verfahren QS WI vor. Aufgrund der Ressourcenlage beim IQTIG konnte die Spezifikation zur einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für das Erfassungsjahr 2019 erst zum 31. Oktober 2019 für die Softwarehersteller zur Verfügung gestellt werden, weshalb für diese nur noch wenig Zeit zur Umsetzung blieb.

Optimierungsbedarf des Datenexports

Zum Datenexport liegen keine neuen Hinweise vor. Zum Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung, der im Jahr 2019 zur Verfügung gestellt wurde, wurde von den Landesstellen angemerkt, dass Dokumentationsbögen nicht exportiert werden können, wenn nicht alle Fragen beantwortet wurden. Eine mögliche Anpassung der Spezifikation 2021 wird derzeit vom IQTIG überprüft.

5.3.8 Zeitpunkt der Auslösung

Es liegen wie schon im Vorjahr keine Hinweise auf Optimierungsbedarfe hinsichtlich des Zeitpunkts der Auslösung vor.

5.3.9 Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung (z. B. stationäre und ambulante Operationen in denselben Räumlichkeiten, Belegärztinnen und Belegärzte, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, Krankenhausstandorte)

Am häufigsten wiesen die befragten LAG auf Probleme bei der einrichtungsbezogenen Dokumentationspflicht hin. Die Dokumentationspflicht bezieht sich für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation auf die der IKNR bzw. BSNR zugeordneten Einrichtung, unabhängig davon, an welchem Standort die Operationen durchgeführt werden (z. B. in einem Krankenhaus oder einem AOP-Zentrum). Bezogen auf diese so definierte Einheit sind auch die Fragen zu beantworten. Einzig zu den Fragen zur „Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien“ wird davon abgewichen. Diese Fragen sollen bezogen auf den Ort der Leistungserbringung beantwortet werden, an dem die meisten Operationen durchgeführt werden.

Diese Regelung führt offenbar immer wieder zu Missverständnissen. Ein Beispiel, das von einer LAG genannt wurde: Einrichtungsbezogen sei Leistungserbringern nicht immer klar, dass bei Nutzung eines externen inkl. OP-Personal angemieteten Operationssaales die Informationen zur Beantwortung der Fragen des QS-Dokumentationsbogens vom Betreiber des Operationssaales eingeholt werden müssen. Des Weiteren liegen Rückmeldungen vor, dass der im Dokumentationsbogen genutzte Begriff „Einrichtung“ nicht immer eindeutig verstanden werde.

Auch wurde von den LAG darauf hingewiesen, dass die Dokumentationspflicht in komplexeren Strukturen wie z. B. einem MVZ zu einem hohen Koordinationsaufwand führe. Es sei schwierig, Ansprechpartner zu benennen, welche die Dokumentation koordinieren. Es wird darüber hinaus darauf hingewiesen, dass Leistungserbringern jegliche Transparenz fehle, welche Leistungen welcher Ärztin bzw. welchem Arzt intern zugeordnet würden. Auch wurde der Datenschutz als Problem gesehen, wenn in größeren Einrichtungen ein Arzt oder eine Ärztin für mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte mitdokumentiere. Diese Rückmeldungen waren jedoch wenig ausführlich und wurden nur von einzelnen LAG benannt, daher wird dazu hier keine Stellung bezogen.

Eine LAG weist darauf, hin, dass AOP-Zentren oder Krankenhäuser, an denen ambulant operiert wird, teilweise die für die Dokumentation erforderlichen Daten nicht zur Verfügung stellen würden. Um dieser Problematik zu begegnen, wird im G-BA bereits diskutiert, inwiefern die Datenbereitstellung für OP-Zentren oder Krankenhäuser verpflichtend ist und inwiefern hierzu weitere Regelungen notwendig sind.

Das IQTIG prüft die o. a. Sachverhalte und wird ggf. Anpassungen der Spezifikation 2021 empfehlen.

5.3.10 Aufwand-Nutzen-Relation der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation

Die LAG wurden im semistrukturierten Fragebogen gebeten, das Aufwand-Nutzen-Verhältnis der fallbezogenen QS-Dokumentation einzuschätzen (Tabelle 22).

Tabelle 22: Einschätzung der Landesarbeitsgemeinschaften zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation

Einschätzungen der Landesarbeitsgemeinschaft zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis					
sehr gut	gut	ausgeglichen	schlecht	sehr schlecht	keine Antwort
0	0	0	3	5	4

Die Aufwand-Nutzen-Relation der fallbezogenen QS-Dokumentation wird dreimal als schlecht und fünfmal als sehr schlecht eingestuft. Viermal wurde die Frage nicht beantwortet. Kritisch gesehen wird – gemäß Aussage der LAG – der hohe Dokumentationsaufwand über viele Fachabteilungen hinweg über mittlerweile drei Jahre, ohne dass es bisher Rückmeldeberichte dazu gibt.

Eine LAG äußert Zweifel, inwiefern der fallbezogene Teil des QS-Verfahrens zu zufriedenstellenden Ergebnissen bei annehmbarem Aufwand führen könne:

„Es dürfte schwierig sein, eine Kausalkette beim Auftreten von nosokomialen Infektionen aufzustellen, da lediglich auf den Erbringer der Tracer-Operation fokussiert wird, aber [auf] andere Faktoren, die zur Entstehung der Infektion führten oder diese begünstigten, im QS-Verfahren nicht eingegangen wird/werden kann. Wollte man patientenspezifische Einflüsse (z. B. Ko-Erkrankungen) lediglich aus den Sozialdaten der Krankenkassen (deren genaue Strukturen sich unserer Erkenntnis entziehen) entnehmen, würde dies eine vollständige Erfassung voraussetzen, die aber derzeit nicht gegeben ist, da es sich um Abrechnungsdaten handelt. Diese wiederum unterliegen speziellen Kodierungsvorschriften. Abgerechnet werden kann eine Diagnose im Krankenhaus z. B. nur dann, wenn ein Ressourcenverbrauch nachgewiesen werden kann.

Außerdem ist für die Geschäftsstelle überhaupt nicht einschätzbar, wie viele auffällige Fälle bzw. Leistungserbringer zu erwarten sein werden und damit, wie hoch der Aufwand im Stellungnahmeverfahren sein wird. Darüber hinaus ist in Ermangelung jeglicher Ergebnisse bisher auch unklar, wie ein Stellungnahmeverfahren mit dem Leistungserbringer, der die Tracer-Operation durchgeführt hat, überhaupt aussehen/ablaufen könnte. Bestimmte Fragestellungen erscheinen in speziell aufgelegten prospektiven epidemiologischen Studien in einem kleineren Umfang besser bearbeitbar.“

5.3.11 Aufwand-Nutzen-Relation der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation

Die LAG wurden im semi-strukturierten Fragebogen gebeten, das Aufwand-Nutzen-Verhältnis der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation einzuschätzen (Tabelle 23). Die LAG wurden gebeten, dies einzuschätzen und ggf. schriftlich weitere Kommentare hierzu abzugeben.

Tabelle 23: Einschätzung der Landesarbeitsgemeinschaften zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation

Einschätzungen der Landesarbeitsgemeinschaft zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis					
sehr gut	gut	ausgeglichen	schlecht	sehr schlecht	keine Antwort
0	0	3	5	1	3

Die Aufwand-Nutzen-Relation der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wird drei Mal als ausgeglichen, fünf Mal als schlecht und einmal als sehr schlecht eingestuft. Drei Mal wurde die Frage nicht beantwortet.

Eine LAG führt aus, dass deutschlandweit deutlich mehr ambulante Leistungserbringer ausgelöst werden, als überhaupt nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen auftreten. Es wird daher eine zielgerichtete Auslösung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bei tatsächlich festgestellten Wundinfektionen vorgeschlagen.

Weiterhin werden die jährliche Dokumentationsverpflichtung und die zahlreichen Fragen im Dokumentationsbogen als zu aufwändig im Vergleich zum daraus resultierenden Nutzen gesehen. Wenn Vorgaben erfüllt seien, solle auf ein nochmaliges Abfragen verzichtet werden, was das Aufwand-Nutzen-Verhältnis verbessern würde.

Als den Nutzen reduzierend werden die inhaltlich reduzierten Berichte, der teilweise große Interpretationsspielraum bei den Fragen im Dokumentationsbogen, die Tatsache, dass die zu dokumentierenden Daten oft in anderen Zusammenhängen bereits erfasst werden (z. B. bei Kontrollen von Gesundheits- und Gewerbeaufsichtsämtern), die mangelnde Transparenz bei der Berechnung des Index und die fehlenden Ergebnisse zu den Wundinfektionsindikatoren genannt.

Angezweifelt wird der Nutzen der Teilnahme am Verfahren, wenn es nur aufgrund von einzelnen Tracer-Operationen im ersten Halbjahr zur Dokumentationsverpflichtung kommt. Weiter begründet wurde dies jedoch nicht.

Die schwer zu ermittelnden Daten zum Händedesinfektionsmittelverbrauch, ein hoher Personalaufwand für Praxen, die hohen Kosten für das Erfassungstool, die vielen Ausfüllhinweise und die Notwendigkeit Informationen von externen Dienstleistern einzuholen werden als Faktoren für einen besonders hohen Dokumentationsaufwand genannt.

Positiv herausgestellt wird von einer LAG, dass die Leistungserbringer, die im Stellungnahmeverfahren kontaktiert wurden, auch reagiert haben und teilweise Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet wurden und dass die Angaben zum Hygiene- und Infektionsmanagement repräsentativ erscheinen.

5.3.12 Validität der erhobenen Daten und der aus allen Datenquellen ermittelten einrichtungs-, landes- und bundesbezogenen Ergebnisse

Wie schon im letzten Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung beschrieben, ist bis auf die bekannten Dokumentationsprobleme, die in diesem Bericht an anderen Stellen dargelegt werden, noch keine Aussage möglich, da noch keine Datenvalidierung durchgeführt wurde und keine Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren hierzu vorliegen. Jedoch zeichnet es sich ab, dass die Datenvalidierung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation voraussichtlich nicht in allen Fällen ohne weiteres möglich sein wird, da für viele der Sachverhalte, die abgefragt werden, keine primäre Dokumentation vorgeschrieben ist, mit der die QS-Dokumentation abgeglichen werden könnte.

5.3.13 Rückmeldeberichte nach § 10 und länderbezogene Auswertungen nach § 11 DeQS-RL

Wie schon im letzten Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung dargestellt, wird von vielen LAG die aus Ressourcengründen reduzierte Form der zuletzt zur Verfügung gestellten Rückmeldeberichte und länderbezogenen Auswertungen adressiert.

Wünschenswert für zukünftige Berichte:

- Eine Einzeldarstellung der Kennzahlen zur Indexberechnung
- Eine Rückmeldung dazu, wie genau die Fragen im Bogen dokumentiert worden sind
- Eine graphische Aufbereitung der Ergebnisse
- Ein Vergleich mit Leistungserbringern auf der Landesebene
- Die Aufnahme der Beschreibung und Zielsetzung der Indikatoren und Indikatorengruppen
- Die Aufnahme von Zähler- und Nenner-Informationen der Indikatoren
- Dass die im CSV-Format übermittelten Ergebnisse leserfreundlicher dargestellt werden
- Dass die Rückmeldeberichte direkt als PDF zur Verfügung gestellt werden und nicht in einer ZIP-Datei
- Dass die Kennzahlen, die zum QI gehören, in den Rückmeldeberichten nicht mit der ID des Indikators, sondern mit einer eigenen ID versehen werden
- Dass möglichst die Fachrichtung des jeweiligen Leistungserbringers im Rückmeldebericht angegeben wird
- Dass die Rückmeldeberichte bis spätestens sechs Wochen nach Eingang der Daten zur Verfügung gestellt werden.

Das IQTIG wird die Umsetzbarkeit dieser Punkte für die nächsten Rückmeldeberichte prüfen. Darüber hinaus wurde aus einem Bundesland zurückgemeldet, dass es Probleme bei der Zuordnung von Pseudonymen gegeben habe. Das IQTIG wird dies ebenfalls prüfen.

5.3.14 Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten

Die reduzierte Form der Rückmeldeberichte, die Komplexität der Rechenregeln und die späte Veröffentlichung der endgültigen Rechenregeln im letzten Jahr führte laut LAG-Rückmeldungen zu erhöhtem Aufwand bei der Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten.

Insbesondere sei die Bewertung von Ergebnissen der Index-Indikatoren häufig schwierig, da unterschiedliche Faktoren bei den einzelnen Kennzahlen zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis geführt haben können, z. B. da die Bewertung für den ganzen Indikator vorgenommen werden muss, bei den Kennzahlen ein Mix aus Dokumentationsfehlern, Missverständnisse des Bogen, Fehlen von Prozessen/Leitlinien/Arbeitsanweisungen vorliegen und z. T. einige Kennzahlen nicht durch den ausgelösten Leistungserbringer zu verantworten sind. Hier wird eine Auswertung auf Kennzahlebene empfohlen. Auch sei eine Beurteilung der rechnerischen Auffälligkeiten der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens schwierig, wenn nicht bekannt sei, welche Fachgebiete der Auffälligkeit zugrunde liegen würden und wenn keine Ergebnisse zu Infektionsindikatoren vorliegen würden.

5.3.15 Durchführung der QS-Verfahren sowie Bewertungsprozesse und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

Eine LAG meldete zurück, dass aufgrund fehlender endgültiger Rechenregeln und der reduzierten Berichte kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde, da eine qualitative Bewertung der Leistungserbringer so nicht möglich gewesen sei. Der erhöhte Aufwand aufgrund der reduzierten Berichte wird auch von weiteren LAG genannt. Eine andere LAG meldete zurück, dass aufgrund der vielfältigen Schwierigkeiten des Verfahrens das diesjährige Stellungnahmeverfahren in erster Linie genutzt wurde, um einen Überblick zu bekommen, wie die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung zustande gekommen sind und um Rückmeldung an die Leistungserbringer geben zu können, konkret auch im Hinblick auf die anstehende Einrichtungsbefragung sowie um Feedback für das IQTIG zur Weiterentwicklung des Verfahrens herauszuarbeiten.

Von einer weiteren LAG wird berichtet, dass alle Leistungserbringer, die im Stellungnahmeverfahren um Rückmeldung gebeten wurden, sich mit den Fragen der Fachkommission beschäftigt haben und diese ausführlich beantwortet wurden. Es bestehe jedoch u. a. aufgrund der reduzierten Rückmeldeberichte nur noch wenig Akzeptanz bei den Leistungserbringern und es würde immer wieder ein negatives Aufwand-Nutzen-Verhältnis des Verfahrens beklagt. Dass die Leistungserbringer weiterhin am hygiene- und infektionsbezogenen Teil des Verfahrens teilnehmen, sei nach Ansicht der LAG fraglich.

Zur QSEB-Spezifikation liegen mehrere Rückmeldungen vor. Hier wird u. a. adressiert, dass es notwendig sei, die Einstufungsmöglichkeit in eine Restklasse vornehmen zu können, da nicht alle Konstellationen den Kategorien „auffällig“ oder „unauffällig“ zugeordnet werden könnten. Außerdem fehlten wichtige Kategorien, wie z. B. „keine Bewertung möglich“. Aufgrund dessen müsse häufig „Sonstiges“ als Grund für die Bewertung angegeben werden.

Auch solle die Begründung „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ aufgenommen werden, da diese Bewertungen entsprechend der Spezifikation zum QSEB derzeit nur unter „Sonstiges“ gefasst werden könnten.

Das Bewertungsschema erscheine insgesamt zu starr, weshalb die Auswahl mehrerer Begründungsschlüssel zur Bewertung eines Leistungserbringers ermöglicht werden solle. Denn oftmals treffe nicht nur eine einzige Begründung, sondern eine Kombination von Begründungen zu. Bei den Datenfeldern zu den „qualitätssichernden Maßnahmen“ und zur qualitativen Bewertung

der Ergebnisse solle weiterhin die Auswahl „Sonstiges“ enthalten sein, da eine Bewertung als qualitativ auffällig bzw. unauffällig zum jetzigen Zeitpunkt der Verfahrensumsetzung nicht immer möglich sei.

Das IQTIG wird die Anmerkungen intern prüfen und ggf. die QSEB-Spezifikation entsprechend anpassen.

5.3.16 Zusammensetzung der Fachkommission nach § 14

Bezüglich der Zusammensetzung der Fachkommissionen wird von vielen LAG angemerkt, dass gemäß DeQS-RL im Vergleich zu Fachgruppen gemäß QSKH-RL eine große Zahl an Mitgliedern vorgesehen sei. Eine Besetzung gemäß Richtlinie sei in der Praxis schwer bis gar nicht umsetzbar und erschwere die Terminfindung. Es wird deshalb vorgeschlagen, die Größe der Fachkommissionen zu reduzieren (eine LAG schlägt 8 Personen als Maximum vor), oder dass Expertinnen und Experten bestimmter Fachgebiete nur im Bedarfsfall herangezogen werden und nicht an allen Sitzungen teilnehmen müssen. Ein weiterer Vorschlag ist, dass je Fachgebiet nur eine Expertin oder ein Experte jeweils entweder aus dem ambulanten oder aus dem stationären Bereich an den Sitzungen teilnimmt.

5.3.17 Sonstige Hinweise auf Optimierungsbedarfe

Von einzelnen LAG wird darauf hingewiesen, dass Kliniken teure QS-Software kaufen müssten, um herauszufinden, ob sie dokumentationspflichtig sind. Weiterhin wird dargestellt, dass Fragen zur Vergütung des Verfahrens gestellt werden und dass die Kommunikation zwischen dem IQTIG und den Datenannahmestellen verbessert werden könne. Hierzu werden die verspätete Lieferung der Spezifikation und die Nutzung von E-Mail-Verteilern als Beispiel genannt.

Das IQTIG wird bezüglich der geschilderten Kommunikationsprobleme Optimierungen prüfen.

6 Zusammenfassung und Empfehlungen

Das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* gliedert sich in zwei Teile, eine fallbezogene QS-Dokumentation mit Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen und einen einrichtungsbezogenen Teil, in dem einmal jährlich die Einhaltung der Prozesse bezogen auf das Hygiene- und Infektionsmanagement abgefragt werden.

Zu den Indikatoren zu postoperativen nosokomialen Wundinfektionen (fallbezogene QS-Dokumentation) können derzeit noch keine Ergebnisse berichtet werden, da die Sozialdaten bei den Krankenkassen noch nicht mit ausreichender Vollständigkeit vorliegen und der Anteil an Sozialdaten, die mit den QS-Dokumentationsdaten verknüpft werden können, nur bei 90% liegt. Dies reicht noch nicht für statistisch vergleichende Auswertungen aus. Derzeit wird geprüft, wann voraussichtlich das IQTIG erstmals belastbare Daten berichten kann und welche sich für einen solchen Erstbericht eignen.

Die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement werden einrichtungsbezogen erfasst. Für den einrichtungsbezogenen Teil der QS-Dokumentation konnte bisher noch kein Soll-Ist-Abgleich spezifiziert werden. Für das Erfassungsjahr 2019 enthielt die DeQS-RL keine Vorgaben zur Spezifikation des Soll-Ist-Abgleichs. Es kann somit derzeit für das Erfassungsjahr 2019 nicht nachvollzogen werden, wie viele Einrichtungen bzw. Leistungserbringer zur Abgabe eines Dokumentationsbogens verpflichtet waren. Daher ist es derzeit noch nicht möglich, Aussagen über die bundesweite Versorgungsqualität bezüglich der Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen zu treffen, die alle Einrichtungen betreffen. Eine grobe Schätzung zur erwarteten Anzahl ambulant und stationär teilnehmender Einrichtungen, wie sie in der empirischen Prüfung vor Start des Regelbetriebs angegeben wurden, ist möglich. Demnach haben nur die Hälfte der ambulant operierenden Krankenhäuser, etwa zwei Fünftel der Praxen/MVZ sowie etwa drei Viertel der stationär operierenden Krankenhäuser Daten zum einrichtungsbezogenen Teil des QS-Verfahrens übermittelt. Die Bewertung der Ergebnisse kann daher nur für die ambulant und stationär operierenden Leistungserbringer erfolgen, die QS-Daten für dieses Verfahren übermittelt haben.

Die Ergebnisse zu den Indikatoren zum „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (ID 1000) sowie zum „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) haben sich im Vergleich zum Vorjahr geringfügig verbessert. Dennoch gibt es insbesondere Verbesserungspotenzial bezüglich der Kennzahlen „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“, „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie“, „Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff“, „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie“, „Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement“

Im Erfassungsjahr 2018 wurde, wie im Vorjahr, nicht in allen Bundesländern ein Stellungnahmeverfahren zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement durchgeführt. Insgesamt haben 11 Landesarbeitsgemeinschaften Qualitätssicherungsergebnisberichte mit den Ergebnissen zum Stellungnahmeverfahren zum EJ 2018 an das IQTIG übermittelt. Von den 11 Landesarbeitsgemeinschaften, die diese übermittelt haben, haben 6 Landesarbeitsgemeinschaften teilweise Gründe dafür genannt, dass kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde. Dazu zählen die fehlenden Angaben zur Vollständigkeit („Soll“) bezogen auf die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement), die fehlende Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse der Index-Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement aufgrund der reduzierten Rückmeldeberichte einschließlich der fehlenden Angaben zu den Kennzahlergebnissen der Index-Indikatoren (IDs 1000, 2000) sowie die fehlende Nachvollziehbarkeit der endgültigen Rechenregeln, da die endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2018 noch nicht zu Beginn des Stellungnahmeverfahrens vorlagen, da sie noch nicht beschlossen waren.

Die diesjährigen Rückmeldeberichte zum EJ 2019 für die ambulant und/oder stationär operierenden Leistungserbringer enthielten, wie in den Vorjahren, die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (IDs 1000, 2000) sowie die Ergebnisse der Transparenzkennzahlen zum Händedesinfektionsmittelverbrauch (IDs 1001, 2001, 2002). Zusätzlich wurden die Ergebnisse der Kennzahlen, die in die Berechnung der Index-Indikatoren eingehen, berichtet. Die Kennzahlergebnisse, die nicht in die Berechnung der Index-Indikatoren eingehen, wurden als Transparenzkennzahlen ausgewertet. In den Rückmeldeberichten der Leistungserbringer wurden die jeweiligen Angaben des Leistungserbringers aus der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation ergänzt. In den diesjährigen Rückmeldeberichten können nun die QI- und Kennzahlergebnisse auf Leistungserbringerebene genau nachvollzogen werden, womit ein wichtiger Kritikpunkt, der zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung zurückgemeldet wurde, adressiert wurde.

In den Rückmeldungen zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung, die sich insbesondere auf das Erfassungsjahr 2018 bezogen hat, wird seitens der Landesarbeitsgemeinschaften häufig dargestellt, dass die Akzeptanz des Verfahrens stark beeinträchtigt sei und dass der Aufwand des Verfahrens im Vergleich zum erwarteten Nutzen als zu hoch eingeschätzt werde. Diese Diskrepanz des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses wird für die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (einrichtungsbezogener Teil des Verfahrens) als etwas schwächer ausgeprägt eingeschätzt als bei den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (fallbezogener Teil des Verfahrens). Das wird damit begründet, dass zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen noch keine Auswertungen vorliegen. Die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (einrichtungsbezogener Teil des Verfahrens) werden hingegen als grundsätzlich guter Ansatz beschrieben.

Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement gibt es einen großen Anpassungsbedarf. Dieser konnte bislang noch nicht vollständig zum Erfassungsjahr 2020 umgesetzt werden. Für das Erfassungsjahr 2021 wurden umfangreiche inhaltliche Änderungen empfohlen. Das IQTIG empfiehlt weitere Anpassungen, um

alle bereits bekannten und zurückgemeldeten Anpassungsbedarfe umzusetzen. Dazu zählen insbesondere die Bogenumstrukturierung, aber auch inhaltliche Anpassungen in den Dokumentationsbögen.

Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation waren zum Erfassungsjahr 2020 noch keine Vorgaben zur Vollständigkeit („Soll“) in der DeQS-RL enthalten, gleichzeitig bestand großer Anpassungsbedarf des Dokumentationsbogens, der für das Erfassungsjahr 2020 noch nicht vollständig adressiert werden konnte. Daher sollte erwogen werden, die Dokumentation zumindest für das Jahr 2020 auszusetzen und erst nach der Überarbeitung des Dokumentationsbogens und der Realisierung des Soll-Ist-Abgleichs erstmals wieder im Erfassungsjahr 2021 durchzuführen. Der Vorschlag, die Befragung erst nach umfassender Überarbeitung wiederaufzunehmen, wurde auch von einer LAG vorgebracht. Daran anschließend empfiehlt das IQTIG, die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation dann erst wieder im Jahr 2023 durchzuführen. Grund dafür ist die umfassende Anpassung des Dokumentationsbogens, nach der ausreichend Zeit zur Verfügung stehen sollte, um Rückmeldungen einzuholen und darauf basierend Anpassungen umzusetzen.

Mit Abschluss des Erfassungsjahres 2020 werden aus vier Erfassungsjahren Daten zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (fallbezogener Teil des QS-Verfahrens *QS WI*) vorliegen. Anhand dieser Daten kann geprüft werden, wie gut eine Verknüpfung von Daten der Primärinterventionen und von Daten der infektiösen Folgeereignisse erfolgen kann. Damit können voraussichtlich auch erste Stellungnahmeverfahren zu den Indikatoren zu nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen durchgeführt werden. Auf Basis dieser vier Erfassungsjahre soll geprüft werden, inwiefern noch Anpassungs- und ggf. Weiterentwicklungsbedarf im Hinblick auf die Erfassung der Daten zur postoperativen nosokomialen Infektionen (fallbezogene QS-Dokumentation) besteht. Da der Umfang des Anpassungs- und ggf. Weiterentwicklungsbedarfs derzeit noch nicht absehbar ist, empfiehlt das IQTIG für das Erfassungsjahr 2021, die QS-Dokumentation zu postoperativen nosokomialen Wundinfektionen (fallbezogene QS-Dokumentation) auszusetzen, um diese dann, nach Umsetzung der ggf. notwendigen Anpassungen, mit größerer Akzeptanz bei den Leistungserbringern für das Erfassungsjahr 2022 wiedereinzusetzen.

Aufgrund der dargestellten Sachverhalte kann das QS-Verfahren *QS WI* voraussichtlich innerhalb der Erprobungsphase nicht so weit verbessert werden, dass an deren Ende bereits eine abschließende Entscheidung zur Weiterführung möglich erscheint. Das IQTIG empfiehlt daher, eine Verlängerung der Erprobungsphase in Betracht zu ziehen.

7 Anhang: Ergebnisse der Qualitätssicherungsergebnisberichte zum Erfassungsjahr 2018

Tabelle 24: Ergebnisse zur Anzahl der rechnerisch auffälligen Standorte (EJ 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	kein Ergebniswert, da entsprechende Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind	Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs	Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs	Besonders guter Ergebniswert	Auffällig schlechter Ergebniswert	Ergebnis über mehrere Jahre auffällig und dann nicht mehr	Anderer Grund
Indikatoren zur Prozessqualität									
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	124	0	2.655	124	0	0	0	0
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	38	0	876	38	0	0	0	0
Gesamt	QS-Verfahren QS WI	162	0	3.531	162	0	0	0	0

Tabelle 25: Ergebnisse der Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens (EJ 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens		Empfehlung der Fachkommission zur Art des Stellungnahmeverfahrens			Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		Anzahl der Abweichungen
			Ja	Nein	Schriftliche Stellungnahme	Gespräche	Begehung	Ja	Nein	
Indikatoren zur Prozessqualität										
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	124	88	36	88	0	0	122	2	2
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	38	28	10	28	0	0	37	1	1
Gesamt	QS-Verfahren QS WI	162	116	46	116	0	0	159	3	3

Begründungen, warum bei einer rechnerischen Auffälligkeit des Leistungserbringers kein Stellungnahmeverfahren initiiert wurde (Kommentare der Fachkommissionen):

- „Beschluss LAG, Aussetzen des Stellungnahmeverfahrens“
- „keine Stellungnahmeaufforderung empfohlen, da Einrichtung geschlossen“
- „Auf Beschluss des Lenkungsgremiums wurde nur ein Hinweis versandt.“
- „kein Stellungnahmeverfahren“

Tabelle 26: Ergebnisse zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG (EJ 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG			LE, die an der Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung teilgenommen und auf das Stellungnahmeverfahren geantwortet haben ²⁶		Antwort/Begründung des LE auf die Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung				
		Durchgeführte schriftliche Stellungnahmeverfahren	Durchgeführte Gespräche	Durchgeführte Begehungen	Ja	Nein	0 (keine Korrekturmaßnahmen notwendig)	1 (noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt)	2 (Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen)	3 (Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben)	9 (Sonstiges (im Kommentar erläutert))
Indikatoren zur Prozessqualität											
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	86	0	0	82	42	46	23	29	3	23
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	27	0	0	27	11	18	1	18	1	0
Gesamt	QS-Verfahren QS WI	113	0	0	109	53	64	24	47	4	23

²⁶ Die Gesamtheit der Ergebnisse bezieht sich auf die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aus Tabelle 24.

Tabelle 27: Bewertung zur qualitativen Auffälligkeit durch die Fachkommission (EJ 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung der Fachkommission : Das Ergebnis der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen ²⁷		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission								
		Ja	Nein	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2= Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Indikatoren zur Prozessqualität												
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	45	79	38	0	2	0	2	27	7	0	48
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	4	34	11	0	0	0	2	1	3	0	21
Gesamt	QS-Verfahren QS WI	49	41	49	0	2	0	4	28	10	0	69

²⁷ Ergebnisse, die nicht rechnerisch auffällig sind bzw. die nicht als auffällig eingeschätzt wurden, werden nicht durch die Fachkommission bewertet.

Tabelle 28: Zusammenfassende Kommentierung zu Begründungen zur Einstufung des Leistungserbringers durch die Fachkommission (EJ 2018)

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):		
2 = Besondere klinische Situation	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	9 = Sonstiges
<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Einzelpraxis: Praxisinhaber bestätigt korrekten Standard“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Fragen in Bezug auf die auf die Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie wurden nicht beantwortet. Ausgehend von der Stellungnahme des LE gab es im Erfassungsjahr 2018 kein Konzept zum Überleitungsmanagement und keine interne Leitlinie zur internen perioperativen Antibiotikaphylaxe. Somit bestehen Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Maßnahmen zur Behebung der Probleme wurden 2019 begonnen, aber noch nicht abgeschlossen.“ ▪ „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel sind zu konstatieren in bezug auf Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikainitialtherapie bzw. einer internen Leitlinie zu perioperativen Antibiotikaphylaxe, die Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlass- und Überleitungsmanagements sowie bezüglich Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie. -crlf-Maßnahmen zur Beseitigung dieser Probleme wurden zwischenzeitlich begonnen, sind aber noch nicht abgeschlossen. Einleitung einer Maßnahmestufe 1.“ ▪ „Für das Erfassungsjahr sind Struktur- und Prozessmängel durch die Fachkommission zu konstatieren in 7 von 9 Kennzahlen, in denen 0/100 Punkten erreicht wurden. Der Leistungserbringer konnte aber im Stellungnahmeverfahren darlegen, dass zwischenzeitlich die Mängel nachweisbar behoben wurden.“ ▪ „Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme wird der Wert außerhalb des Referenzbereiches als berechtigter Hinweis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Unklarheiten bzgl. Zuständigkeit von Operateur und OP-Zentrum: Einrichtungsbez. Dokumentation wurde für nicht-operierende Praxis ausgefüllt. Das in der Stellungnahme beschriebene Vorgehen bzgl. perioperative Antibiotikaphylaxe, Antibiotika-Initialtherapie, präoperative Antiseptik des OP-Feldes, Wundversorgung und Verbandswechsel muss schriftlich in einer internen Leitlinie für die Praxis fixiert sein, auch wenn diese aufgrund der speziellen Situation der Praxis teilweise nicht durchgeführt werden. Kennzahl 3: Die Fachkommission empfiehlt bei der Haarentfernung eine Umstellung auf elektrische Haarschneidemaschine mit Einmalscherkopf. Kennzahl 5: Die genannten Mittel entsprechen z.T. (Kodan) nicht den gültigen Leitlinien-/KRINKO-Empfehlungen. Kennzahl 7: Dokumentationsfehler.“ ▪ „Kennzahlen 1,2,5,6: das in der Stellungnahme beschriebene Vorgehen muss in internen Leitlinien und Arbeitsanweisungen schriftlich fixiert sein, damit die gängigen Standards zum Hygiene- und Infektionsmanagement erfüllt sind. Kennzahl 3: Die Fachkommission empfiehlt bei der Haarentfernung eine Umstellung auf elektrische Haarschneidemaschine mit Einmalscherkopf. Zu Kennzahl 7: Angabe, dass es kein entsprechendes Angebot gibt. Der Leistungserbringer erhält daher Vorschläge von der KVB.“ ▪ „Kennzahlen 1,2,9: das in der Stellungnahme beschriebene Vorgehen muss in internen Leitlinien und Arbeitsanweisungen schriftlich fixiert sein, damit die gängigen Standards zum Hygiene- und Infektionsmanagement erfüllt sind. Kennzahl 3: Dokumentationsfehler. Kennzahl 5 und 6: Die Fachkommission begrüßt die nun erfolgte Einführung von

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):

	<p>auf die Notwendigkeit von Prozessverbesserungen gesehen.“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Trotz dem Nutzen der vorhandenen Strukturen aus einem Klinikum ist es, wie bereits angemerkt, auch für ein MVZ notwendig ein entsprechendes Qualitätsmanagement einzurichten. Die Fachkommission begrüßt daher den derzeitigen Aufbau von eigenen QM-Instrumenten zum Hygiene- und Infektionsmanagement und geht davon aus, dass sich dies in Zukunft auch in den erfüllten Kriterien im Qualitätsindex widerspiegelt.“ ▪ „die Fachkommission hält die fehlenden Standards auch bei Einstellen der operativen Tätigkeit für sinnvoll und erforderlich“ ▪ „Standards erforderlich bzw müssten aktiv genutzt werden auch wenn in einer Klinik operiert wird“ ▪ „fehlende Standards“, „Standards fehlen mindestens teilweise“, „Standards in 2018 unvollständig“ ▪ „Standards nicht bekannt“ ▪ „Standortwechsel ersetzt keine SAA“ ▪ „Standards fehlten und wurden im Nachgang erstellt“, „Unterlagen werden erarbeitet“ 	<p>Arbeitsanweisungen und Konzepten. Kennzahl 7: Leistungserbringer gibt Besuch von Fortbildungsveranstaltungen an, unklar ob bei den beschriebenen Fortbildungen inhaltlich das Themengebiet "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" behandelt wurde. KVB übermittelt Vorschläge zu passenden Informationsveranstaltungen.“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Kennzahl 7: Keine Teilnahme an Fortbildungen, KVB übermittelt Hinweise zu Fortbildungsmöglichkeiten. Kennzahlen 1, 2, 6, 8 und 9: Dokumentationsfehler. Hinweis an den Leistungserbringer: Falls die zur Auslösung führenden Eingriffe bei einem externen Anbieter (z.B. Operationszentrum oder Klinik) erbracht werden, muss die Einrichtungsbefragung zusammen mit dem externen Anbieter ausgefüllt werden. Das in der Stellungnahme beschriebene Vorgehen bzgl. perioperative Antibiotikaprophylaxe, Antibiotika-Initialtherapie, Wundversorgung und Verbandswechsel, Patienteninformation und Überleitungsmanagement muss schriftlich in einer internen Leitlinie für die Praxis fixiert sein, auch wenn diese aufgrund der speziellen Situation der Praxis teilweise nicht durchgeführt werden oder in der OP-Einrichtung vorhanden sind.“ ▪ „Keine schriftliche Fixierung des Vorgehens in einer internen Leitlinie bzgl. perioperative Antibiotikaprophylaxe, Antibiotika-Initialtherapie, präoperative Antiseptik des OP-Feldes, Wundversorgung und Verbandswechsel, Patienteninformation und Überleitungsmanagement. Hinweis an Leistungserbringer auf deren Notwendigkeit auch wenn genannte Prozesse aufgrund der speziellen Situation der Praxis nicht durchgeführt werden bzw. bei kleiner Fallzahl auslösender Operationen.“ ▪ „Dokumentationsfehler bei den Kennzahlen 1, 2, 7 durch Unklarheiten bzgl. Zuständigkeit von Operateur und OP-Zentrum: Einrichtungsbezogene Dokumentation wurde für
--	---	--

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):

nicht-operierende Praxis ausgefüllt. KVB übermittelt Vorschläge zu passenden Informationsveranstaltungen. Kennzahl 3: Verwendung eines Einmalklingenrasierer. Empfehlung zur Umstellung auf eine elektrische Haarschneidemaschine mit Einmalscherkopf. Kennzahl 6 und 8: Standards/Patienteninformation nicht vorhanden. Die Fachkommission würde die zeitnahe Entwicklung und Umsetzung der fehlenden Standards begrüßen.“

- „Die Stellungnahme konnte die Auffälligkeiten nicht erklären. Die Fachkommission empfiehlt die Aufstellung interner Standards und externe fachliche Beratung sowie Fortbildung.“
- „Aufgrund der vorliegenden nicht aussagekräftigen Stellungnahme wird der Wert außerhalb des Referenzbereiches als berechtigter Hinweis auf die Notwendigkeit von Prozessverbesserungen gesehen.“
- „es liegt keine Stellungnahme vor“
- „Die Unterlagen entsprechen nicht vollumfänglich dem aktuellen wissenschaftlichen Standard“
- „Einrichtung gibt an keinen OP-Bereich zu haben. Einrichtungsbefragung wurde allerdings nicht fälschlicherweise ausgelöst. Für Fachkommission bleibt unklar, welche Eingriffe durchgeführt/abgerechnet werden, die zum Auslösen des Bogens führten. Sofern entsprechende Eingriffe durchgeführt werden, sollten ein Hygiene- und Infektionsmanagement und entsprechende Standards vorhanden sein. Kennzahl 3: Verwendung von Klingenrasierer die Fachkommission empfiehlt zur Haarentfernung die Umstellung auf Clipper. Kennzahl 6: Ein interner Leitfaden für Verbandswechsel nicht vorhanden. Hinweis, dass dieser eine patientenindividuelle Anwendung nicht ausschließt. Kennzahl 7: derzeit fehlende detaillierte Erfassung von Fortbildungen der Mitarbeiter.“

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):

- „Es wurden bereits Maßnahmen eingeleitet, die zu einer Verbesserung des Ergebnisses im Folgejahr führen werden. Im Erfassungsjahr 2018 war die Einrichtung noch qualitativ auffällig.“
- „Nachdem die Fachkommission Hygiene anhand der vorgelegten Stellungnahme keine Bewertung vornehmen konnte, da in der Stellungnahme kein Bezug auf die vorweg genannten Kennzahlergebnisse genommen wurde, hat sich das Lenkungsgremium in seiner Sitzung am 27.11.2019 für ein persönliches Gespräch ausgesprochen. Das Gespräch erfolgt gemeinsam durch die LAG-Geschäftsstelle und der KVMV. Zwecks der Terminabstimmung setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung.“
- „Dokumentationsfehler bei Kennzahlen 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9. Hinweis an den Leistungserbringer: Falls die zur Auslösung führenden Eingriffe bei einem externen Anbieter (z.B. Operationszentrum oder Klinik) erbracht werden, muss die Einrichtungsbefragung zusammen mit dem externen Anbieter ausgefüllt werden. Das in der Stellungnahme beschriebene Vorgehen bzgl. perioperative Antibiotikaprophylaxe, Antibiotika-Initialtherapie, Haarentfernung, Wundversorgung und Verbandswechsel, Patienteninformation und Überleitungsmanagement muss schriftlich in einer internen Leitlinie für die Praxis fixiert sein, auch wenn diese aufgrund der speziellen Situation der Praxis vom externen Anbieter (Endoprothesezentrum) vorgehalten werden. Ein Verweis auf die Leitlinien des Endoprothesezentrums ist dabei ausreichend.“
- „Dokumentationsfehler bei Kennzahlen 1, 2, 5, 6 und 8. Kennzahl 9: Konzept bzgl. Überleitungsmanagement ist bisher noch nicht schriftlich fixiert. Kennzahl 3: Anschaffung neuer Clipper mit Einmalscherkopf in Planung.“
- „Kennzahl 3, 6, und 9: Dokumentationsfehler. Hinweis an den Leistungserbringer: Das Vorgehen bzgl. perioperative

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):

Antibiotikaprophylaxe und Antibiotika-Initialtherapie muss schriftlich in einer internen Leitlinie für die Praxis fixiert sein, auch wenn diese aufgrund der speziellen Situation der Praxis möglicherweise nicht durchgeführt werden.

Kennzahl 7: Bei der Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie ist es wichtig, dass alle ärztlichen Mitarbeiter an diesen teilnehmen. Bei der Zahlenangabe in der Stellungnahme bleibt unklar, ob diese alle ärztlichen Mitarbeiter umfasst. Kennzahl 1 und 2: Erklärung/Begründung nicht vorhanden. Hinweis, dass zukünftig die Bewertung als qualitativ auffällig erfolgt, wenn zu einzelnen Kennzahlen keine Erklärung/Begründung erfolgt.“

- „Kennzahlen 1, 6, 9: Erforderliche Maßnahmen bereits eingeleitet/ geplant. Von einer zeitnahen vollständigen Implementierung wird ausgegangen. Kennzahlen 2, 3: Dokumentationsfehler.“
- „Unklarheiten bzgl. Zuständigkeit von Operateur und OP-Zentrum: Einrichtungsbezogene Dokumentation wurde für nicht-operierende Praxis ausgefüllt. Hinweis an den Leistungserbringer: Falls die zur Auslösung führenden Eingriffe bei einem externen Anbieter (z.B. Operationszentrum oder Klinik) erbracht werden, muss die Einrichtungsbefragung zusammen mit dem externen Anbieter ausgefüllt werden. Kennzahl 3: Dokumentationsfehler.“
- „Erforderliche Maßnahmen bereits eingeleitet/geplant. Von einer zeitnahen vollständigen Implementierung wird ausgegangen.“
- „Auslösende Eingriffe sind Belegarzt Eingriffe. Da keine Dokumentationspflicht bestand eigentlich auch keine Bewertung vorgesehen. QSEB-Spezifikation zwingt zur Angabe. Hinweis an Leistungserbringer: Standards zum Hygiene- und Infektionsmanagement müssen zukünftig

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):

trotzdem nachgewiesen werden. Interne Leitlinien und Arbeitsanweisungen sollten in der Praxis, auch in einem Einmannbetrieb, vorgehalten werden.“

- „Unklarheiten bzgl. Zuständigkeit von Operateur und OP-Zentrum: Hinweis an den Leistungserbringer: Falls die zur Auslösung führenden Eingriffe bei einem externen Anbieter (z.B. Operationszentrum oder Klinik) erbracht werden, muss die Einrichtungsbefragung zusammen mit dem externen Anbieter ausgefüllt werden. Das Vorgehen bzgl. perioperative Antibiotikaphylaxe, Antibiotika-Initialtherapie, präoperative Antiseptik des OP-Feldes, Wundversorgung und Verbandswechsel muss schriftlich in einer internen Leitlinie für die Praxis fixiert sein, auch wenn diese aufgrund der speziellen Situation der Praxis möglicherweise nicht durchgeführt werden. Bei der Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie ist es wichtig, dass alle ärztlichen Mitarbeiter an diesen teilnehmen.“
- „operierende Nebenbetriebsstätte wurde verkauft, nur noch radiologisches MVZ, niemand mehr da, um Stellung zu nehmen, Einrichtung wurde 2019 nicht ausgelöst. Eigentlich keine Bewertung möglich# QSEB-Spezifikation zwingt zur Angabe.“, „Einrichtung zwischenzeitlich geschlossen, daher keine Bewertung möglich. Spezifikation zwingt zur Angabe.“
- „Die Fachkommission QS WI hat für die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung für die Daten des Jahres 2018 beschlossen, keine qualitative Bewertung vorzunehmen. Aufgrund fehlender endgültiger Rechenregeln und der Qualität der von der Bundesauswertungsstelle“
- „Die Depseudonymisierung durch die Datenannahmestelle der KV führte zu keinem validen Leistungserbringer. Das Stellungnahmeverfahren konnte nicht durchgeführt werden.“

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):

- „Standards wurden 2019/2020 eingeführt“, „Standards wurden 2018/2019/2020 eingeführt und Dokufehler behoben“
- „Aus der Stellungnahme ging hervor, dass die Kennzahlenergebnisse zum Teil auf die Befragungslogik und dem Interpretationsspielraum, den der Fragebogen zulässt, zurückzuführen sind. Hinsichtlich der Kennzahl: Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel merkt die Fachkommission an, dass gemäß des Ausfüllhinweises zu dem Fragebogen die Frage mit ja beantwortet werden kann, wenn: ein entsprechender, fachgebietsübergreifender interner Standard vom 1.1. bis zum 31.12. des Erfassungsjahres durch die Leitungsebene freigegeben war oder für alle operativen Abteilungen ein fachgebietsspezifischer interner Standard vorliegt. Die Fachkommission empfiehlt daher die Beachtung der Ausfüllhinweise zum Fragebogen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation.“
- „Kennzahl 7: derzeit fehlende detaillierte Erfassung von Fortbildungen der Mitarbeiter. Alle übrigen Kennzahlen: Missverständnis/ Dokumentationsfehler bei semantisch sehr enger Auslegung der Einrichtungsbefragung.“
- „In der Einrichtung werden derzeit keine operativen Eingriffe durchgeführt. Die Fachkommission weist darauf hin, dass bei erneuter Aufnahme Hygiene- und Infektionsmanagement mit den entsprechenden Standards vorgehalten werden müssen.“
- „Keine Dokumentationspflicht: Dokumentation auslösender Behandlungsfall oder Fälle waren ausschließlich Verbringungsleistungen.“
- „Kennzahl 2: Fehldokumentation durch klinikinterne Fehlinformationen. Kennzahl 7: derzeit fehlende detaillierte Erfassung von Fortbildungen der Mitarbeiter. Kennzahl 9:

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):		
		<p>Erforderliche Maßnahmen bereits eingeleitet/geplant. Von einer zeitnahen vollständigen Implementierung wird ausgegangen“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Erforderliche Maßnahmen bereits eingeleitet/geplant. Von einer zeitnahen vollständigen Implementierung wird ausgegangen. Kennzahl 4: wahrscheinlich Dokumentationsfehler/ Missverständnis bei Beauftragung externer Dienstleister. Hinweis, dass auch bei der zeitweisen Beauftragung externer Dienstleister diese zertifiziert sein müssen oder es muss eine vertragliche Zusicherung vorliegen, dass KRINKO-Kriterien eingehalten werden. Kennzahl 7: derzeit fehlende detaillierte Erfassung von Fortbildungen der Mitarbeiter.“ ▪ „Kennzahl 1: wahrscheinlich Dokumentationsfehler: Sofern die bereits vorhandene interne Leitlinie fachübergreifend für alle Ärzte gilt, kann diese in der Befragung entsprechend auch angegeben werden. Kennzahl 3: Die Fachkommission begrüßt die Einführung von Clippern seit Anfang 2018 und empfiehlt auch für die Thoraxchirurgie Rasierer möglichst zu vermeiden. Kennzahl 7: Fragebogen war für Einrichtung unklar: gemäß Ausfüllhinweisen sind alle ärztliche Mitarbeiter gemeint. Neben internen sind auch externe Fortbildungen zur Antibiotikaresistenzlage möglich.“

Tabelle 29: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen (EJ 2018)

ID	Indikator/ Indikatorengruppe	Bewertung durch Fachkommission zum Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen oder Einleitung der Maßnahmenstufe 1		Empfehlung der Fachkommission zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1						
		Abschluss des Stellungnahmeverfahrens	Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen (Maßnahmenstufe 1)	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme an Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen
Indikatoren zur Prozessqualität										
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	107	17	1	0	1	0	0	1	16
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	37	1	1	0	0	0	0	1	0
Gesamt	QS-Verfahren QS WI	144	18	2	0	1	0	0	2	16

Tabelle 30: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten Stellungnahmen und weiterführenden Maßnahmen durch die LAG (EJ 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG-Entscheidung ob Durchführung Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahme	Abschluss der Maßnahmenstufe 1	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 u. Einleitung Maßnahmenstufe 2
Indikatoren zur Prozessqualität															
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	76	48	107	17	1	0	1	0	0	1	16	108	16	0
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	27	11	37	1	1	0	0	0	0	1	0	38	0	0
Gesamt	QS-Verfahren QS WI	103	59	144	18	2	0	1	0	0	2	16	146	16	0

Tabelle 31: Ergebnisse zur Anzahl rechnerisch und qualitativ auffälliger Leistungserbringer (EJ 2017 vs. 2018)

ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse		Anzahl qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse		Anzahl nicht qualitativ bewerteter Ergebnisse	
		Vorjahr	Aktuelles Jahr	Vorjahr	Aktuelles Jahr	Vorjahr	Aktuelles Jahr
		EJ 2017	EJ 2018	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2017	EJ 2018
Indikatoren zur Prozessqualität							
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	42	124	0	45	42	79
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	17	38	0	4	17	34
Gesamt	QS-Verfahren QS WI	59	162	0	49	59	113

Literatur

- Behnke, M; Aghdassi, SJ; Hansen, S; Peña Diaz, LA; Gastmeier, P; Piening, B (2017): Prävalenz von nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung in deutschen Krankenhäusern. *Deutsches Ärzteblatt* 114(50): 851-857. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0851.
- IQTIG [Institut für Qualitätsicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Bundesqualitätsbericht 2019. Stand: 12.09.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Bundesqualitaetsbericht-2019_2019-09-12.pdf (abgerufen am: 02.03.2020).
- Mielke, M; Bölt, U; Geffers, C (2010): Basisdaten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland – nosokomiale Infektionen. *Epidemiologisches Bulletin*, Nr. 36: 359-364. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/36_10.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 15.08.2018).
- Van Belle, E; Rioufol, G; Pouillot, C; Cuisset, T; Bougrini, K; Teiger, E; et al. (2014): Outcome Impact of Coronary Revascularization Strategy Reclassification With Fractional Flow Reserve at Time of Diagnostic Angiography. Insights From a Large French Multicenter Fractional Flow Reserve Registry. *Circulation* 129(2): 173-185. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006646.



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Erfassungsjahre 2017 bis 2019

Veröffentlichungsdatum: 30. Juni 2020

Impressum

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

Ergebnisübersicht.....	8
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2019 (QS - Dokumentationsdatenbasierte QI).....	10
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2017 (Sozialdatenbasierte QI).....	13
Einleitung.....	14
Datengrundlagen.....	16
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	16
QS-Dokumentationsdaten zum Erfassungsjahr 2019 nach Standortnummer.....	16
Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen QS-Dokumentationsdaten.....	16
Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	18
Leseanleitung zu den Detailergebnissen einzelner Indikatoren und Indikatorengruppen.....	19
Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatoren-gruppen.....	21
56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie.....	21
Indikatorergebnisse (QI-ID 56000) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	21
Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56000).....	22
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56000.....	22
Detailergebnisse zu ID 56000.....	23
Kennzahlübersicht 2019.....	24
56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund.....	25
Indikatorergebnisse (QI-ID 56001) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	25
Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56001).....	26
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56001.....	26
Detailergebnisse zu ID 56001.....	27
Kennzahlübersicht 2019.....	28
56002: Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI.....	29
Indikatorergebnisse (QI-ID 56002) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	29
Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56002).....	30
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56002.....	30
Detailergebnisse zu ID 56002.....	31

Gruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt.....	32
56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt.....	32
Indikatorergebnisse (QI-ID 56003) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	32
Indikatorergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56003).....	33
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56003.....	33
Detailergebnisse zu ID 56003.....	34
56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt.....	35
Indikatorergebnisse (QI-ID 56004) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	35
Indikatorergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56004).....	36
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56004.....	36
Detailergebnisse zu ID 56004.....	37
Kennzahlübersicht 2019.....	38
Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt.....	40
56005: Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	40
Indikatorergebnisse (QI-ID 56005) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	40
Indikatorergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse (QI-ID 56005).....	41
Indikatorergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Risikoprofil (QI-ID 56005).....	41
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56005.....	42
Detailergebnisse zu ID 56005.....	42
56006: Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	43
Indikatorergebnisse (QI-ID 56006) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	43
Indikatorergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse (QI-ID 56006).....	44
Indikatorergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Risikoprofil (QI-ID 56006).....	44
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56006.....	45
Detailergebnisse zu ID 56006.....	45
56007: Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	46
Indikatorergebnisse (QI-ID 56007) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	46
Indikatorergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse (QI-ID 56007).....	47

Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Risikoprofil (QI-ID 56007).....	47
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56007.....	48
Detaillergebnisse zu ID 56007.....	48
56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt.....	49
Indikatorergebnisse (QI-ID 56008) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	49
Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56008).....	50
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56008.....	50
Detaillergebnisse zu ID 56008.....	51
Kennzahlübersicht 2019.....	52
Gruppe: Kontrastmittelmenge.....	56
56009: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml.....	56
Indikatorergebnisse (QI-ID 56009) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	56
Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56009).....	57
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56009.....	57
Detaillergebnisse zu ID 56009.....	58
56010: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml.....	59
Indikatorergebnisse (QI-ID 56010) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	59
Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56010).....	60
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56010.....	60
Detaillergebnisse zu ID 56010.....	61
56011: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml.....	62
Indikatorergebnisse (QI-ID 56011) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	62
Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56011).....	63
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56011.....	63
Detaillergebnisse zu ID 56011.....	64
Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.....	65
56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt.....	65
Indikatorergebnisse (QI-ID 56014) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	65
Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56014).....	66

Ergebnis für Belegärzte zu ID 56014.....	66
Detailergebnisse zu ID 56014.....	67
56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.....	68
Indikatorergebnisse (QI-ID 56016) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2019.....	68
Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56016).....	69
Ergebnis für Belegärzte zu ID 56016.....	69
Detailergebnisse zu ID 56016.....	70
Kennzahlübersicht 2019.....	71
Gruppe: Sterblichkeit bei PCI.....	72
56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI.....	72
Indikatorergebnisse (QI-ID 56024) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2017.....	72
Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56024).....	73
Detailergebnisse zu ID 56024.....	74
56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI.....	75
Indikatorergebnisse (QI-ID 56026) nach Vergleichsgruppen – Übersicht EJ 2017.....	75
Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer differenziert nach Fallzahlen (QI-ID 56026).....	76
Detailergebnisse zu ID 56026.....	77
Kennzahlübersicht 2017.....	78
Glossar.....	79
Basisauswertung.....	83
Übersicht (Gesamt).....	83
Patientinnen und Patienten.....	83
Vorgeschichte.....	84
Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur).....	85
Interventionen.....	85
Postprozeduraler Verlauf.....	86
Koronarangiographie.....	87
Patientinnen und Patienten.....	87
Vorgeschichte.....	88
Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur).....	88
Indikation und Diagnose.....	89

Intervention.....	90
Komplikationen.....	91
PCI.....	92
Patientinnen und Patienten.....	92
Vorgeschichte.....	93
Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur).....	93
Indikation und Diagnose.....	94
Intervention.....	95
Komplikationen.....	98

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren für eine schnelle Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung werden differenziert nach dem Ergebnis des hier betrachteten Leistungserbringers („Ihr Ergebnis“) im Vergleich zum Bundesergebnis. Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses bzw. im ambulanten Bereich auf Ebene der Betriebsstättennummer (BSNR).

Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein ✗ kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers innerhalb des Referenzbereichs eines Qualitätsindikators, wurde dies durch ein ✓ kenntlich gemacht. Je nachdem, ob sich das Ergebnis verbessert oder verschlechtert hat bzw. unverändert blieb, wurde dies mit folgenden Tendenzpfeilen beschrieben: ↗ ↘ →

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse und dem Vergleich mit den relevanten Vergleichsgruppen finden Sie im Kapitel „*Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen*“
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen (Zwischenberichte bzw. Jahresauswertungen) nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum des Patienten oder der Patientin liegt (gilt für stationäre Leistungen!). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese für ein zurückliegendes Jahr nicht berechnet werden. Dieser Fall kann bspw. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen. Mit Einführung des bundesweiten Verzeichnisses der Standorte (§ 293 Abs. & SGB V) soll diese Problematik in Zukunft behoben werden.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren, können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden. Sogenannte Follow-Up-Indikatoren, sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren, können nur zeitlich verzögert berichtet werden. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren PCI bei bis zu einem Jahr liegt. Außerdem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit deutlichem Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb

wurden die nachfolgenden Tabellen getrennt aufgeführt

- nach Qualitätsindikatoren aus dem Erfassungsjahr 2019 sowie
 - nach Follow-Up-Indikatoren bei einem Nachbeobachtungszeitraum (7 bzw. 30-Tage sowie einem Jahr)
 - sowie zukünftig auch nach Indikatoren, die im Rahmen der Patientenbefragung berechnet wurden.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren PCI und zur zukünftigen Patientenbefragung finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pci/> sowie <https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2019 (QS -Dokumentationsdatenbasierte QI)

Indikatoren			Ihr Ergebnis				Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich		Ergebnis	Vertrauensbereich	
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	≥ 27,84 % (5. Perzentil)			-	-	60,26 % N = 217.200	60,06 % - 60,47 %
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	≤ 57,36 % (95. Perzentil)			-	-	31,43 % N = 226.600	31,24 % - 31,63 %
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	≥ 95,24 % (5. Perzentil)			-	-	98,56 % N = 507.341	98,53 % - 98,60 %
Indikatorengruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt								
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	≥ 44,01 % (5. Perzentil)			-	-	70,70 % N = 36.242	70,23 % - 71,17 %
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	≤ 20,93 % (95. Perzentil)			-	-	5,09 % N = 38.185	4,87 % - 5,31 %

↗↘→ = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert

✗ / ✓ = Rechnerisch auffällig / Rechnerisch nicht auffällig

Indikatoren			Ihr Ergebnis				Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich		Ergebnis	Vertrauensbereich	
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt								
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	≤ 2,30 (95. Perzentil)			-	-	1,02	1,01 - 1,02
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	≤ 2,24 (95. Perzentil)			-	-	1,01	0,99 - 1,03
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	≤ 2,18 (95. Perzentil)			-	-	1,01	1,01 - 1,02
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	≤ 0,81 % (90. Perzentil)			-	-	0,35 % N = 836.202	0,34 % - 0,36 %

↗↘→ = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert

✗ / ✓ = Rechnerisch auffällig / Rechnerisch nicht auffällig

Indikatoren			Ihr Ergebnis				Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich		Ergebnis	Vertrauensbereich	
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge								
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	≤ 12,75 % (95. Perzentil)			-	-	5,43 % N = 510.078	5,37 % - 5,49 %
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	≤ 43,76 % (95. Perzentil)			-	-	19,47 % N = 28.399	19,01 % - 19,93 %
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	≤ 28,96 % (95. Perzentil)			-	-	12,37 % N = 297.725	12,25 % - 12,49 %
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI								
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 84,21 % (5. Perzentil)			-	-	92,03 % N = 45.735	91,78 % - 92,27 %
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	≥ 89,01 % (5. Perzentil)			-	-	94,45 % N = 326.124	94,37 % - 94,53 %

↗ ↘ → = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert

✗ / ✓ = Rechnerisch auffällig / Rechnerisch nicht auffällig

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2017 (Sozialdatenbasierte QI)

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2017 dar. Zum aktuellen Zeitpunkt werden nur die Ergebnisse zu den Sterblichkeitsindikatoren berichtet ohne Referenzbereich. Die weiteren sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren können leider zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht berichtet werden. Für alle sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren sind Risikoadjustierungsmodelle vorgesehen. Diese werden derzeit erarbeitet. Wird Ihnen unter "Ihr Ergebnis" kein Ergebnis dargestellt, so konnten Ihre QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren		Referenzbereich	Ihr Ergebnis				Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators		Ergebnis	Vertrauensbereich		Ergebnis	Vertrauensbereich	
Indikatorengruppe: Sterblichkeit bei PCI								
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	Nicht definiert			-	-	4,61 % N = 246.050	4,52 % - 4,69 %
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	Nicht definiert			-	-	5,21 % N = 246.050	5,12 % - 5,30 %

↗ ↘ → = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert

✗ / ✓ = Rechnerisch auffällig / Rechnerisch nicht auffällig

Einleitung

Der vorliegende Rückmeldebericht beinhaltet Ihre Ergebnisse für das *QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie*. Es wurden sowohl QS-dokumentationsdatenbasierte Qualitätsindikatoren zum Erfassungsjahr 2019 (Indexeingriffe in 2019) als auch erstmalig sozialdatenbasierte Follow-Up-Qualitätsindikatoren für Indexeingriffe aus 2017 ausgewertet.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>) das *QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* als erstes sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt, d. h., es werden sowohl ambulante als auch stationär erbrachte Eingriffe qualitätsgesichert.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung: Koronarangiographien und perkutane Koronarinterventionen sind nur durchzuführen, wenn ausreichende medizinische Gründe für deren Notwendigkeit vorliegen
- Förderung der Leitlinienadhärenz: bei der Durchführung sind die medizinisch-wissenschaftlichen Standards einzuhalten, wie sie insbesondere in den Leitlinien empfohlen werden
- Verringerung der Anzahl der Komplikationen während und nach dem Eingriff

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 20 Qualitätsindikatoren, wovon 14 Indikatoren ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 6 Indikatoren zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

Analog zu den erfassten QS-Dokumentationsdaten wird im Vorfeld der Sozialdatenlieferungen mittels einer Spezifikation festgelegt, welche Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt werden müssen. Die Selektion der Daten findet mittels eines sogenannten Patientenfilters statt, welcher die zu übermittelnden Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten definiert (hier: Abrechnung einer Koronarangiographie bzw. PCI in einem definierten Zeitraum). In einem zweiten Schritt wird dann durch die Krankenkasse überprüft, welche Leistungen bzw. Medikamente für den definierten Patienten abgerechnet wurden. Traten in einem bestimmten Zeitraum eine oder mehrere der zuvor definierten Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes oder Verordnungen auf, so werden auch diese Informationen an das IQTIG zusammen mit den sogenannten Versichertenstammdaten pseudonymisiert übermittelt.

Im Anschluss werden die übermittelten Sozialdaten mit den QS-Dokumentationsdaten über ein eindeutiges Patientenpseudonym (Patientenidentifizierende Daten – PID) verknüpft. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die (sozialdatenbasierte) QI-Berechnung nicht ausgewertet werden bzw. berücksichtigt werden. Im Kapitel Datengrundlagen wird die Information zur Anzahl der verknüpfbaren QS- mit den Sozialdatendatensätzen berichtet. Die

Verknüpfungsrate für das Indexjahr 2017 ist erfreulicherweise hoch, so dass ein Vergleich auf Leistungserbringerebene möglich ist. Für die kommenden Auswertungsjahre wird davon ausgegangen, dass sich die Verknüpfungsrate weiter erhöht.

Bei Bewertung der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass es sich um eine erstmalige Auswertung von sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren handelt. Zum aktuellen Zeitpunkt konnten folgende sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren für Indexeingriffe aus dem Jahr 2017 ausgewertet und auf Leistungserbringerebene berichtet werden:

- 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (ID 56024)
- 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (ID 56026)

Auch die noch nicht in diesem Auswertungsbericht enthaltenen sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Jahr 2017 sollen zukünftig berichtet werden. Noch ausstehend zum aktuellen Zeitpunkt sind die komplexer zu berechnenden Qualitätsindikatoren:

- Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen (ID 56012)
- MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit isolierter Koronarangiographie (ID 56018)
- MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit PCI (ID 56020)
- MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (ID 56022)

Weitere Informationen zum Vorgehen und zur Verknüpfung finden Sie im Ihrer Auswertung beiliegenden Dokument zu den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf zwei verschiedenen Datenquellen sowie zwei verschiedenen Datenjahren. Für die Auswertungen in diesem Bericht sind die jeweiligen Datenquellen sowie Datenjahre nachfolgend aufgeführt. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquellen und -jahre:

- Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen QS-Dokumentationsdaten
 - Datengrundlage nach Standort
 - Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer bzw. Betriebsstättennummer
- Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen Sozialdaten bei den Krankenkassen
 - Anzahl der gelieferten Datensätze durch die Krankenkassen
 - Anzahl der mit QS-Datensätzen verknüpften Sozialdatensätze

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2019 dar.

QS-Dokumentationsdaten zum Erfassungsjahr 2019 nach Standortnummer

Die Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der *Sollstatistik* überprüft. Die Sollstatistik zeigt an, wie viele Fälle bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren, anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zur Sollstatistik bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollzähligkeit bei den Leistungserbringern.

Für das QS-Verfahren PCI erfolgt die Auswertung entsprechend dem *behandelnden Standort*, da es bspw. sein kann, dass der *entlassende Standort* nicht immer auch der *leistungserbringende Standort* ist. Dies kann je nach Leistungserbringer unterschiedlich sein. Leider ist eine Umstellung der *Sollstatistik* auf den behandelnden Standort nicht möglich, da dieser nicht immer der abrechnende oder der für die Dokumentation abschließende Standort ist.

Die Darstellung der Datengrundlage sowie die Vollzähligkeit auf Ebene des entlassenden Standorts führte bei einigen Leistungserbringern bzw. in deren Rückmeldeberichten zu widersprüchlichen Zahlen und war nicht verständlich. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte wurde, ab der Spezifikation 2020, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des *Institutionskennzeichens* erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage, sowie Vollzähligkeit in den Berichten, soll daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens erfolgen. Für das Erfassungsjahr 2019 können weiterhin Diskrepanzen auftauchen.

Erfassungsjahr 2019		geliefert
Ihre Daten nach Standort	Eingegangene Datensätze gesamt	
	Basisdatensatz	
	MDS	

Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen QS-Dokumentationsdaten

Bitte beachten Sie, dass die dargestellte Tabelle lediglich die Sektoren darstellt, gemäß derer die Daten zur externen Qualitätssicherung geliefert wurden. Die Auswertung der Daten findet hingegen auch auf Ebene der Leistungserbringung statt, d. h. es wird zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung durch Krankenhäuser und Vertragsärzte nochmals differenziert.

Erfassungsjahr 2019		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Ihre Daten nach IKNR	Eingegangene Datensätze gesamt			
	Basisdatensatz			
	MDS			
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/ MVZ/Praxen	Eingegangene Datensätze gesamt	69.958	78.925	88,64
	Basisdatensatz	69.958		
	MDS	0		
Anzahl Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/ MVZ/Praxen		255		
Krankenhäuser	Eingegangene Datensätze gesamt	728.143	685.181	106,27
	Basisdatensatz	727.844		
	MDS	299		
Anzahl Krankenhäuser		961		
Leistungserbringer mit selektiv- vertraglichen Leistungen	Eingegangene Datensätze gesamt	2.885	-	-
	Basisdatensatz	2.885		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		19		
Bund (gesamt)	Eingegangene Datensätze gesamt	800.986	764.106	104,45
	Basisdatensatz	800.687		
	MDS	299		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		1.217		

Der aktuelle Bericht enthält Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentationsdaten. Die Tabelle zeigt den Datenbestand, auf der die Ihnen vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren berechnet wurde.

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die Anzahl der an das IQTIG übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2017 auf Ebene des Leistungserbringers sowie der Sektoren dar (analog der vorherigen Tabelle). Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mittels elektronischer Gesundheitskarten-Pseudonym (PID) mit den für das Erfassungsjahr 2017 gelieferten QS-Daten auf.

Übersicht über eingegangene Sozialdaten und Verknüpfungsrate

EJ 2017	Anzahl übermittelter Daten	Verknüpfungsrate mit QS-Daten
Ihre Daten		N =
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/MVZ/Praxen	28.488	88,29 % N = 25.153
Krankenhäuser	699.060	96,75 % N = 676.313
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen	0	- N = 0
Bund	727.548	96,42 % N = 701.466

Leseanleitung zu den Detailergebnissen einzelner Indikatoren und Indikatorengruppen

Die externe Qualitätssicherung beruht auf Indikatoren, welche zusammen mit Expertinnen und Experten aus dem jeweiligen Fachbereich und basierend auf der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz entwickelt wurden.

- Die Indikatoren setzen sich aus mehreren Datenfeldern und/oder Datengrundlagen (bspw. Daten aus der QS-Dokumentation und aus Sozialdaten) zusammen.
- Für jeden Indikator wird die Grundgesamtheit (Anzahl der Fälle) mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen und einem Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff (auslösendes Kriterium) stattfand, angegeben.
- Leistungserbringer, welche an *dem QS-Verfahren Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* teilnehmen, erhalten ein PDF (und je zwei CSV-Dateien mit einer Liste an auffälligen Vorgangsnummern und den Ergebnissen). Hinter den „Auffälligen Vorgangsnummern“ verbergen sich die Fälle, bei denen rechnerisch das Qualitätsziel des Indikators nicht erreicht wurde. Inwiefern es sich tatsächlich um eine *qualitative Auffälligkeit* handelt, wird im Anschluss auf Landesebene im Rahmen des *Stellungnahmeverfahrens gemäß DeQS-Richtlinie des G-BA* überprüft.
- Die Rückmeldeberichte ermöglichen einen Vergleich zu anderen Leistungserbringern (Vergleichsgruppen). Bitte beachten Sie, dass ein Vergleich nur eingeschränkt möglich ist, wenn keine Risikoadjustierung vorgenommen wurde und damit auch nicht die Unterschiede in den Patientenkollektiven des jeweiligen Leistungserbringers berücksichtigt werden konnten. Der vorliegende Bericht gibt nur einen Ausschnitt der Versorgungspraxis und somit auch der Versorgungsqualität wieder.

Vergleichsgruppen

Da die Patientengruppen in den verschiedenen Sektoren tätigen Leistungserbringer unterschiedlichen Ausgangsbedingungen unterliegen bzw. unterschiedliche Risikoprofile aufweisen, wurden für die Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung folgende Vergleichsgruppen für einen „Benchmark-Vergleich“ gebildet:

- ambulante Leistungen
 - durch Vertragsärzte und Vertragsärztinnen (Betriebsstättennummer)
 - durch Krankenhäuser (Standortebene)
- stationäre Leistungen
 - durch Belegärzte und Belegärztinnen in Krankenhäusern
 - durch Krankenhäuser selbst (Standortebene)
- selektivvertragliche Leistungen durch vertragsärztliche Leistungserbringer
- Bund (durch alle Leistungserbringer erbrachte Koronarangiographien und PCI des Berichtsjahrs)

56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund

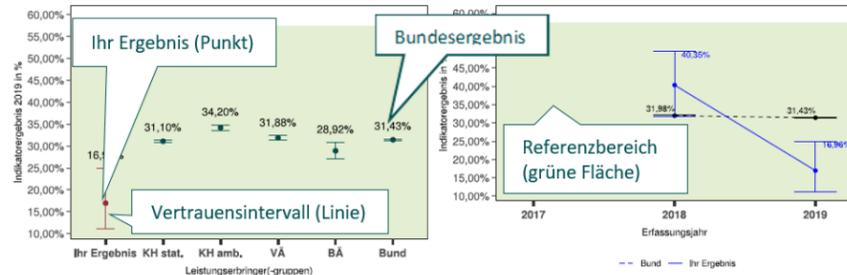
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten isolierten Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) soll niedrig sein.
ID	56001
Grundgesamtheit	Alle isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“ (d.h. ohne vorbekannte KHK und ohne akutes Koronarsyndrom)
Zähler	Patientinnen und Patienten mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)
Referenzbereich	≤ 57,36 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Beschreibung von Grundgesamtheit und Zähler des QI sowie Angabe des Referenzbereichs

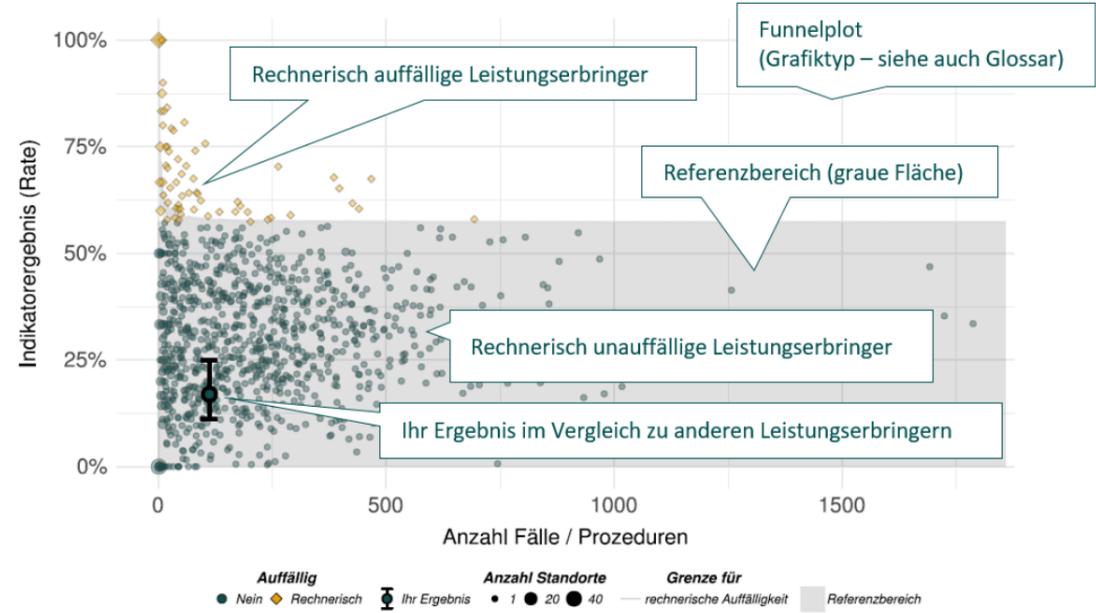
Referenzwert

Datenquelle(n) zur QI-Berechnung

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf
 Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2019	Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis			
Ambulant	VÄ 9.466 / 29.689 2018: 9.836 / 29.723 2017: - / -	31,88 % 2018: 33,09 % 2017: -	31,36 % - 32,42 % 2018: 32,56 % - 33,63 % 2017: -
	KH 7.359 / 21.516 2018: 6.770 / 18.583	34,20 % 2018: 36,43 % 2017: -	33,57 % - 34,84 % 2018: 35,74 % - 37,13 % 2017: -
Stationär	BÄ 281 / 1.019 2018: 281 / 1.019 2017: - / -	28,92 % 2018: 32,09 % 2017: -	27,06 % - 30,85 % 2018: 30,27 % - 33,96 % 2017: -
	KH 265 / 1.154 2018: 281 / 1.019 2017: - / -	31,10 % 2018: 31,31 % 2017: -	30,88 % - 31,32 % 2018: 31,09 % - 31,53 % 2017: -
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen	265 / 1.154 2018: 281 / 1.019 2017: - / -	22,96 % 2018: 27,58 % 2017: -	20,63 % - 25,48 % 2018: 24,92 % - 30,40 % 2017: -
Bund (gesamt)	71.230 / 226.600 2018: 70.098 / 219.218 2017: - / -	31,43 % 2018: 31,98 % 2017: -	31,24 % - 31,63 % 2018: 31,78 % - 32,17 % 2017: -

Anzahl der Fälle im Zähler und in der Grundgesamtheit des QI (Sowie im Vorjahresvergleich)

Der Vertrauensbereich um den Ergebniswert berücksichtigt zufallsbedingte Variationen des Ergebnisses. Je höher die Fallzahl desto schmaler ist der Vertrauensbereich.

Kennzahlübersicht

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
2.1	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	31,43 % 71.230/226.600	31,43 % 71.230/226.600
2.1.1	Anteil der Fälle, welche Pectoris haben	27,44 % 62.172/226.600	27,44 % 62.172/226.600
2.1.2	Anteil der Fälle, welche schwerer Belastung (CCS I) haben	15,38 % 34.858/226.600	15,38 % 34.858/226.600
2.1.3	Anteil der Fälle, welche Anzeichen einer Angina pectoris bei mittlerer Belastung (CCS II) haben	39,53 % 89.582/226.600	39,53 % 89.582/226.600
2.1.4	Anteil der Fälle, welche Anzeichen einer Angina pectoris bei leichter Belastung (CCS III) haben	12,29 % 27.843/226.600	12,29 % 27.843/226.600

Als Ergänzung zu QI geben Kennzahlen zusätzliche Informationen, zum Beispiel zu Teilpopulationen der Grundgesamtheit an.

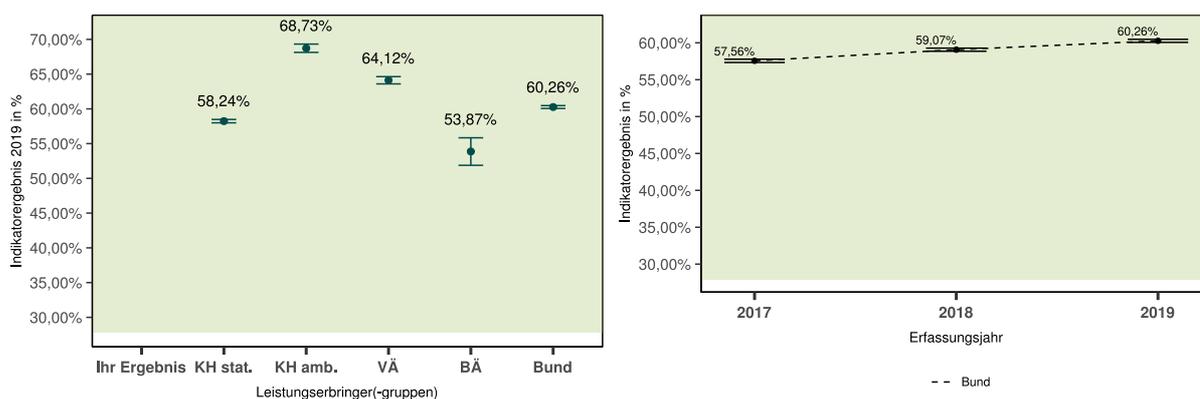
Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen

56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie

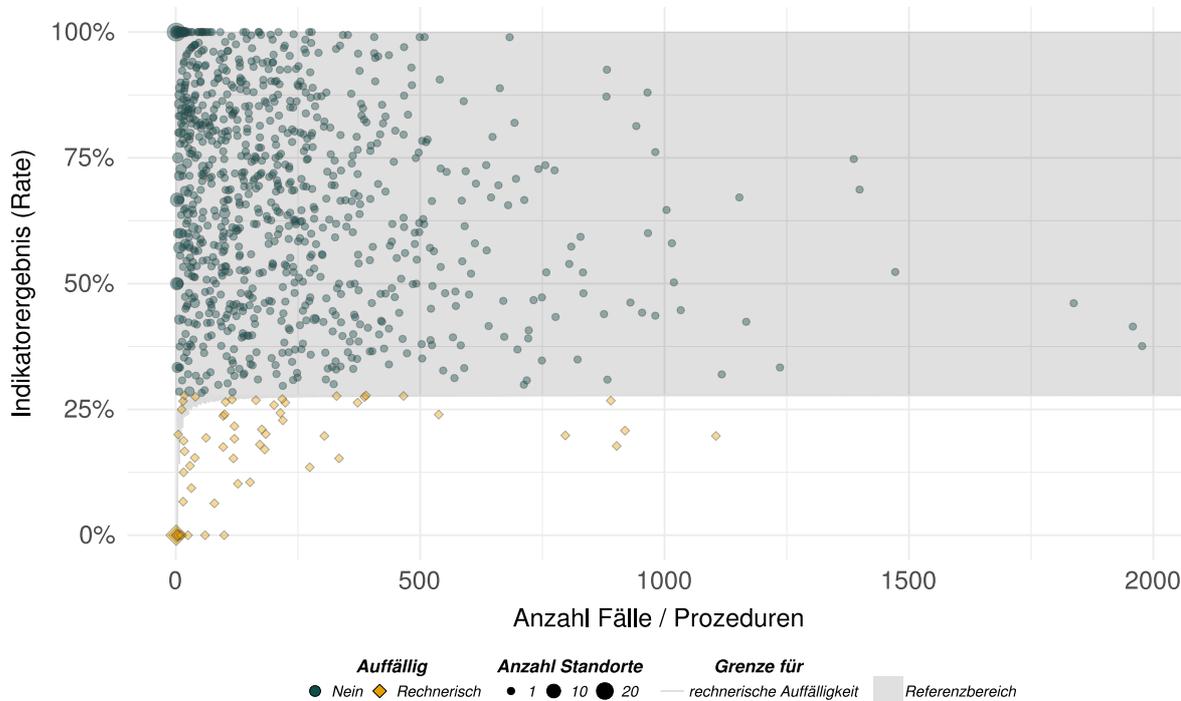
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten elektiven isolierten Koronarangiographien, bei denen eine angemessene Indikationsstellung (objektive Ischämiezeichen) vorliegt, soll hoch sein.
ID	56000
Grundgesamtheit	Alle elektiven, isolierten Koronarangiographien mit führender Indikation: „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „bekannte KHK“ unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit CCS III oder sehr hoher Prätestwahrscheinlichkeit
Zähler	Patientinnen und Patienten mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (Belastungs-EKG, Herz-CT, Belastungsszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests; bei Patientinnen unter 50 Jahre ohne stabile Angina pectoris und ohne bekannte KHK müssen gesicherte Ischämiezeichen vorliegen)
Referenzbereich	≥ 27,84 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
56000				
2019			53,87 %	51,88 % - 55,84 %
2018			53,42 %	51,59 % - 55,23 %
2017			62,71 %	59,88 % - 65,45 %

Detailergebnisse

EJ 2019		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2018: /	2018:	2018:
		2017: /	2017:	2017:
Ambulant	VÄ	20.809 / 32.455 2018: 20.100 / 32.646 2017: 8.120 / 13.747	64,12 % 2018: 61,57 % 2017: 59,07 %	63,59 % - 64,64 % 2018: 61,04 % - 62,10 % 2017: 58,24 % - 59,89 %
	KH	15.906 / 23.143 2018: 13.750 / 20.231 2017: 12.526 / 18.718	68,73 % 2018: 67,97 % 2017: 66,92 %	68,13 % - 69,32 % 2018: 67,32 % - 68,60 % 2017: 66,24 % - 67,59 %
Stationär	BÄ	1.310 / 2.432 2018: 1.540 / 2.883 2017: 723 / 1.153	53,87 % 2018: 53,42 % 2017: 62,71 %	51,88 % - 55,84 % 2018: 51,59 % - 55,23 % 2017: 59,88 % - 65,45 %
	KH	91.941 / 157.872 2018: 88.210 / 153.504 2017: 87.199 / 155.014	58,24 % 2018: 57,46 % 2017: 56,25 %	57,99 % - 58,48 % 2018: 57,22 % - 57,71 % 2017: 56,01 % - 56,50 %
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		929 / 1.298 2018: 746 / 1.252 2017: - / -	71,57 % 2018: 59,58 % 2017: -	69,06 % - 73,96 % 2018: 56,84 % - 62,27 % 2017: -
Bund (gesamt)		130.895 / 217.200 2018: 124.346 / 210.516 2017: 108.568 / 188.632	60,26 % 2018: 59,07 % 2017: 57,56 %	60,06 % - 60,47 % 2018: 58,86 % - 59,28 % 2017: 57,33 % - 57,78 %

Kennzahlübersicht 2019

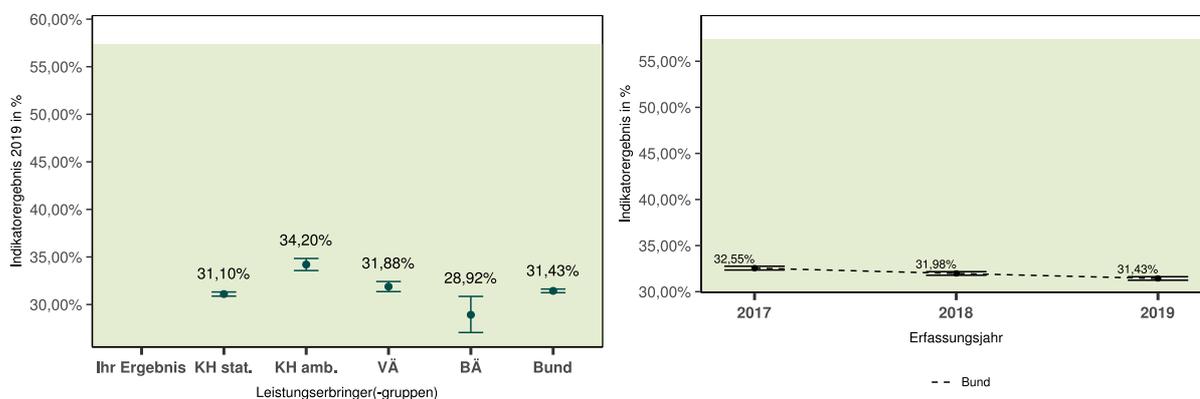
Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
1.1	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie		60,26 % 130.895/217.200
1.1.1	gesicherte Ischämiezeichen		39,47 % 85.729/217.200
1.1.2	fragliche Ischämiezeichen		20,91 % 45.408/217.200
1.1.3	Anteil der Fälle, welche als führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter eine KHK mit Lumeneinengung geringer als 50 % aufweisen		33,57 % 72.914/217.200
1.1.4	Anteil der Fälle, welche als führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter eine KHK mit Lumeneinengung größer als 50 % aufweisen (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)		27,59 % 59.936/217.200
1.1.5	Anteil der Fälle, welche als führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter „andere kardiale Erkrankung“ aufweisen		2,49 % 5.406/217.200

56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund

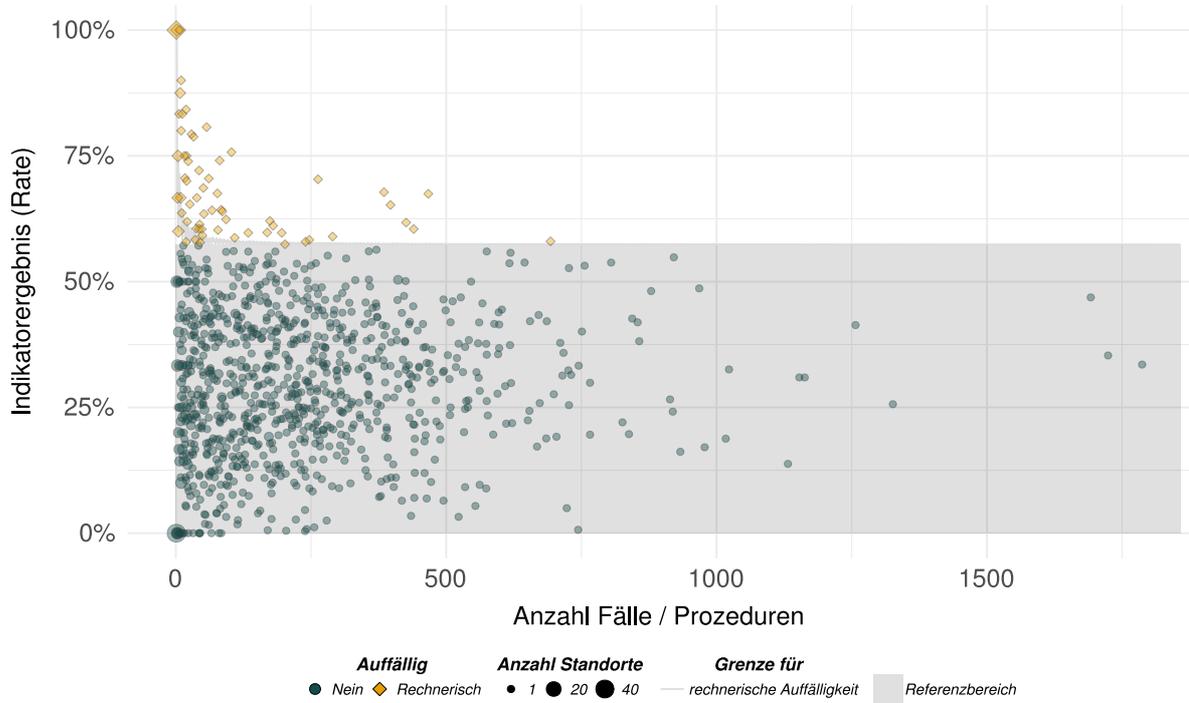
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten isolierten Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) soll niedrig sein.
ID	56001
Grundgesamtheit	Alle isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“ (d.h. ohne vorbekannte KHK und ohne akutes Koronarsyndrom)
Zähler	Patientinnen und Patienten mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)
Referenzbereich	≤ 57,36 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
56001				
2019			28,92 %	27,06 % - 30,85 %
2018			32,09 %	30,27 % - 33,96 %
2017			30,92 %	28,27 % - 33,71 %

Detailergebnisse

EJ 2019		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2018: /	2018:	2018:
		2017: /	2017:	2017:
Ambulant	VÄ	9.466 / 29.689 2018: 9.836 / 29.723 2017: 4.151 / 12.294	31,88 % 2018: 33,09 % 2017: 33,76 %	31,36 % - 32,42 % 2018: 32,56 % - 33,63 % 2017: 32,93 % - 34,61 %
	KH	7.359 / 21.516 2018: 6.770 / 18.583 2017: 6.193 / 17.209	34,20 % 2018: 36,43 % 2017: 35,99 %	33,57 % - 34,84 % 2018: 35,74 % - 37,13 % 2017: 35,27 % - 36,71 %
Stationär	BÄ	633 / 2.189 2018: 790 / 2.462 2017: 342 / 1.106	28,92 % 2018: 32,09 % 2017: 30,92 %	27,06 % - 30,85 % 2018: 30,27 % - 33,96 % 2017: 28,27 % - 33,71 %
	KH	53.507 / 172.052 2018: 52.421 / 167.431 2017: 54.541 / 169.753	31,10 % 2018: 31,31 % 2017: 32,13 %	30,88 % - 31,32 % 2018: 31,09 % - 31,53 % 2017: 31,91 % - 32,35 %
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		265 / 1.154 2018: 281 / 1.019 2017: - / -	22,96 % 2018: 27,58 % 2017: -	20,63 % - 25,48 % 2018: 24,92 % - 30,40 % 2017: -
Bund (gesamt)		71.230 / 226.600 2018: 70.098 / 219.218 2017: 65.227 / 200.362	31,43 % 2018: 31,98 % 2017: 32,55 %	31,24 % - 31,63 % 2018: 31,78 % - 32,17 % 2017: 32,35 % - 32,76 %

Kennzahlübersicht 2019

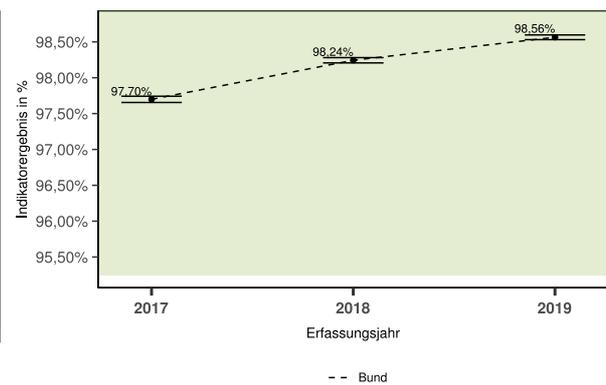
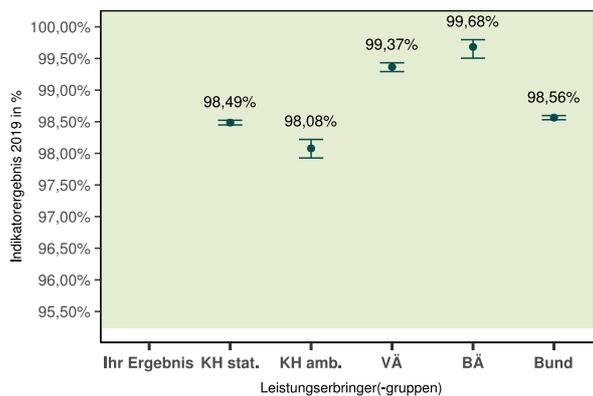
Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
2.1	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund		31,43 % 71.230/226.600
2.1.1	Anteil der Fälle, welche keine Anzeichen einer stabilen Angina Pectoris haben		27,44 % 62.172/226.600
2.1.2	Anteil der Fälle, welche Anzeichen einer Angina pectoris bei schwerer Belastung (CCS I) haben		15,38 % 34.858/226.600
2.1.3	Anteil der Fälle, welche Anzeichen einer Angina pectoris bei mittlerer Belastung (CCS II) haben		39,53 % 89.582/226.600
2.1.4	Anteil der Fälle, welche Anzeichen einer Angina pectoris bei leichter Belastung (CCS III) haben		12,29 % 27.843/226.600

56002: Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI

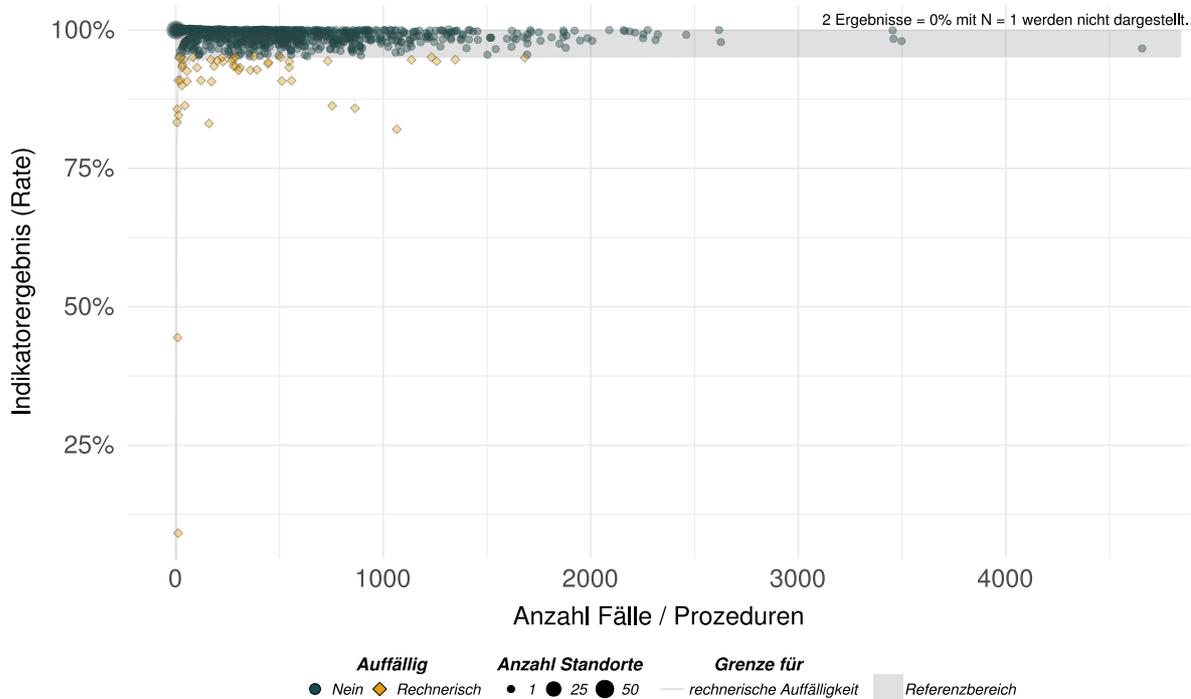
Qualitätsziel	Der Anteil an elektiven oder dringlichen Koronarangiographien oder PCI, bei denen die Nierenfunktion innerhalb von einer Woche vor dem Eingriff gemessen wurde, soll hoch sein.
ID	56002
Grundgesamtheit	Alle elektiven oder dringlichen isolierten Koronarangiographien oder PCI
Zähler	Eingriffe mit gemessener Nierenfunktion
Referenzbereich	≥ 95,24 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
56002				
2019			99,68 %	99,50 % - 99,80 %
2018			99,62 %	99,44 % - 99,75 %
2017			99,46 %	99,10 % - 99,67 %

Detailergebnisse

EJ 2019		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2018: /	2018:	2018:
		2017: /	2017:	2017:
Ambulant	VÄ	49.799 / 50.117 2018: 49.350 / 49.764 2017: 19.737 / 20.893	99,37 % 2018: 99,17 % 2017: 94,47 %	99,29 % - 99,43 % 2018: 99,08 % - 99,24 % 2017: 94,15 % - 94,77 %
	KH	32.975 / 33.621 2018: 28.294 / 28.962 2017: 26.000 / 26.764	98,08 % 2018: 97,69 % 2017: 97,15 %	97,93 % - 98,22 % 2018: 97,51 % - 97,86 % 2017: 96,94 % - 97,34 %
Stationär	BÄ	5.963 / 5.982 2018: 6.325 / 6.349 2017: 2.738 / 2.753	99,68 % 2018: 99,62 % 2017: 99,46 %	99,50 % - 99,80 % 2018: 99,44 % - 99,75 % 2017: 99,10 % - 99,67 %
	KH	409.054 / 415.342 2018: 393.909 / 401.370 2017: 396.196 / 404.734	98,49 % 2018: 98,14 % 2017: 97,89 %	98,45 % - 98,52 % 2018: 98,10 % - 98,18 % 2017: 97,85 % - 97,93 %
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		2.267 / 2.279 2018: 1.756 / 1.762 2017: - / -	99,47 % 2018: 99,66 % 2017: -	99,08 % - 99,70 % 2018: 99,26 % - 99,84 % 2017: -
Bund (gesamt)		500.058 / 507.341 2018: 479.634 / 488.207 2017: 444.671 / 455.144	98,56 % 2018: 98,24 % 2017: 97,70 %	98,53 % - 98,60 % 2018: 98,21 % - 98,28 % 2017: 97,66 % - 97,74 %

Gruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt

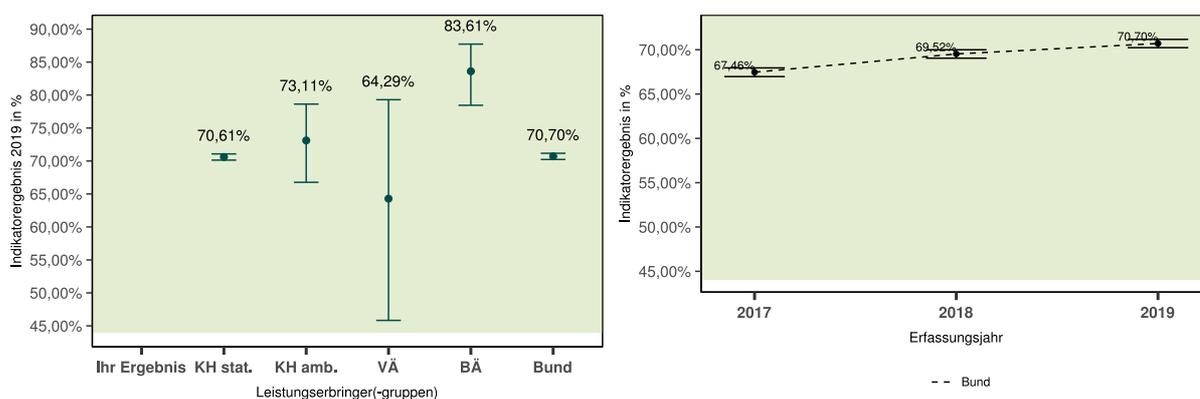
Qualitätsziel	Möglichst niedrige "Door-to-balloon"-Zeit.
----------------------	--

56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt

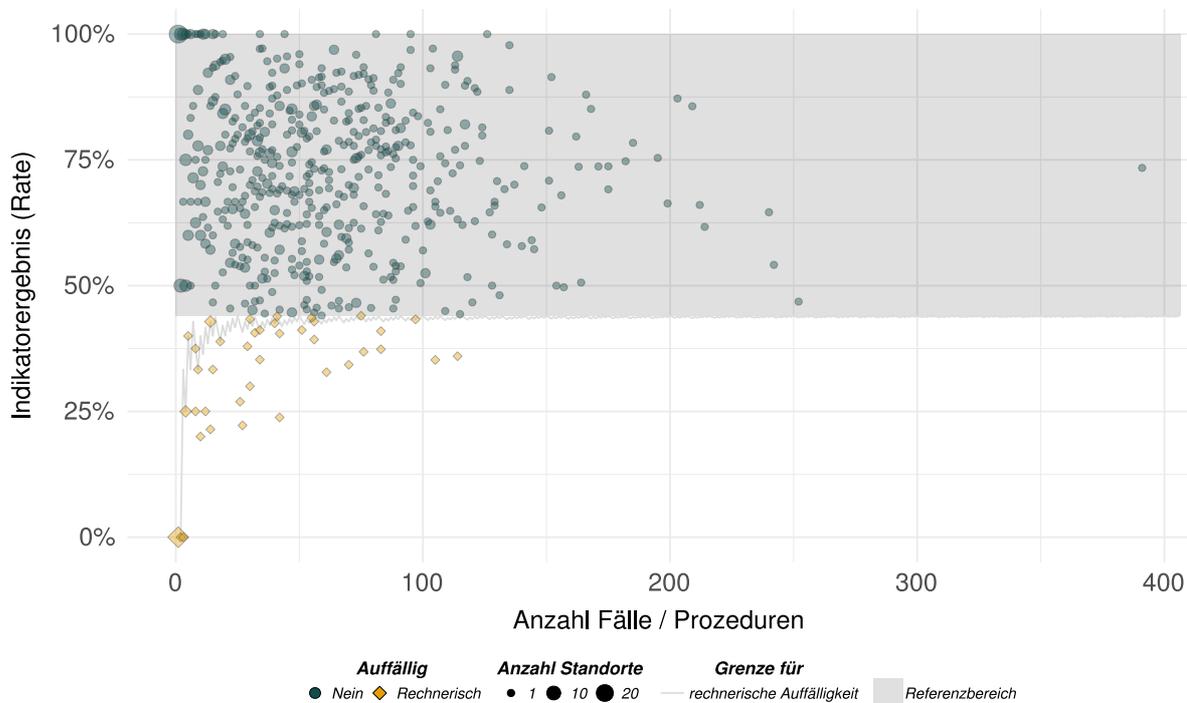
ID	56003
Grundgesamtheit	Alle Erst-PCIs (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies unbekannt ist. Berücksichtigt werden nur Prozeduren mit gültigen Angaben zum "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkt sowie mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor
Zähler	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten
Referenzbereich	≥ 44,01 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
56003				
2019			83,61 %	78,45 % - 87,72 %
2018			81,33 %	76,54 % - 85,34 %
2017			85,25 %	77,88 % - 90,46 %

Detailergebnisse

EJ 2019		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2018: /	2018:	2018:
		2017: /	2017:	2017:
Ambulant	VÄ	18 / 28 2018: 21 / 29 2017: 2 / 3	64,29 % 2018: 72,41 % 2017: 66,67 %	45,83 % - 79,29 % 2018: 54,28 % - 85,30 % 2017: 20,77 % - 93,85 %
	KH	155 / 212 2018: 93 / 126 2017: 83 / 119	73,11 % 2018: 73,81 % 2017: 69,75 %	66,77 % - 78,63 % 2018: 65,51 % - 80,70 % 2017: 60,98 % - 77,28 %
Stationär	BÄ	204 / 244 2018: 244 / 300 2017: 104 / 122	83,61 % 2018: 81,33 % 2017: 85,25 %	78,45 % - 87,72 % 2018: 76,54 % - 85,34 % 2017: 77,88 % - 90,46 %
	KH	25.246 / 35.756 2018: 24.828 / 35.772 2017: 23.585 / 34.996	70,61 % 2018: 69,41 % 2017: 67,39 %	70,13 % - 71,08 % 2018: 68,93 % - 69,88 % 2017: 66,90 % - 67,88 %
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		1 / 2 2018: 0 / 0 2017: - / -	50,00 % 2018: - 2017: -	9,45 % - 90,55 % 2018: - 2017: -
Bund (gesamt)		25.624 / 36.242 2018: 25.186 / 36.227 2017: 23.774 / 35.240	70,70 % 2018: 69,52 % 2017: 67,46 %	70,23 % - 71,17 % 2018: 69,05 % - 69,99 % 2017: 66,97 % - 67,95 %

56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt

ID 56004

Grundgesamtheit Alle Erst-PCIs (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies unbekannt ist. Berücksichtigt werden nur Prozeduren mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor oder mit fehlenden Angaben zum "Door"- oder "Balloon"-Zeitpunkt

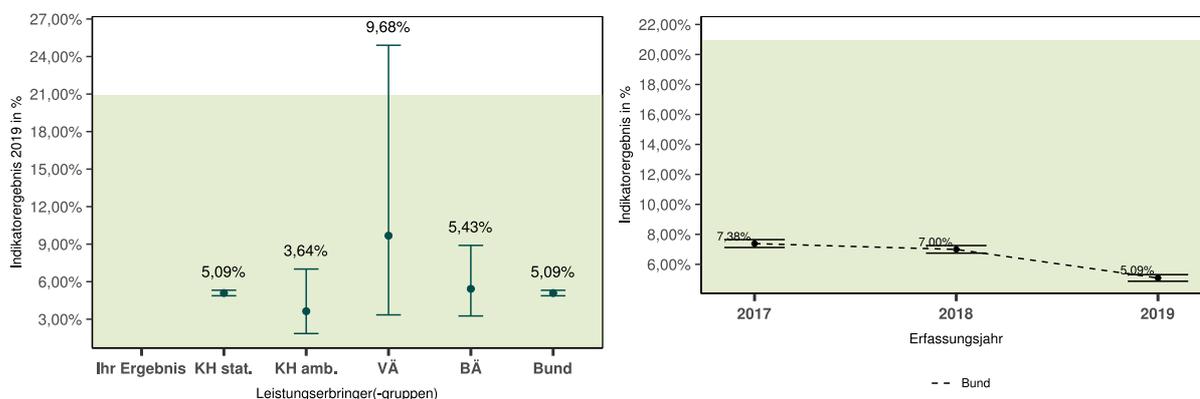
Zähler "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt

Referenzbereich ≤ 20,93 % (95. Perzentil)

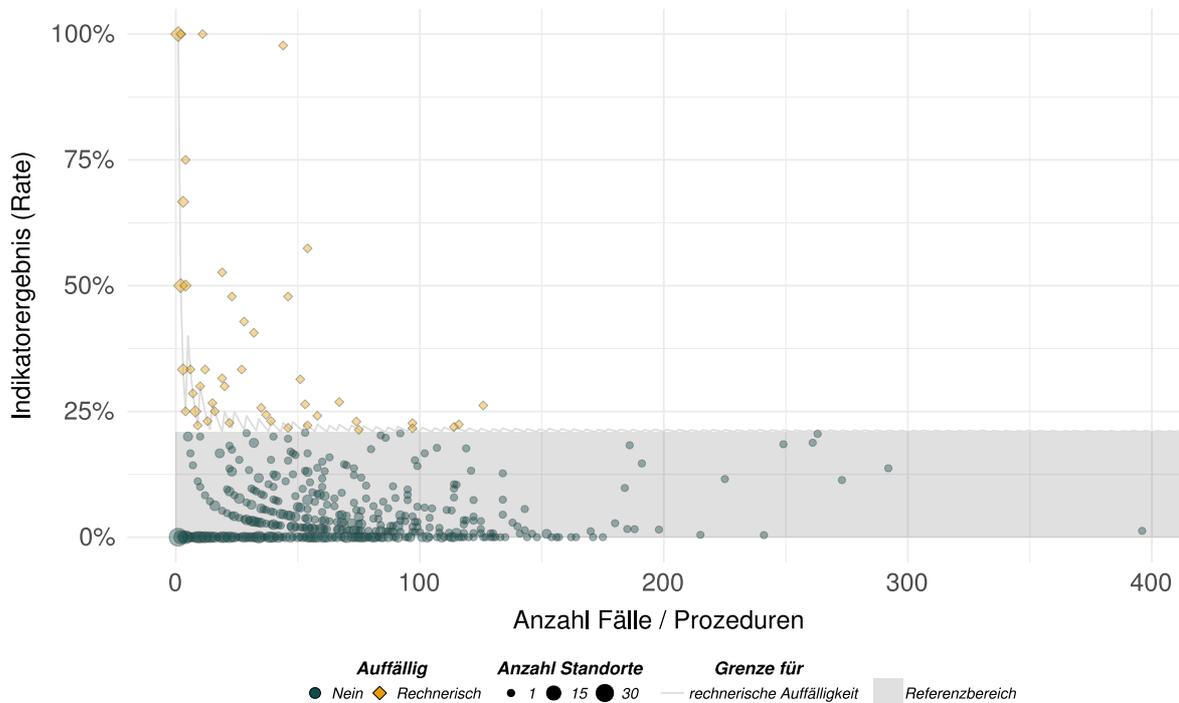
Datenquellen QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
56004				
2019			5,43 %	3,26 % - 8,90 %
2018			7,12 %	4,79 % - 10,46 %
2017			5,43 %	2,65 % - 10,78 %

Detailergebnisse

EJ 2019		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2018: /	2018:	2018:
		2017: /	2017:	2017:
Ambulant	VÄ	3 / 31 2018: 4 / 33 2017: 0 / 3	9,68 % 2018: 12,12 % 2017: 0,00 %	3,35 % - 24,90 % 2018: 4,82 % - 27,33 % 2017: 0,00 % - 56,15 %
	KH	8 / 220 2018: 5 / 131 2017: 5 / 124	3,64 % 2018: 3,82 % 2017: 4,03 %	1,85 % - 7,01 % 2018: 1,64 % - 8,62 % 2017: 1,73 % - 9,09 %
Stationär	BÄ	14 / 258 2018: 23 / 323 2017: 7 / 129	5,43 % 2018: 7,12 % 2017: 5,43 %	3,26 % - 8,90 % 2018: 4,79 % - 10,46 % 2017: 2,65 % - 10,78 %
	KH	1.918 / 37.674 2018: 2.691 / 38.463 2017: 2.797 / 37.793	5,09 % 2018: 7,00 % 2017: 7,40 %	4,87 % - 5,32 % 2018: 6,75 % - 7,26 % 2017: 7,14 % - 7,67 %
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		0 / 2 2018: 2 / 2 2017: - / -	0,00 % 2018: 100,00 % 2017: -	0,00 % - 65,76 % 2018: 34,24 % - 100,00 % 2017: -
Bund (gesamt)		1.943 / 38.185 2018: 2.725 / 38.952 2017: 2.809 / 38.049	5,09 % 2018: 7,00 % 2017: 7,38 %	4,87 % - 5,31 % 2018: 6,75 % - 7,25 % 2017: 7,12 % - 7,65 %

Kennzahlübersicht 2019

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
4.1	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt		70,70 % 25.624/36.242

4.1.1 Altersverteilung und Geschlecht für Fälle mit einer "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt Bund (Gesamt)	Geschlecht männlich	Geschlecht weiblich	Geschlecht unbestimmt
18 - 29 Jahre	0,23 % 42/18.383	0,11 % 8/7.240	0,00 % 0/1
30 - 39 Jahre	2,33 % 428/18.383	1,27 % 92/7.240	0,00 % 0/1
40 - 49 Jahre	11,97 % 2.201/18.383	5,37 % 389/7.240	0,00 % 0/1
50 - 59 Jahre	31,03 % 5.705/18.383	17,79 % 1.288/7.240	100,00 % 1/1
60 - 69 Jahre	27,06 % 4.975/18.383	24,31 % 1.760/7.240	0,00 % 0/1
70 - 79 Jahre	17,57 % 3.229/18.383	25,17 % 1.822/7.240	0,00 % 0/1
>= 80 Jahre	9,81 % 1.803/18.383	25,98 % 1.881/7.240	0,00 % 0/1

4.1.2 Altersverteilung und Geschlecht für Fälle mit einer "Door-to-balloon"-Zeit über 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt Bund (Gesamt)	Geschlecht männlich	Geschlecht weiblich	Geschlecht unbestimmt
18 - 29 Jahre	0,30 % 22/7.393	0,16 % 5/3.225	- 0/0
30 - 39 Jahre	2,15 % 159/7.393	1,27 % 41/3.225	- 0/0
40 - 49 Jahre	10,27 % 759/7.393	5,52 % 178/3.225	- 0/0
50 - 59 Jahre	29,12 % 2.153/7.393	14,60 % 471/3.225	- 0/0
60 - 69 Jahre	26,11 % 1.930/7.393	21,95 % 708/3.225	- 0/0

4.1.2 Altersverteilung und Geschlecht für Fälle mit einer "Door-to-balloon"-Zeit über 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt Bund (Gesamt)	Geschlecht männlich	Geschlecht weiblich	Geschlecht unbestimmt
70 - 79 Jahre	18,83 % 1.392/7.393	25,33 % 817/3.225	- 0/0
>= 80 Jahre	13,23 % 978/7.393	31,16 % 1.005/3.225	- 0/0

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
4.2	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt		5,09 % 1.943/38.185

4.2.1 Altersverteilung und Geschlecht für Fälle mit einer unbekanntem "Door-to-balloon"-Zeit bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt Bund (Gesamt)	Geschlecht männlich	Geschlecht weiblich	Geschlecht unbestimmt
18 - 29 Jahre	0,23 % 3/1.322	0,16 % 1/621	- 0/0
30 - 39 Jahre	2,72 % 36/1.322	1,13 % 7/621	- 0/0
40 - 49 Jahre	10,06 % 133/1.322	4,99 % 31/621	- 0/0
50 - 59 Jahre	29,27 % 387/1.322	14,01 % 87/621	- 0/0
60 - 69 Jahre	25,95 % 343/1.322	28,66 % 178/621	- 0/0
70 - 79 Jahre	18,38 % 243/1.322	22,87 % 142/621	- 0/0
>= 80 Jahre	13,39 % 177/1.322	28,18 % 175/621	- 0/0

Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt

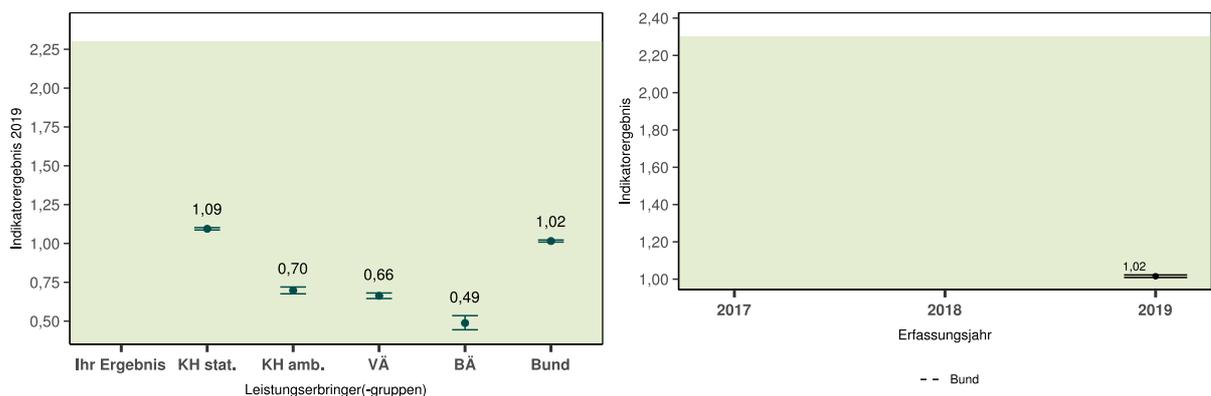
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.
----------------------	--

56005: Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²

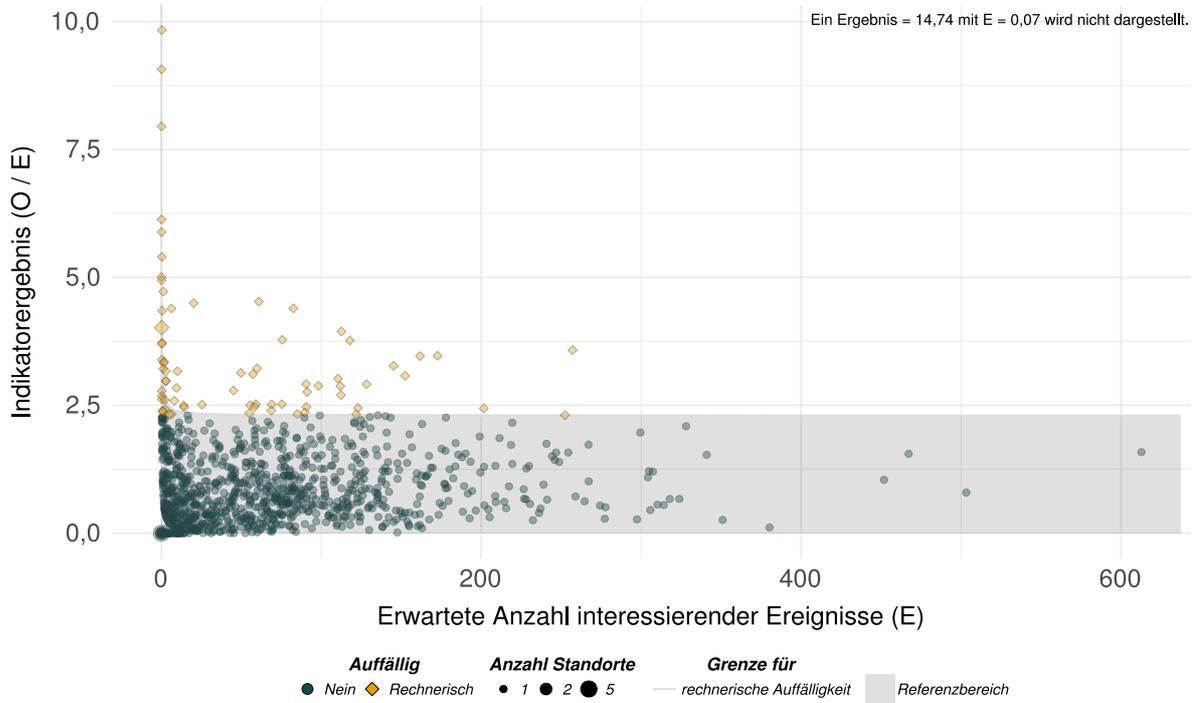
ID	56005
Grundgesamtheit	Alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGy x cm ²
Zähler	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm ²
O (observed)	Beobachtete Rate an isolierten Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm ²
E (expected)	Erwartete Rate an isolierten Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm ² , risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56005
Referenzbereich	≤ 2,30 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

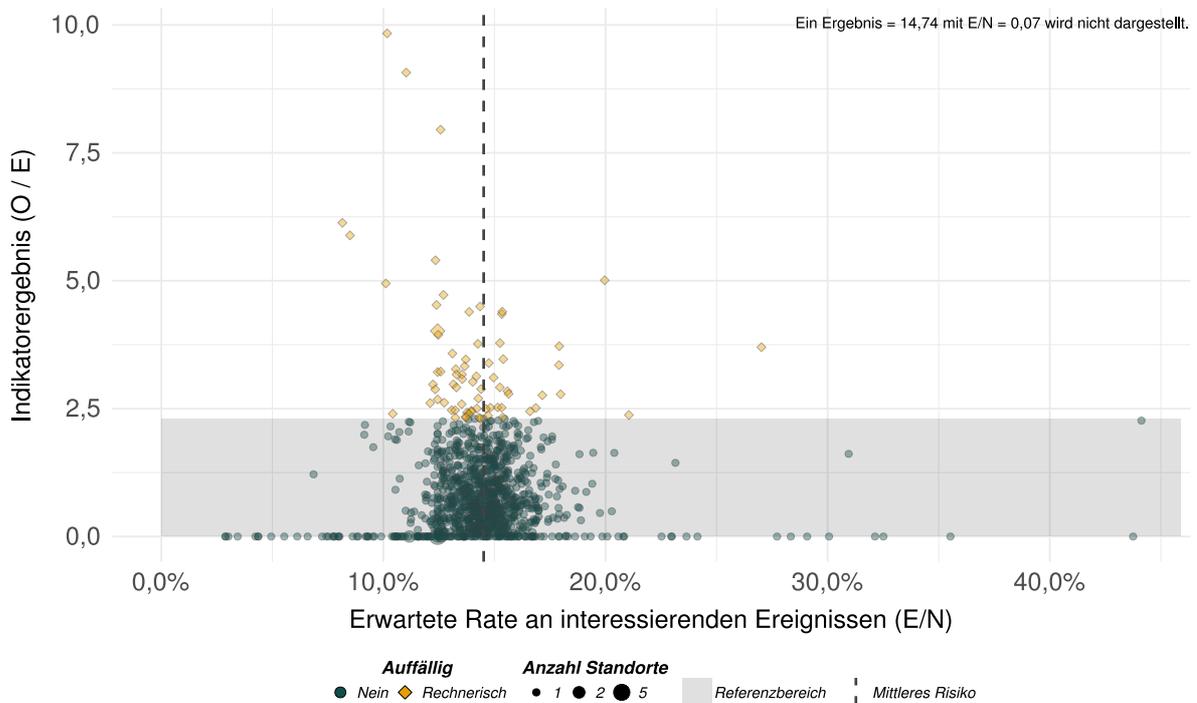
Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID 56005	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
2019			0,49	0,44 - 0,54
2018			-	-
2017			-	-

Detailergebnisse

EJ 2019		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis			/		
		2018: 2017:	2018: / 2017: /	2018: 2017:	2018: 2017:
Ambulant	VÄ	49.124 2018: - 2017: -	4.800 / 7.237,89 2018: - / - 2017: - / -	0,66 2018: - 2017: -	0,65 - 0,68 2018: - 2017: -
	KH	33.746 2018: - 2017: -	3.502 / 5.019,93 2018: - / - 2017: - / -	0,70 2018: - 2017: -	0,68 - 0,72 2018: - 2017: -
Stationär	BÄ	5.879 2018: - 2017: -	411 / 842,17 2018: - / - 2017: - / -	0,49 2018: - 2017: -	0,44 - 0,54 2018: - 2017: -
	KH	417.278 2018: - 2017: -	66.030 / 60.334,06 2018: - / - 2017: - / -	1,09 2018: - 2017: -	1,09 - 1,10 2018: - 2017: -
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		2.179 2018: - 2017: -	172 / 328,04 2018: - / - 2017: - / -	0,52 2018: - 2017: -	0,45 - 0,60 2018: - 2017: -
Bund (gesamt)		508.206 2018: - 2018: -	74.915 / 73.762,09 2018: - / - 2017: - / -	1,02 2018: - 2017: -	1,01 - 1,02 2018: - 2017: -

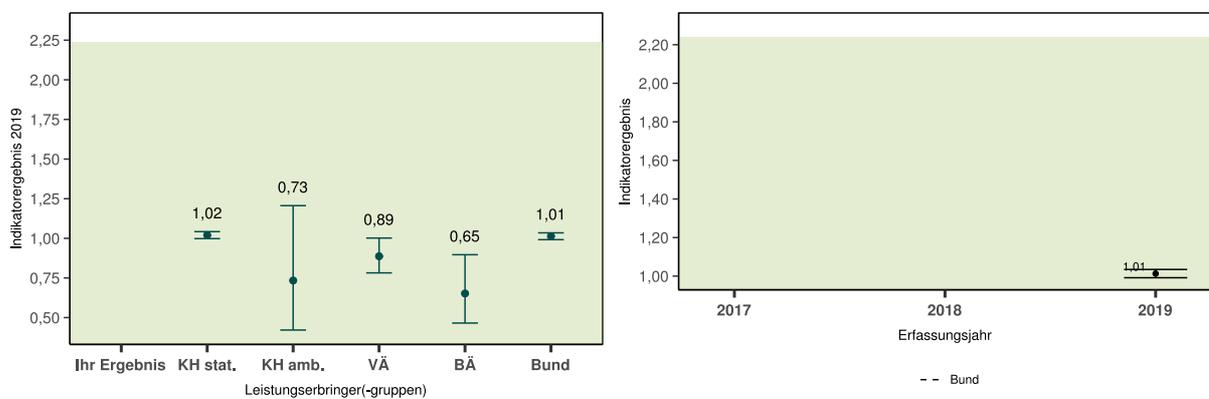
* Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Rate ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Rate ist 10 % kleiner als erwartet.

56006: Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²

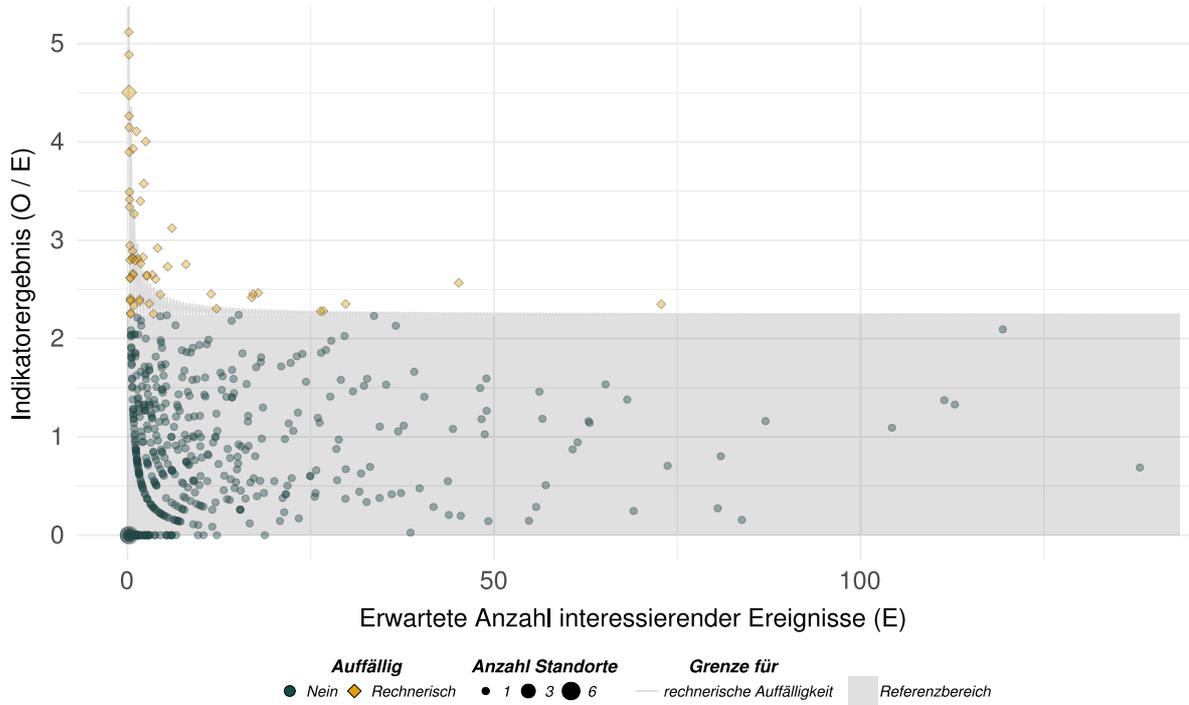
ID	56006
Grundgesamtheit	Alle isolierten PCI mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGy x cm ²
Zähler	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm ²
O (observed)	Beobachtete Rate an isolierten PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm ²
E (expected)	Erwartete Rate an isolierten PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm ² , risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56006
Referenzbereich	≤ 2,24 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

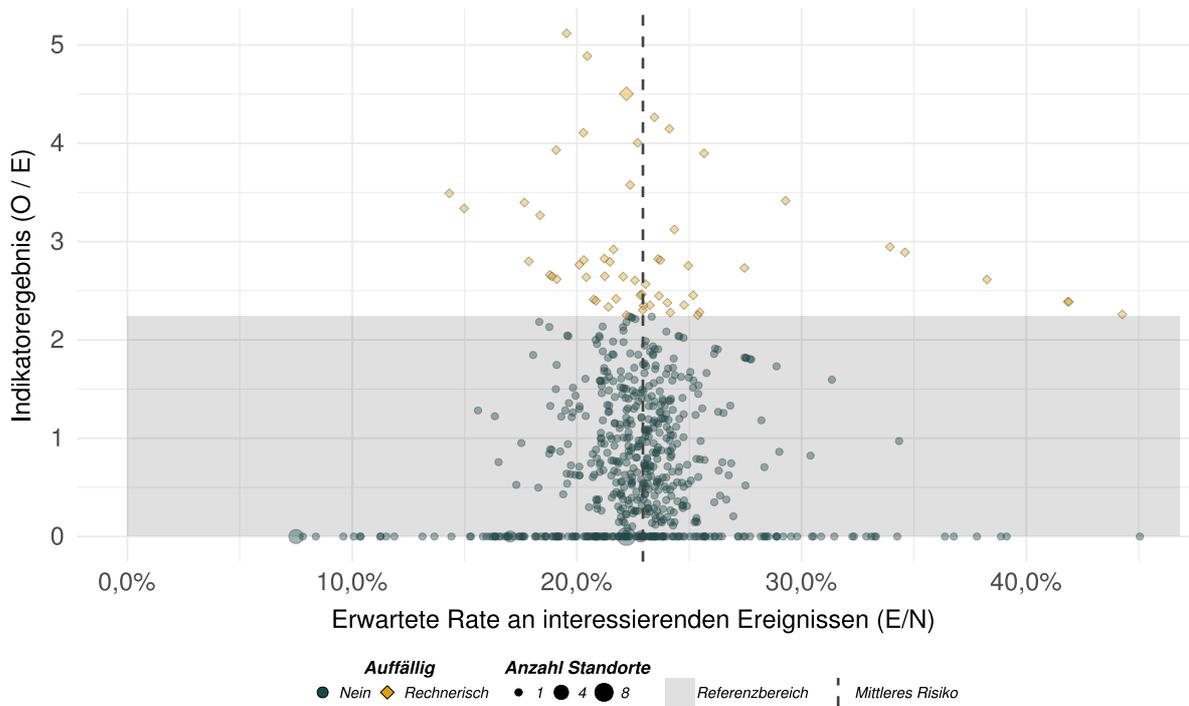
Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID 56006	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
2019			0,65	0,47 - 0,90
2018			-	-
2017			-	-

Detailergebnisse

EJ 2019		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis			/		
		2018: 2017:	2018: / 2017: /	2018: 2017:	2018: 2017:
Ambulant	VÄ	958 2018: - 2017: -	198 / 223,26 2018: - / - 2017: - / -	0,89 2018: - 2017: -	0,78 - 1,00 2018: - 2017: -
	KH	65 2018: - 2017: -	11 / 14,99 2018: - / - 2017: - / -	0,73 2018: - 2017: -	0,42 - 1,21 2018: - 2017: -
Stationär	BÄ	205 2018: - 2017: -	30 / 46,01 2018: - / - 2017: - / -	0,65 2018: - 2017: -	0,47 - 0,90 2018: - 2017: -
	KH	26.900 2018: - 2017: -	6.290 / 6.166,66 2018: - / - 2017: - / -	1,02 2018: - 2017: -	1,00 - 1,04 2018: - 2017: -
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		113 2018: - 2017: -	33 / 27,08 2018: - / - 2017: - / -	1,22 2018: - 2017: -	0,90 - 1,59 2018: - 2017: -
Bund (gesamt)		28.241 2018: - 2017: -	6.562 / 6.477,99 2018: - / - 2017: - / -	1,01 2018: - 2017: -	0,99 - 1,03 2018: - 2017: -

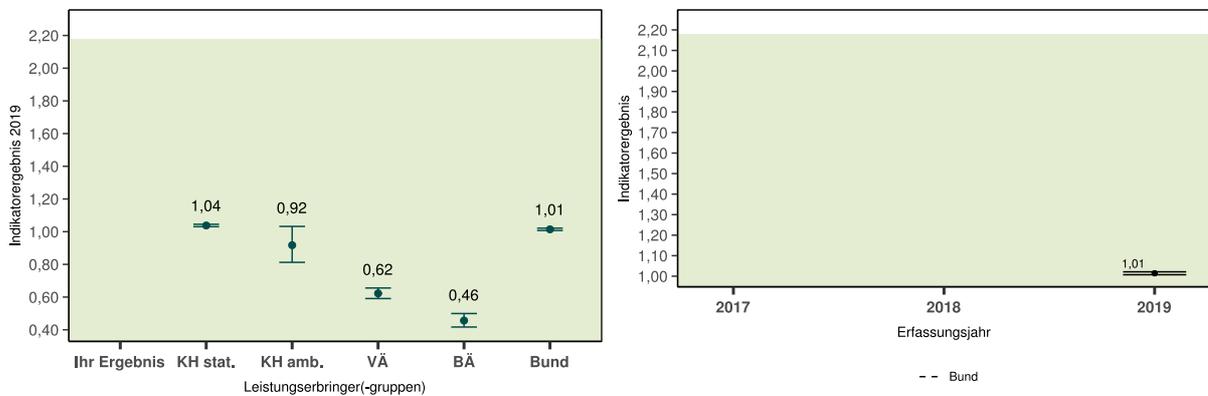
* Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Rate ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Rate ist 10 % kleiner als erwartet.

56007: Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²

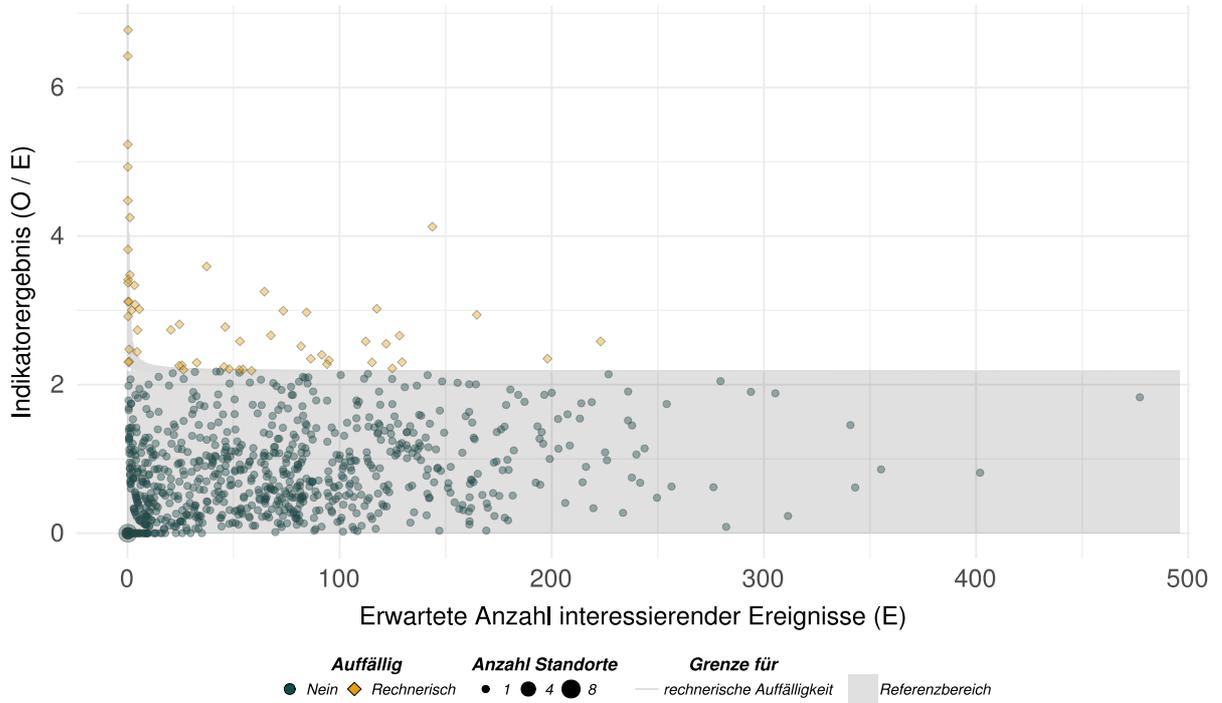
ID	56007
Grundgesamtheit	Alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGy x cm ²
Zähler	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm ²
O (observed)	Beobachtete Rate an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm ²
E (expected)	Erwartete Rate an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm ² , risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56007
Referenzbereich	≤ 2,18 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

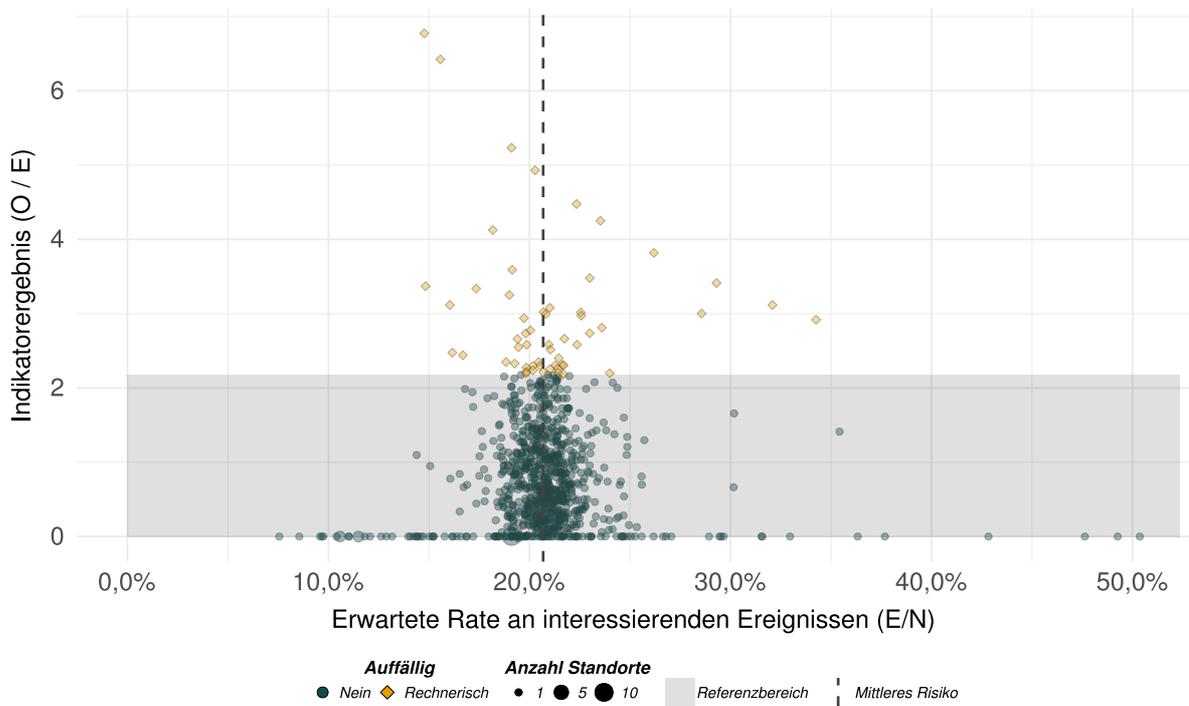
Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID 56007	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
2019			0,46	0,42 - 0,50
2018			-	-
2017			-	-

Detailergebnisse

EJ 2019		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis			/		
		2018: 2017:	2018: / 2017: /	2018: 2017:	2018: 2017:
Ambulant	VÄ	9.306 2018: - 2017: -	1.239 / 1.990,14 2018: - / - 2017: - / -	0,62 2018: - 2017: -	0,59 - 0,66 2018: - 2017: -
	KH	1.177 2018: - 2017: -	218 / 237,65 2018: - / - 2017: - / -	0,92 2018: - 2017: -	0,81 - 1,03 2018: - 2017: -
Stationär	BÄ	4.499 2018: - 2017: -	426 / 933,37 2018: - / - 2017: - / -	0,46 2018: - 2017: -	0,42 - 0,50 2018: - 2017: -
	KH	281.146 2018: - 2017: -	60.280 / 58.079,75 2018: - / - 2017: - / -	1,04 2018: - 2017: -	1,03 - 1,05 2018: - 2017: -
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		598 2018: - 2017: -	79 / 125,40 2018: - / - 2017: - / -	0,63 2018: - 2017: -	0,51 - 0,77 2018: - 2017: -
Bund (gesamt)		296.726 2018: - 2018: -	62.242 / 61.366,31 2018: - / - 2017: - / -	1,01 2018: - 2017: -	1,01 - 1,02 2018: - 2017: -

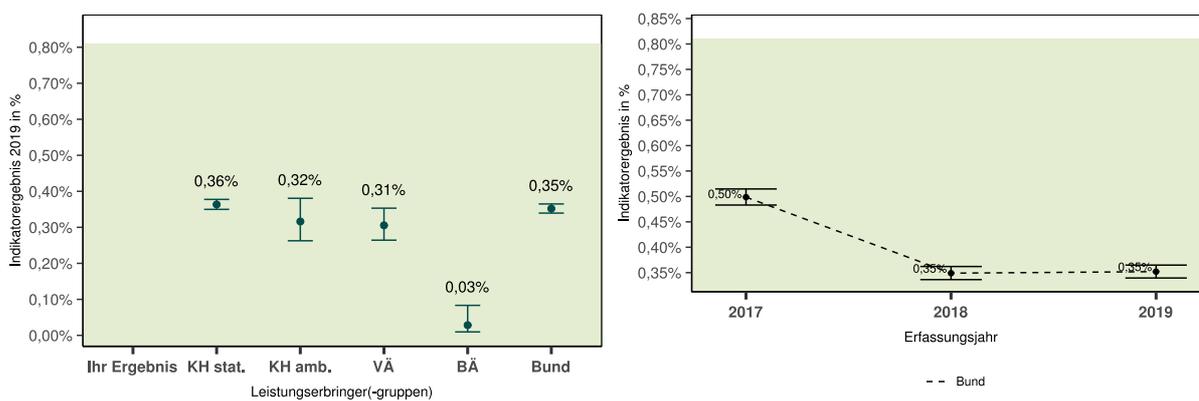
* Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Rate ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Rate ist 10 % kleiner als erwartet.

56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

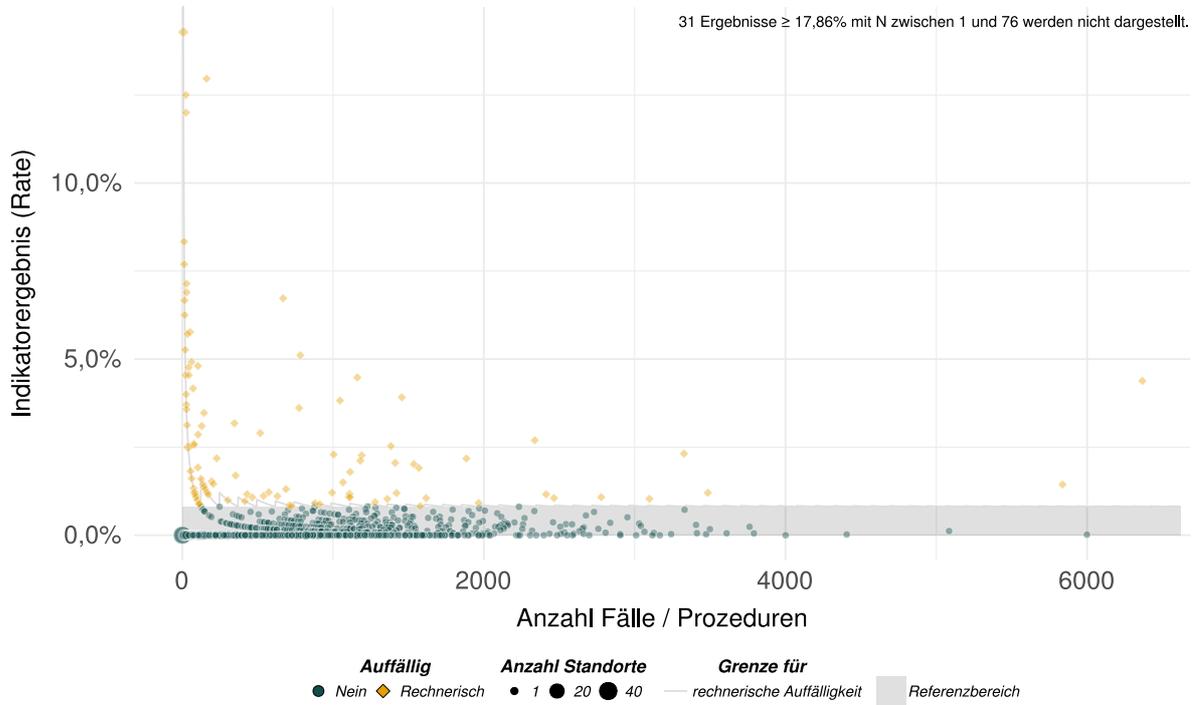
ID	56008
Grundgesamtheit	Alle Prozeduren
Zähler	Prozeduren mit nicht bekanntem Dosis-Flächen-Produkt
Referenzbereich	≤ 0,81 % (90. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
56008				
2019			0,03 %	0,01 % - 0,08 %
2018			0,04 %	0,02 % - 0,11 %
2017			0,27 %	0,16 % - 0,45 %

Detailergebnisse

EJ 2019		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2018: /	2018:	2018:
		2017: /	2017:	2017:
Ambulant	VÄ	182 / 59.570 2018: 179 / 58.439 2017: 59 / 23.347	0,31 % 2018: 0,31 % 2017: 0,25 %	0,26 % - 0,35 % 2018: 0,26 % - 0,35 % 2017: 0,20 % - 0,33 %
	KH	111 / 35.105 2018: 105 / 29.953 2017: 137 / 27.729	0,32 % 2018: 0,35 % 2017: 0,49 %	0,26 % - 0,38 % 2018: 0,29 % - 0,42 % 2017: 0,42 % - 0,58 %
Stationär	BÄ	3 / 10.586 2018: 5 / 11.114 2017: 14 / 5.193	0,03 % 2018: 0,04 % 2017: 0,27 %	0,01 % - 0,08 % 2018: 0,02 % - 0,11 % 2017: 0,16 % - 0,45 %
	KH	2.646 / 728.050 2018: 2.510 / 703.515 2017: 3.581 / 704.018	0,36 % 2018: 0,36 % 2017: 0,51 %	0,35 % - 0,38 % 2018: 0,34 % - 0,37 % 2017: 0,49 % - 0,53 %
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		1 / 2.891 2018: 11 / 2.186 2017: - / -	0,03 % 2018: 0,50 % 2017: -	0,01 % - 0,20 % 2018: 0,28 % - 0,90 % 2017: -
Bund (gesamt)		2.943 / 836.202 2018: 2.810 / 805.207 2017: 3.791 / 760.287	0,35 % 2018: 0,35 % 2017: 0,50 %	0,34 % - 0,36 % 2018: 0,34 % - 0,36 % 2017: 0,48 % - 0,51 %

Kennzahlübersicht 2019

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
5.1	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²		
5.1.1	Logistische Regression		
5.1.1.1	O (observed, beobachtet)		14,74 % 74.915/508.206
5.1.1.2	E (expected, erwartet)		14,51 % 73.762/508.206
5.1.1.3	O – E		0,23 %
5.1.1.4	O/E		1,02
5.1.2	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²		14,74 % 74.915/508.206
5.1.3	Body mass index - BMI		
5.1.3.1	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) untergewichtig sind (< 18,5 BMI)		0,18 % 133/74.915
5.1.3.2	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) normalgewichtig sind (BMI: 18,5 - 24,9)		9,73 % 7.289/74.915
5.1.3.3	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) leicht übergewichtig sind (BMI: 25 - 29,9)		29,14 % 21.827/74.915
5.1.3.4	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse I, BMI: 30 - 34,9)		27,87 % 20.881/74.915
5.1.3.5	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse II, BMI: 35 - 39,9)		14,56 % 10.906/74.915
5.1.3.6	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse III, BMI: > 40)		9,56 % 7.160/74.915
5.1.3.7	Anteil der Fälle, bei denen die Größe unbekannt ist		7,52 % 5.633/74.915
5.1.3.8	Anteil der Fälle, bei denen das Gewicht unbekannt ist		7,37 % 5.518/74.915

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
5.2	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²		
5.2.1	Logistische Regression		
5.2.1.1	O (observed, beobachtet)		23,24 % 6.562/28.241
5.2.1.2	E (expected, erwartet)		22,94 % 6.478/28.241
5.2.1.3	O – E		0,30 %
5.2.1.4	O/E		1,01
5.2.2	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²		23,24 % 6.562/28.241
5.2.3	Body mass index - BMI		
5.2.3.1	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) untergewichtig sind (< 18,5 BMI)		0,23 % 15/6.562
5.2.3.2	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) normalgewichtig sind (BMI: 18,5 - 24,9)		14,16 % 929/6.562
5.2.3.3	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) leicht übergewichtig sind (BMI: 25 - 29,9)		36,22 % 2.377/6.562
5.2.3.4	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse I, BMI: 30 - 34,9)		25,08 % 1.646/6.562
5.2.3.5	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse II, BMI: 35 - 39,9)		10,39 % 682/6.562
5.2.3.6	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse III, BMI: > 40)		4,51 % 296/6.562
5.2.3.7	Anteil der Fälle, bei denen die Größe unbekannt ist		7,94 % 521/6.562
5.2.3.8	Anteil der Fälle, bei denen das Gewicht unbekannt ist		7,88 % 517/6.562

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
5.3	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²		
5.3.1	Logistische Regression		
5.3.1.1	O (observed, beobachtet)		20,98 % 62.242/296.726
5.3.1.2	E (expected, erwartet)		20,68 % 61.366/296.726
5.3.1.3	O – E		0,30 %
5.3.1.3	O/E		1,01
5.3.2	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²		20,98 % 62.242/296.726
5.3.3	Body mass index - BMI		
5.3.3.1	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) untergewichtig sind (< 18,5 BMI)		0,15 % 96/62.242
5.3.3.2	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) normalgewichtig sind (BMI: 18,5 - 24,9)		12,53 % 7.802/62.242
5.3.3.3	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) leicht übergewichtig sind (BMI: 25 - 29,9)		34,83 % 21.679/62.242
5.3.3.4	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse I, BMI: 30 - 34,9)		25,94 % 16.143/62.242
5.3.3.5	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse II, BMI: 35 - 39,9)		10,82 % 6.736/62.242
5.3.3.6	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse III, BMI: > 40)		5,60 % 3.484/62.242
5.3.3.7	Anteil der Fälle, bei denen die Größe unbekannt ist		8,55 % 5.321/62.242
5.3.3.8	Anteil der Fälle, bei denen das Gewicht unbekannt ist		8,26 % 5.140/62.242

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
5.4	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt		
5.4.1	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt		0,35 % 2.943/836.202
5.4.2	Body mass index - BMI		
5.4.2.1	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) untergewichtig sind (< 18,5 BMI)		0,75 % 22/2.943
5.4.2.2	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) normalgewichtig sind (BMI: 18,5 - 24,9)		21,68 % 638/2.943
5.4.2.3	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) leicht übergewichtig sind (BMI: 25 - 29,9)		32,35 % 952/2.943
5.4.2.4	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse I, BMI: 30 - 34,9)		15,60 % 459/2.943
5.4.2.5	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse II, BMI: 35 - 39,9)		4,89 % 144/2.943
5.4.2.6	Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse III, BMI: > 40)		2,58 % 76/2.943
5.4.2.7	Anteil der Fälle, bei denen die Größe unbekannt ist		20,97 % 617/2.943
5.4.2.8	Anteil der Fälle, bei denen das Gewicht unbekannt ist		20,42 % 601/2.943

Gruppe: Kontrastmittelmenge

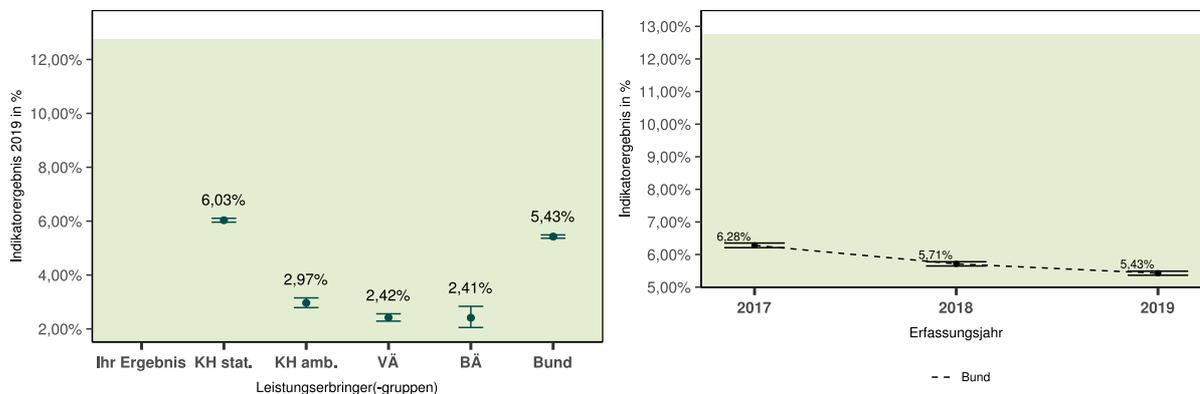
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge.
----------------------	--

56009: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml

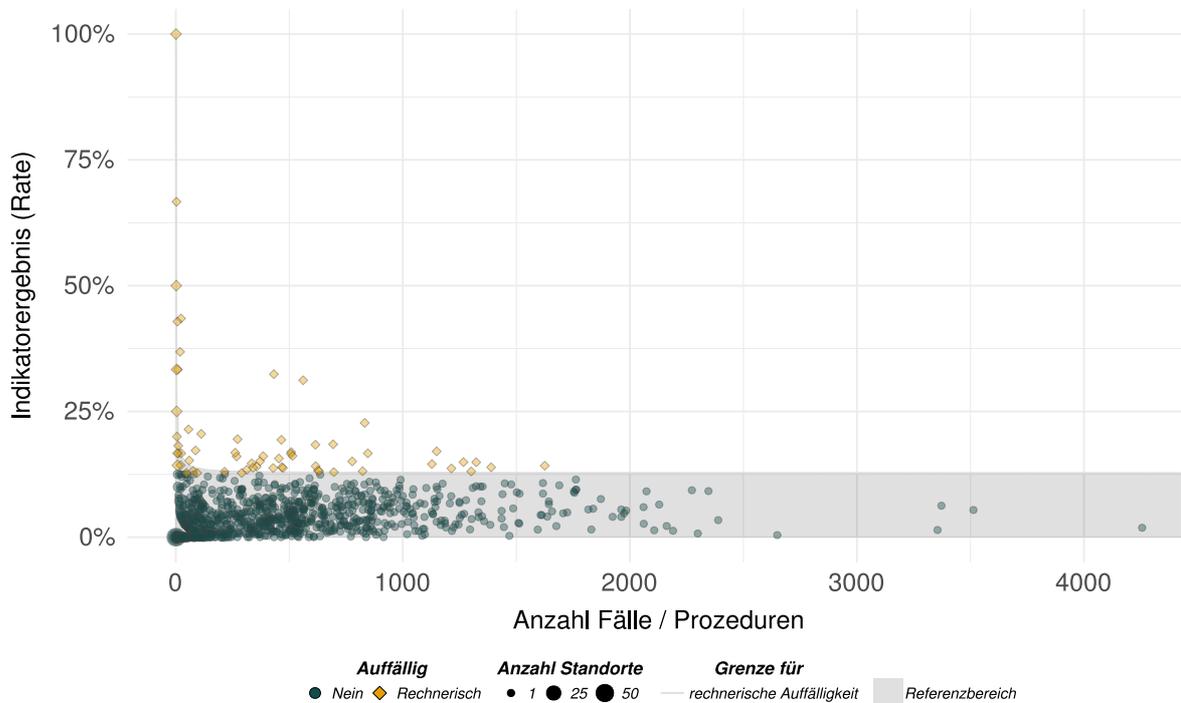
ID	56009
Grundgesamtheit	Alle isolierten Koronarangiographien
Zähler	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml
Referenzbereich	≤ 12,75 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
56009				
2019			2,41 %	2,05 % - 2,84 %
2018			3,15 %	2,74 % - 3,61 %
2017			4,15 %	3,46 % - 4,96 %

Detailergebnisse

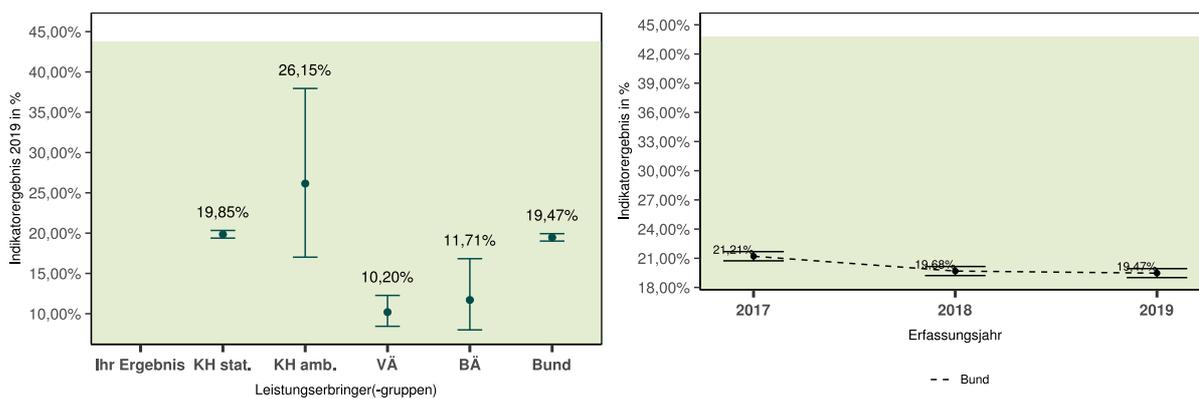
EJ 2019		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2018: /	2018:	2018:
		2017: /	2017:	2017:
Ambulant	VÄ	1.192 / 49.234 2018: 1.338 / 48.929 2017: 761 / 20.747	2,42 % 2018: 2,73 % 2017: 3,67 %	2,29 % - 2,56 % 2018: 2,59 % - 2,88 % 2017: 3,42 % - 3,93 %
	KH	1.004 / 33.859 2018: 891 / 29.167 2017: 913 / 26.913	2,97 % 2018: 3,05 % 2017: 3,39 %	2,79 % - 3,15 % 2018: 2,86 % - 3,26 % 2017: 3,18 % - 3,62 %
Stationär	BÄ	142 / 5.882 2018: 194 / 6.167 2017: 114 / 2.749	2,41 % 2018: 3,15 % 2017: 4,15 %	2,05 % - 2,84 % 2018: 2,74 % - 3,61 % 2017: 3,46 % - 4,96 %
	KH	25.277 / 418.924 2018: 25.592 / 404.977 2017: 26.877 / 405.955	6,03 % 2018: 6,32 % 2017: 6,62 %	5,96 % - 6,11 % 2018: 6,24 % - 6,39 % 2017: 6,54 % - 6,70 %
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		67 / 2.179 2018: 33 / 1.687 2017: - / -	3,07 % 2018: 1,96 % 2017: -	2,43 % - 3,89 % 2018: 1,40 % - 2,73 % 2017: -
Bund (gesamt)		27.682 / 510.078 2018: 28.048 / 490.927 2017: 28.665 / 456.364	5,43 % 2018: 5,71 % 2017: 6,28 %	5,37 % - 5,49 % 2018: 5,65 % - 5,78 % 2017: 6,21 % - 6,35 %

56010: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml

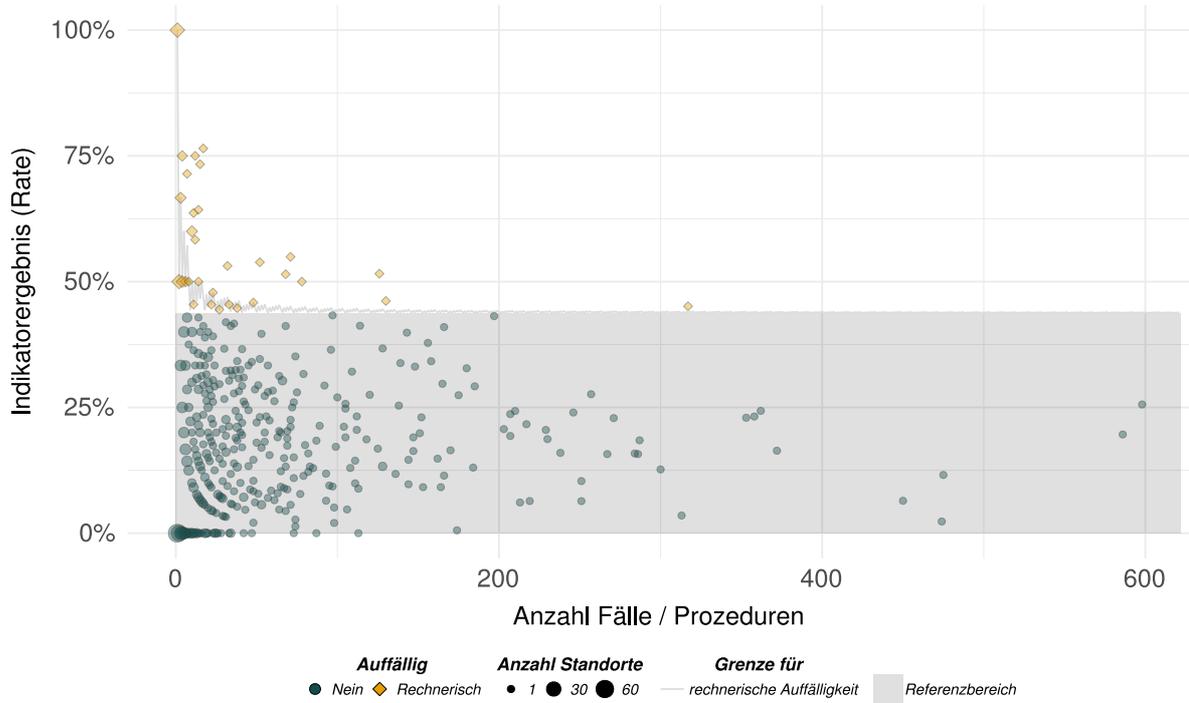
ID	56010
Grundgesamtheit	Alle isolierten PCI
Zähler	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml
Referenzbereich	≤ 43,76 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
56010				
2019			11,71 %	7,99 % - 16,83 %
2018			6,83 %	4,46 % - 10,31 %
2017			17,46 %	10,04 % - 28,62 %

Detailergebnisse

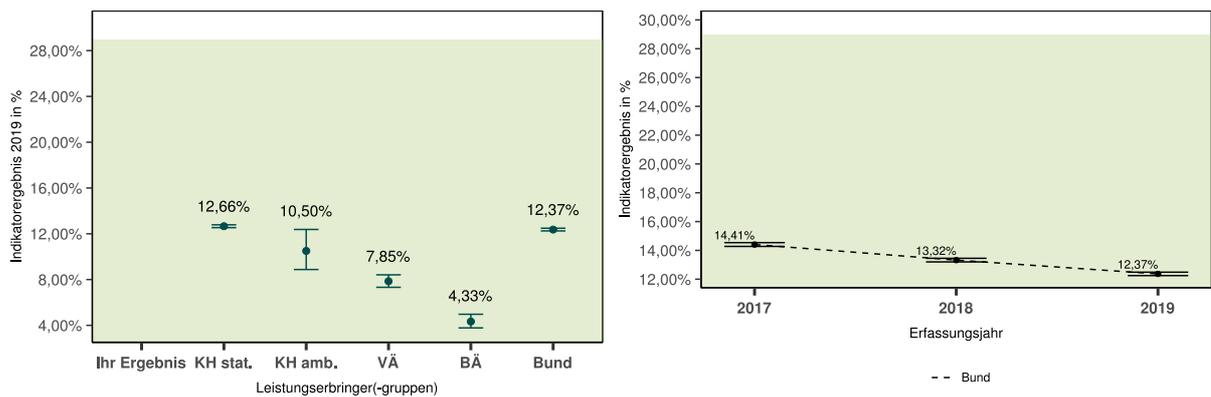
EJ 2019		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2018: /	2018:	2018:
		2017: /	2017:	2017:
Ambulant	VÄ	98 / 961 2018: 107 / 916 2017: 17 / 188	10,20 % 2018: 11,68 % 2017: 9,04 %	8,44 % - 12,27 % 2018: 9,76 % - 13,92 % 2017: 5,72 % - 14,00 %
	KH	17 / 65 2018: 6 / 31 2017: 8 / 36	26,15 % 2018: 19,35 % 2017: 22,22 %	17,02 % - 37,95 % 2018: 9,19 % - 36,28 % 2017: 11,72 % - 38,08 %
Stationär	BÄ	24 / 205 2018: 20 / 293 2017: 11 / 63	11,71 % 2018: 6,83 % 2017: 17,46 %	7,99 % - 16,83 % 2018: 4,46 % - 10,31 % 2017: 10,04 % - 28,62 %
	KH	5.371 / 27.055 2018: 5.353 / 26.652 2017: 6.041 / 28.369	19,85 % 2018: 20,08 % 2017: 21,29 %	19,38 % - 20,33 % 2018: 19,61 % - 20,57 % 2017: 20,82 % - 21,77 %
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		19 / 113 2018: 19 / 75 2017: - / -	16,81 % 2018: 25,33 % 2017: -	11,04 % - 24,77 % 2018: 16,86 % - 36,21 % 2017: -
Bund (gesamt)		5.529 / 28.399 2018: 5.505 / 27.967 2017: 6.077 / 28.656	19,47 % 2018: 19,68 % 2017: 21,21 %	19,01 % - 19,93 % 2018: 19,22 % - 20,15 % 2017: 20,74 % - 21,68 %

56011: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml

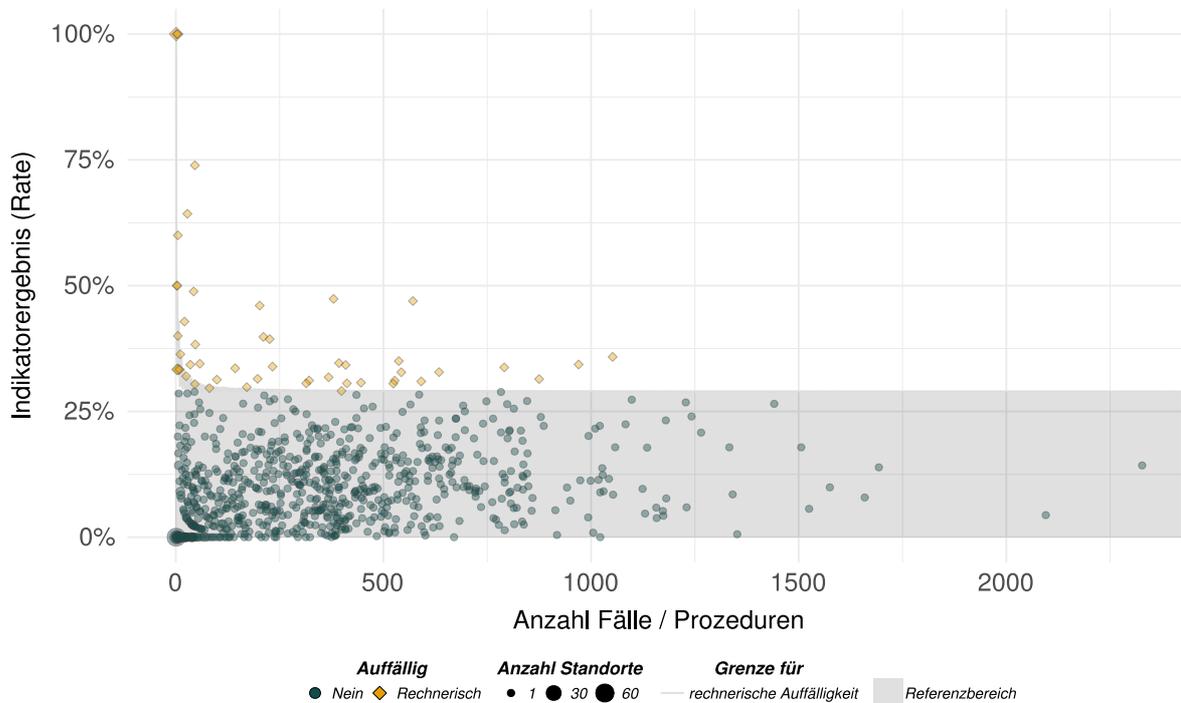
ID	56011
Grundgesamtheit	Alle Einzeitig-PCI
Zähler	Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml
Referenzbereich	≤ 28,96 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
56011				
2019			4,33 %	3,78 % - 4,97 %
2018			5,41 %	4,80 % - 6,10 %
2017			6,26 %	5,35 % - 7,30 %

Detailergebnisse

EJ 2019		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2018: /	2018:	2018:
		2017: /	2017:	2017:
Ambulant	VÄ	736 / 9.375 2018: 656 / 8.594 2017: 246 / 2.412	7,85 % 2018: 7,63 % 2017: 10,20 %	7,32 % - 8,41 % 2018: 7,09 % - 8,21 % 2017: 9,05 % - 11,47 %
	KH	124 / 1.181 2018: 83 / 755 2017: 88 / 780	10,50 % 2018: 10,99 % 2017: 11,28 %	8,88 % - 12,38 % 2018: 8,96 % - 13,43 % 2017: 9,25 % - 13,69 %
Stationär	BÄ	195 / 4.499 2018: 252 / 4.654 2017: 149 / 2.381	4,33 % 2018: 5,41 % 2017: 6,26 %	3,78 % - 4,97 % 2018: 4,80 % - 6,10 % 2017: 5,35 % - 7,30 %
	KH	35.709 / 282.071 2018: 37.123 / 271.886 2017: 39.174 / 269.694	12,66 % 2018: 13,65 % 2017: 14,53 %	12,54 % - 12,78 % 2018: 13,53 % - 13,78 % 2017: 14,39 % - 14,66 %
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		57 / 599 2018: 36 / 424 2017: - / -	9,52 % 2018: 8,49 % 2017: -	7,42 % - 12,13 % 2018: 6,20 % - 11,53 % 2017: -
Bund (gesamt)		36.821 / 297.725 2018: 38.150 / 286.313 2017: 39.657 / 275.267	12,37 % 2018: 13,32 % 2017: 14,41 %	12,25 % - 12,49 % 2018: 13,20 % - 13,45 % 2017: 14,28 % - 14,54 %

Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

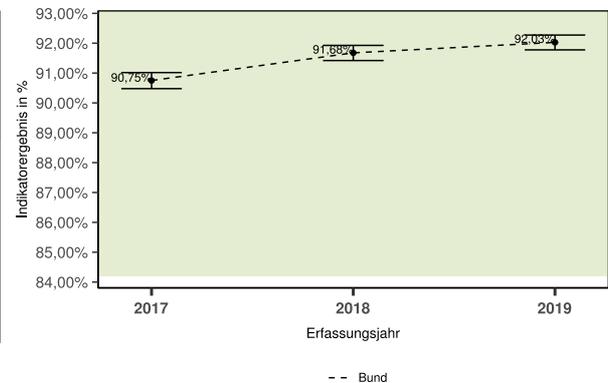
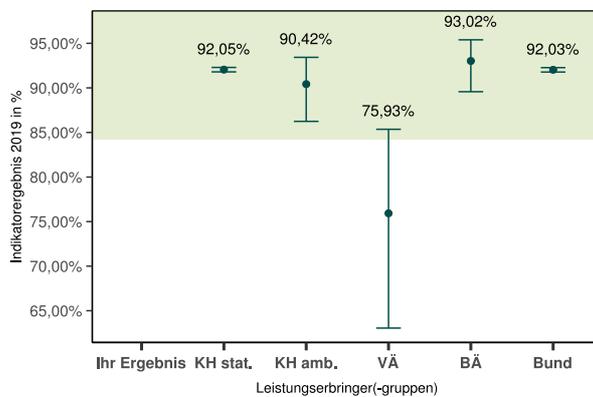
Qualitätsziel	Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.
----------------------	--

56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt

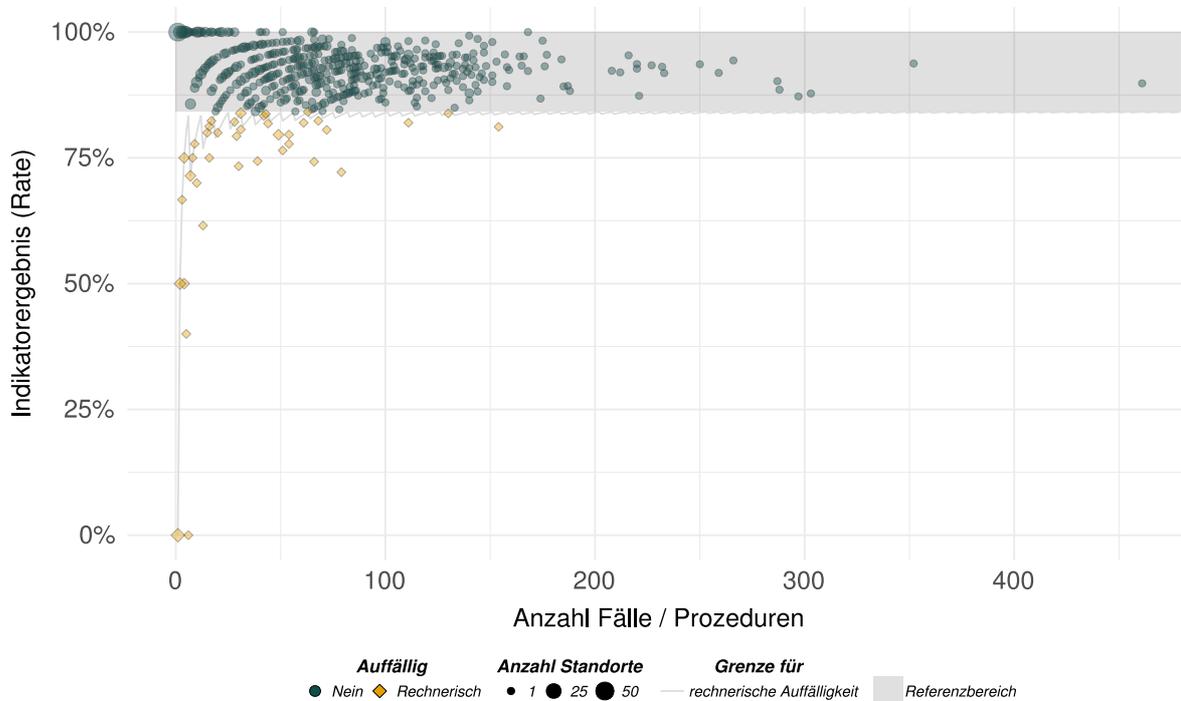
ID	56014
Grundgesamtheit	Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Zähler	Patientinnen und Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI
Referenzbereich	≥ 84,21 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
56014				
2019			93,02 %	89,57 % - 95,39 %
2018			94,28 %	91,41 % - 96,23 %
2017			94,41 %	89,72 % - 97,03 %

Detailergebnisse

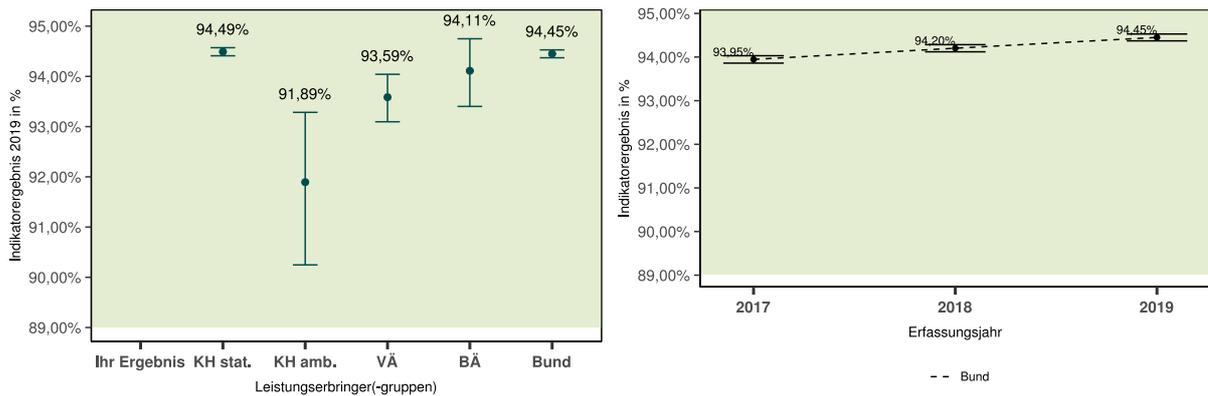
EJ 2019		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2018: /	2018:	2018:
		2017: /	2017:	2017:
Ambulant	VÄ	41 / 54 2018: 41 / 46 2017: 12 / 13	75,93 % 2018: 89,13 % 2017: 92,31 %	63,05 % - 85,36 % 2018: 76,96 % - 95,27 % 2017: 66,69 % - 98,63 %
	KH	236 / 261 2018: 144 / 147 2017: 131 / 147	90,42 % 2018: 97,96 % 2017: 89,12 %	86,24 % - 93,43 % 2018: 94,17 % - 99,30 % 2017: 83,05 % - 93,19 %
Stationär	BÄ	280 / 301 2018: 346 / 367 2017: 152 / 161	93,02 % 2018: 94,28 % 2017: 94,41 %	89,57 % - 95,39 % 2018: 91,41 % - 96,23 % 2017: 89,72 % - 97,03 %
	KH	41.524 / 45.111 2018: 41.167 / 44.924 2017: 40.070 / 44.158	92,05 % 2018: 91,64 % 2017: 90,74 %	91,80 % - 92,29 % 2018: 91,38 % - 91,89 % 2017: 90,47 % - 91,01 %
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		8 / 8 2018: 3 / 3 2017: - / -	100,00 % 2018: 100,00 % 2017: -	67,56 % - 100,00 % 2018: 43,85 % - 100,00 % 2017: -
Bund (gesamt)		42.089 / 45.735 2018: 41.701 / 45.487 2017: 40.365 / 44.479	92,03 % 2018: 91,68 % 2017: 90,75 %	91,78 % - 92,27 % 2018: 91,42 % - 91,93 % 2017: 90,48 % - 91,02 %

56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

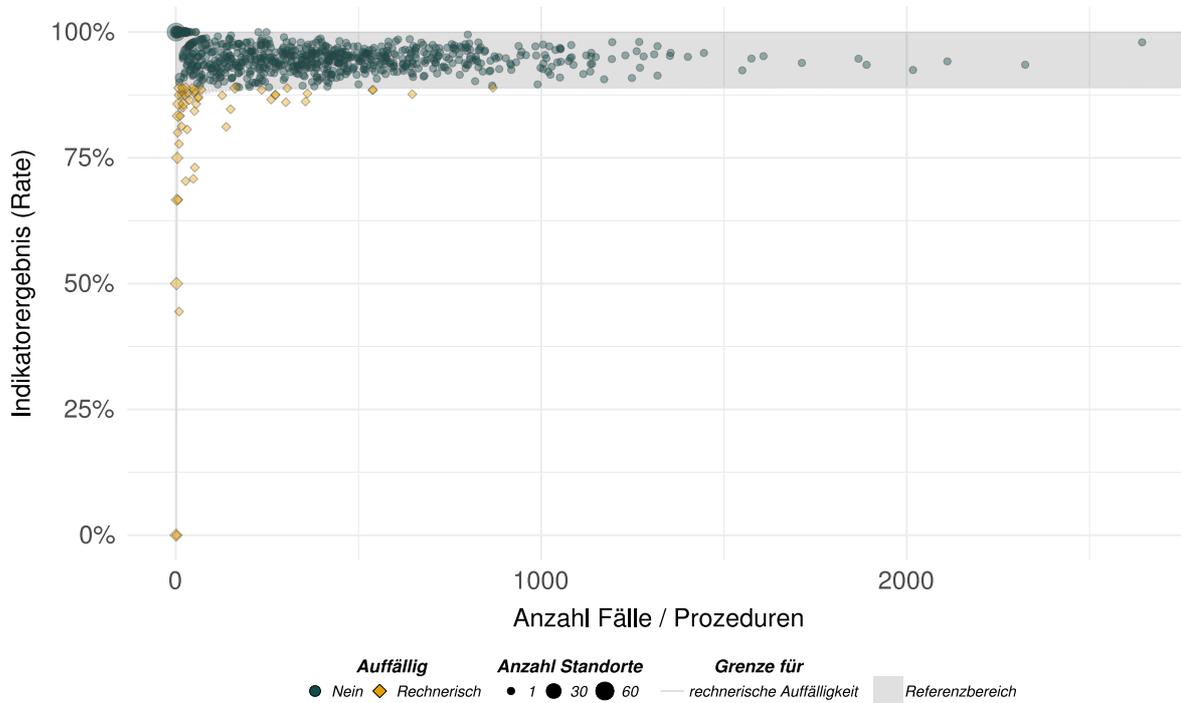
ID	56016
Grundgesamtheit	Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI)
Zähler	PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels: - Indikation ST-Hebungsinfarkt und Nicht-ST-Hebungsinfarkt: TIMI-III-Fluss - alle anderen Indikationen: nach Einschätzung des Untersuchers (im Allgemeinen angiographische Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)
Referenzbereich	≥ 89,01 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2019

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2019) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnis für Belegärzte

ID	Ihr Ergebnis für Belegärzte	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
56016				
2019			94,11 %	93,40 % - 94,75 %
2018			93,55 %	92,83 % - 94,20 %
2017			93,17 %	92,10 % - 94,10 %

Detailergebnisse

EJ 2019		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2018: /	2018:	2018:
		2017: /	2017:	2017:
Ambulant	VÄ	9.673 / 10.336 2018: 8.888 / 9.510 2017: 2.455 / 2.600	93,59 % 2018: 93,46 % 2017: 94,42 %	93,10 % - 94,04 % 2018: 92,94 % - 93,94 % 2017: 93,47 % - 95,24 %
	KH	1.145 / 1.246 2018: 735 / 786 2017: 741 / 816	91,89 % 2018: 93,51 % 2017: 90,81 %	90,25 % - 93,28 % 2018: 91,57 % - 95,03 % 2017: 88,63 % - 92,60 %
Stationär	BÄ	4.427 / 4.704 2018: 4.628 / 4.947 2017: 2.277 / 2.444	94,11 % 2018: 93,55 % 2017: 93,17 %	93,40 % - 94,75 % 2018: 92,83 % - 94,20 % 2017: 92,10 % - 94,10 %
	KH	292.096 / 309.126 2018: 281.342 / 298.538 2017: 280.051 / 298.063	94,49 % 2018: 94,24 % 2017: 93,96 %	94,41 % - 94,57 % 2018: 94,16 % - 94,32 % 2017: 93,87 % - 94,04 %
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		683 / 712 2018: 467 / 499 2017: - / -	95,93 % 2018: 93,59 % 2017: -	94,21 % - 97,15 % 2018: 91,09 % - 95,42 % 2017: -
Bund (gesamt)		308.024 / 326.124 2018: 296.060 / 314.280 2017: 285.524 / 303.923	94,45 % 2018: 94,20 % 2017: 93,95 %	94,37 % - 94,53 % 2018: 94,12 % - 94,28 % 2017: 93,86 % - 94,03 %

Kennzahlübersicht 2019

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
7.1	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt		
7.1.1	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt		92,03 % 42.089/45.735
7.1.2	wesentliches Interventionsziel nicht erreicht		
7.1.2.1	TIMI 0		2,27 % 1.038/45.735
7.1.2.2	TIMI I		1,34 % 614/45.735
7.1.2.3	TIMI II		4,36 % 1.994/45.735

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
7.2	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI		94,45 % 308.024/326.124
7.2.1	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt		92,03 % 42.089/45.735
7.2.2	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation Nicht-ST-Hebungsinfarkt		94,75 % 71.079/75.021
7.2.3	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI ohne Myokardinfarkt		94,88 % 194.856/205.368

Gruppe: Sterblichkeit bei PCI

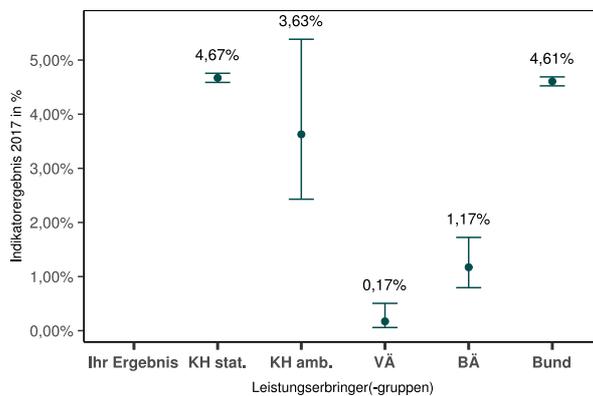
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
----------------------	--

56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI

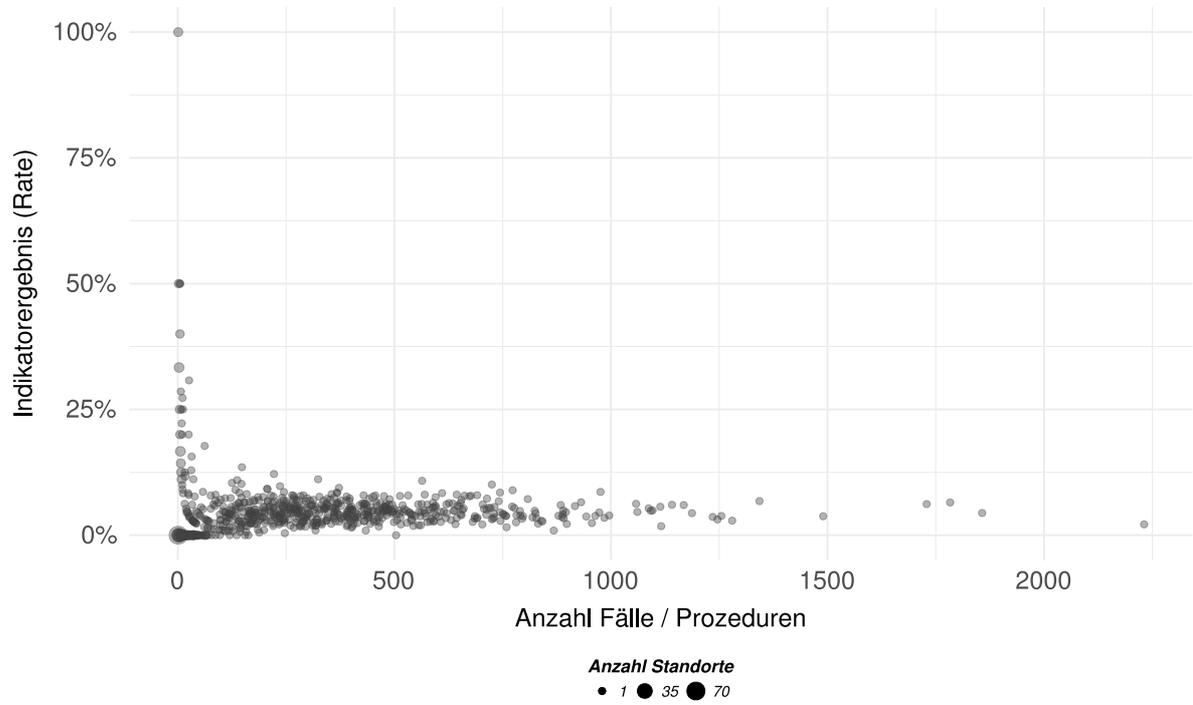
ID	56024
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI)
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten bis zum 30. postprozeduralen Tag
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2017

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2017) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

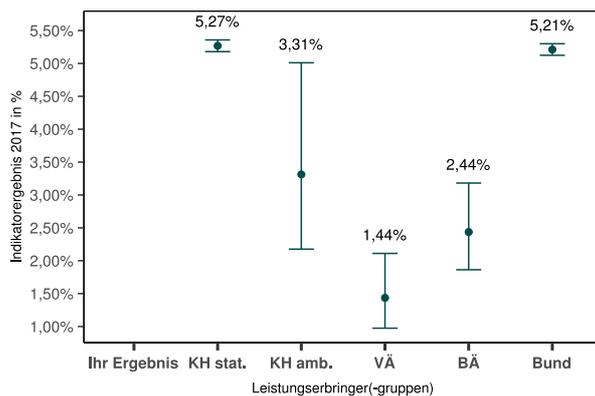
EJ 2017		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2016: /	2016:	2016:
		2015: /	2015:	2015:
Ambulant	VÄ	3 / 1.741	0,17 %	0,06 % - 0,51 %
		2016: - / - 2015: - / -	2016: - 2015: -	2016: - 2015: -
	KH	23 / 634	3,63 %	2,43 % - 5,38 %
		2016: - / - 2015: - / -	2016: - 2015: -	2016: - 2015: -
Stationär	BÄ	25 / 2.134	1,17 %	0,79 % - 1,72 %
		2016: - / - 2015: - / -	2016: - 2015: -	2016: - 2015: -
	KH	11.283 / 241.541	4,67 %	4,59 % - 4,76 %
		2016: - / - 2015: - / -	2016: - 2015: -	2016: - 2015: -
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		- / -	-	-
		2016: - / - 2015: - / -	2016: - 2015: -	2016: - 2015: -
Bund (gesamt)		11.334 / 246.050	4,61 %	4,52 % - 4,69 %
		2016: - / - 2015: - / -	2016: - 2015: -	2016: - 2015: -

56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI

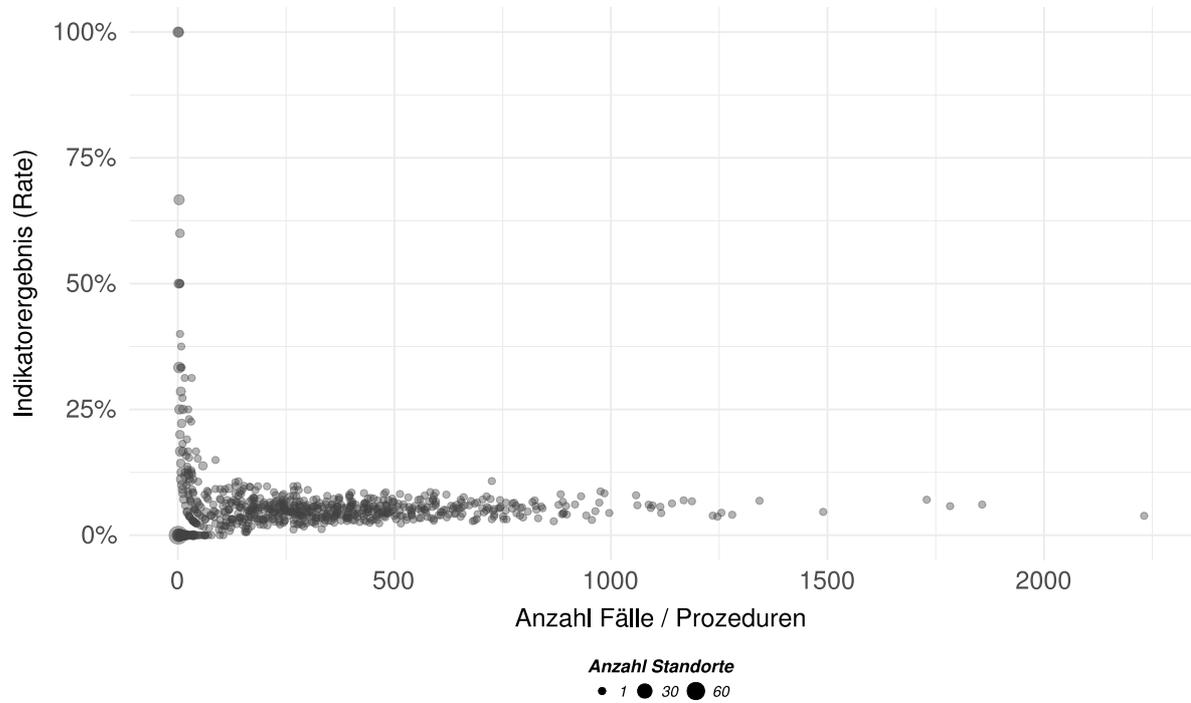
ID	56026
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI)
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten vom 31. bis zum 365. postprozeduralen Tag
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2017

Indikatorergebnisse nach Vergleichsgruppen und im Zeitverlauf

Vergleich im aktuellen Erfassungsjahr (EJ 2017) (links) und Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre (rechts)



Indikatorergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2017		Ergebnis n/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis		/		
		2016: /	2016:	2016:
		2015: /	2015:	2015:
Ambulant	VÄ	25 / 1.741	1,44 %	0,97 % - 2,11 %
		2016: - / - 2015: - / -	2016: - 2015: -	2016: - 2015: -
	KH	21 / 634	3,31 %	2,18 % - 5,01 %
		2016: - / - 2015: - / -	2016: - 2015: -	2016: - 2015: -
Stationär	BÄ	52 / 2.134	2,44 %	1,86 % - 3,18 %
		2016: - / - 2015: - / -	2016: - 2015: -	2016: - 2015: -
	KH	12.724 / 241.541	5,27 %	5,18 % - 5,36 %
		2016: - / - 2015: - / -	2016: - 2015: -	2016: - 2015: -
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen		- / -	-	-
		2016: - / - 2015: - / -	2016: - 2015: -	2016: - 2015: -
Bund (gesamt)		12.822 / 246.050	5,21 %	5,12 % - 5,30 %
		2016: - / - 2015: - / -	2016: - 2015: -	2016: - 2015: -

Kennzahlübersicht 2017

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
9.1	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI		4,61 % 11.334/246.050
9.1.1	Tod im Herzkatheterlabor		8,83 % 1.001/11.334
9.1.2	Anteil STEMI bei Tod im Herzkatheterlabor		49,45 % 495/1.001
9.1.3	Anteil der Fälle mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)		35,96 % 4.076/11.334
9.1.4	Anteil der Fälle mit akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI		7,01 % 795/11.334
9.1.5	Anteil der Fälle mit elektiver PCI		14,02 % 1.589/11.334

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Bund (Gesamt)
9.2	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI		5,21 % 12.822/246.050
9.2.1	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (1. - 365. postprozeduraler Tag)		9,82 % 24.156/246.050
9.2.2	Anteil der Fälle mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)		32,98 % 4.229/12.822
9.2.3	Anteil der Fälle mit akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI		9,51 % 1.220/12.822
9.2.4	Anteil der Fälle mit elektiver PCI		46,66 % 5.983/12.822

Glossar

Auffälligkeit, rechnerische (auffälliger Indikatorwert): Bezeichnet in der externen Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V den Fall, dass der Indikatorwert eines Leistungserbringers außerhalb des Referenzbereichs für diesen Indikator liegt. Rechnerische Auffälligkeiten, denen eine statistisch signifikante Abweichung vom Referenzbereich zugrunde liegt, werden auch kurz als „statistische Auffälligkeit“ bezeichnet.

Basisdatensatz: Der Basisdatensatz stellt einen dokumentationspflichtigen Behandlungsfall dar, welcher kein Minimaldatensatz ist. Ein Basisdatensatz kann pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt (stationär) bzw. Behandlungsquartal (ambulant) einmal dokumentiert werden, auch wenn die Patientin oder der Patient in diesem Zeitraum mehrere Prozeduren erhält.

Grundgesamtheit: Die Grundgesamtheit gibt alle für die Auswertung eines Indikators relevanten Behandlungsfälle an, für welche die Dokumentationspflicht ausgelöst wurde (ohne Minimaldatensätze). Die Grundgesamtheit kann von Indikator zu Indikator variieren, weil sich die Indikatoren jeweils auf eine ausgewählte Patientengruppe beziehen und nur diese in die Auswertung eingeschlossen wird. In die Grundgesamtheit können Daten aus verschiedenen Quellen (Qualitätssicherungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Daten aus der Patientenbefragung) eingehen.

Kennzahl: In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen zusätzliche Informationen, zum Beispiel zu Teilpopulationen der Grundgesamtheit an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben Kennzahlen kein definiertes Qualitätsziel und keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.

Minimaldatensatz (MDS): Ein Behandlungsfall kann als dokumentationspflichtig ausgelöst werden, obwohl eine abschussfähige Dokumentation nicht möglich ist, weil z. B. der Eingriff abgebrochen wurde. Für diesen Fall wird anstatt der vollen Dokumentation nur ein sogenannter Minimaldatensatz fällig. Minimaldatensätze werden in der Auswertung der Qualitätsindikatoren nicht berücksichtigt und dienen lediglich dem Fallzahlabgleich.

Perzentile: Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Leistungserbringerergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Leistungserbringer verwendet. Die Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte in 100 gleich große Bereiche. Das x-te Perzentil der Leistungserbringerergebnisse ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens x % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind. Liegen beispielsweise 1.000 der Größe nach geordnete Ergebniswerte vor, so entspricht der 250. Wert dem 25. Perzentil.

Referenzbereich: Der Referenzbereich eines Indikators ist der Bereich, in dem Leistungserbringerergebnisse für diesen Indikator liegen müssen, um rechnerisch unauffällig zu sein. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs sind rechnerisch auffällig und ziehen üblicherweise eine Analyse im Stellungnahmeverfahren nach sich. Der Referenzbereich eines Indikators ist für alle Leistungserbringer gleich.

Referenzwert: Der Referenzwert eines Indikators ist die Grenze des Referenzbereiches, die die Indikatorergebnisse in rechnerisch auffällige und unauffällige Ergebnisse unterteilt. Referenzwerte werden entweder evidenzbasiert als feste Größe oder datengestützt auf Basis der Verteilung der Ergebnisse (als Perzentil – perzentilbasierte Referenzbereiche) festgelegt.

Vertrauensbereich (Konfidenzintervall): Ein Vertrauensbereich ist ein Bereich um einen berechneten

Ergebniswert eines Indikators. Der Vertrauensbereich berücksichtigt, dass nicht alle Einflüsse auf das Behandlungsergebnis messbar oder erhebbar sind. Die Breite des Vertrauensbereiches gibt an, wie stark diese unbeobachteten Einflüsse ins Gewicht fallen. Je schmaler der Vertrauensbereich, desto belastbarer ist die Information, die aus den erhobenen Daten über das Ergebnis gewonnen werden kann. Die Breite des Vertrauensbereichs hängt u.a. von der Fallzahl ab, die dem Ergebnis zugrunde liegt. Je größer die Fallzahl, desto schmaler ist der Vertrauensbereich. Liegt der Vertrauensbereich eines Ergebnisses außerhalb des Referenzbereiches, so ist das Ergebnis auch unter Berücksichtigung der unbeobachteten Einflüsse auffällig.

Zähler: Der Zähler gibt an, bei wie vielen Fällen aus der Grundgesamtheit das für die Auswertung des Indikators interessierende Ereignis (zum Beispiel das Auftreten von Komplikationen) zutrifft.

- **Erfassungsjahr (EJ):** Das Erfassungsjahr bezeichnet das Jahr, in dem die Daten für die externe Qualitätssicherung erhoben werden.
- **Indexjahr:** Das Indexjahr bezeichnet das Jahr, in dem der Eingriff, der für die externe Qualitätssicherung relevant ist, stattfand.
- **Funnelplot:** In einem Funnelplot zu einem Qualitätsindikator wird das Ergebnis jedes Leistungserbringers als ein Punkt dargestellt. Dabei wird auf der X-Achse die für den QI relevante Anzahl an Fällen in der Grundgesamtheit (bei risikoadjustierten QI die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen) und auf der Y-Achse das QI-Ergebnis abgetragen (Abbildung).

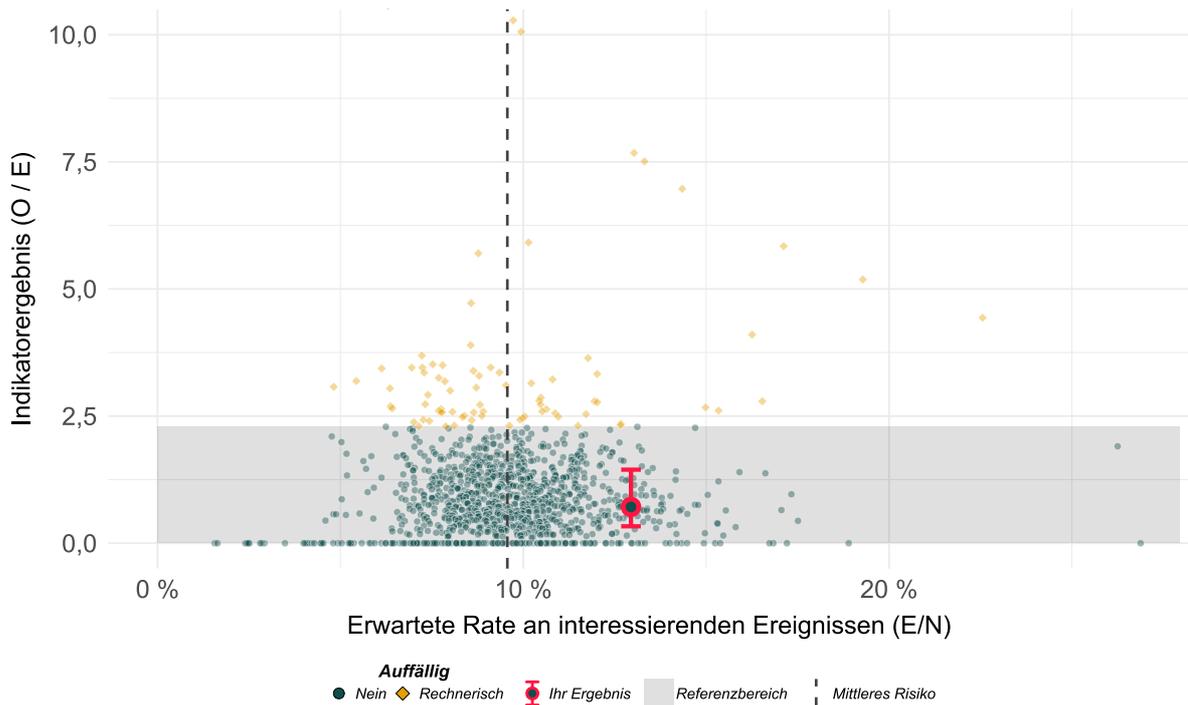


Falls mehrere Leistungserbringer aufgrund jeweils gleicher Fallzahl und gleichem Ergebnis auf demselben Punkt liegen, wird dieser in Abhängigkeit von der Anzahl entsprechender Standorte etwas größer dargestellt. Der Referenzbereich des QI ist im Plot als grau schattierter Bereich gekennzeichnet. Zusätzlich werden zwei Linien mit besonderer Bedeutung dargestellt:

- Eine hellgraue Linie markiert die Schwelle zur rechnerischen Auffälligkeit. Diese Linie gibt je Fallzahl das erste mögliche Indikatorergebnis an, das zur rechnerischen Auffälligkeit führt. In

der obigen ist beispielsweise ein Leistungserbringer mit 8 Fällen in der QI-Grundgesamtheit basierend auf einem Referenzbereich von „ $\leq 15\%$ “ erst ab 2 Ereignissen, also 2 Fällen im Zähler, rechnerisch auffällig – das heißt ab einer Rate von 25% ($= 2/8$). Die Schwelle zur rechnerischen Auffälligkeit ergibt somit in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Fallzahl eine Zackenlinie, welche für steigende Fallzahlen der Grenze des Referenzbereiches immer näherkommt.

- Indexjahr: Das Indexjahr bezeichnet das Jahr, in dem der Eingriff, der für die externe Qualitätssicherung relevant ist, stattfand.
- Anhand der eingezeichneten Linien werden die in der Grafik abgebildeten Ergebnisse entsprechend ihrer Auffälligkeit markiert (gelbe Rauten).
- **QS-Filter:** Summe der Einschluss- und Ausschlussbedingungen, die definieren, welche Behandlungsfälle in der externen Qualitätssicherung dokumentationspflichtig sind.
- **Qualitätsindikator (QI):** Qualitätsindikatoren sind quantitative Größen, die Aussagen über die Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen mittels eines Messverfahrens und eines Bewertungskonzepts ermöglichen. Qualitätsindikatoren umfassen die drei Komponenten Qualitätsziel, Messverfahren und Bewertungskonzept.
- **Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren):** Vom G-BA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten, sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
- **Qualitätsziel:** Anforderung an Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgungsleistung. Ein Qualitätsziel gibt die gewünschte Richtung der Ergebnisse eines Qualitätsindikators vor (z. B. „Die Sterblichkeit nach elektiver Hüftendoprothesenversorgung soll möglichst niedrig sein“).
- **Risikoprofil-Plot:** Für risikoadjustierte Qualitätsindikatoren werden ergänzend zu den Funnelplots Risikoprofil-Plots dargestellt. Wie im Funnelplot sind auch hier auf der Y-Achse die QI-Ergebnisse der Leistungserbringer dargestellt, auf der X-Achse wird jedoch das jeweilige Risikoprofil (E/N) abgebildet.



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

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

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

Basisauswertung

Übersicht (Gesamt)

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Aufnahmequartal/Behandlungsquartal				
1. Quartal			215.977	26,97
2. Quartal			197.146	24,62
3. Quartal			195.628	24,43
4. Quartal			191.936	23,97
Gesamt			800.687	100,00

Patientinnen und Patienten

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patientinnen und Patienten			N = 800.687	
Geschlecht				
männlich			501.685	62,66
weiblich			298.963	37,34
unbestimmt			39	0,00

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Patienten mit Erstprozedur und gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)			N = 800.638	
Altersverteilung				
< 30 Jahre			2.245	0,28
30 - 39 Jahre			8.800	1,10
40 - 49 Jahre			39.803	4,97
50 - 59 Jahre			139.833	17,47
60 - 69 Jahre			203.792	25,45
70 - 79 Jahre			240.364	30,02
≥ 80 Jahre			165.801	20,71

Vorgeschichte

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patientinnen und Patienten			N = 800.687	
Zustand nach koronarer Bypass-OP				
(0) nein			733.212	91,57
(1) ja			58.656	7,33
(9) unbekannt			8.819	1,10
Ejektionsfraktion unter 40 %				
(0) nein			597.638	74,64
(1) ja			87.197	10,89
(2) fraglich			19.880	2,48
(9) unbekannt			95.972	11,99

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Prozeduren			N = 836.202	
Herzinsuffizienz (nach NYHA)				
(0) nein			242.942	29,05
(1) ja, NYHA I			100.940	12,07
(2) ja, NYHA II			293.061	35,05
(3) ja, NYHA III			164.440	19,67
(4) ja, NYHA IV			34.819	4,16

Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur)

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patientinnen und Patienten			N = 800.687	
Akutes Koronarsyndrom				
(0) nein			550.710	68,78
(1) ja			249.977	31,22

Interventionen

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Prozeduren			N = 836.202	
Interventionen gesamt				
isolierte Koronarangiographie			510.078	61,00
isolierte PCI			28.399	3,40
einzeitig Koronarangiographie und PCI			297.725	35,60
Dringlichkeit der Prozedur				
(1) elektiv			561.087	67,10
(2) dringend			174.956	20,92
(3) notfallmäßig			100.159	11,98

Postprozeduraler Verlauf

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patientinnen und Patienten			N = 800.687	
postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt				
(0) nein			799.566	99,86
(1) ja, NSTEMI			581	0,07
(2) ja, STEMI			540	0,07
postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall				
(0) nein			799.818	99,89
(1) ja, TIA			330	0,04
(2) ja, Schlaganfall			539	0,07
postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation				
(0) nein			797.014	99,54
(1) ja			3.673	0,46
postprozedurale Transfusion				
(0) nein			798.560	99,73
(1) ja			2.127	0,27
postprozedurale Gefäßthrombose (punktionsnah)				
(0) nein			800.402	99,96
(1) ja			285	0,04

Koronarangiographie

Patientinnen und Patienten

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie			N = 785.266	
Geschlecht				
männlich			490.357	62,44
weiblich			294.870	37,55
unbestimmt			39	0,00

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Koronarangiographie bei Erstprozedur mit gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)			N = 784.823	
Altersverteilung				
< 30 Jahre			2.234	0,28
30 - 39 Jahre			8.723	1,11
40 - 49 Jahre			39.238	5,00
50 - 59 Jahre			137.273	17,49
60 - 69 Jahre			199.667	25,44
70 - 79 Jahre			235.239	29,97
≥ 80 Jahre			162.449	20,70

Vorgeschichte

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie			N = 807.803	
Herzinsuffizienz (nach NYHA)				
(0) nein			234.731	29,06
(1) ja, NYHA I			97.401	12,06
(2) ja, NYHA II			282.378	34,96
(3) ja, NYHA III			159.287	19,72
(4) ja, NYHA IV			34.006	4,21

Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur)

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie			N = 785.266	
Akutes Koronarsyndrom				
(0) nein			537.745	68,48
(1) ja			247.521	31,52

Indikation und Diagnose

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Koronarangiographien			N = 807.803	
Führende Indikation zur Koronarangiographie				
(1) V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK			278.746	34,51
(2) bekannte KHK			217.128	26,88
(3) akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI)			64.472	7,98
(4) akutes Koronarsyndrom mit Nicht- ST-Hebungs-Infarkt (NSTEMI)			118.443	14,66
(5) akutes Koronarsyndrom mit ST- Hebungsinfarkt (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose			46.446	5,75
(6) akutes Koronarsyndrom mit ST- Hebungsinfarkt (STEMI) später 24h nach Stellung der Diagnose)			4.377	0,54
(7) elektive Kontrolle nach Koronarintervention			5.114	0,63
(8) Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%)			21.985	2,72
(9) Vitium			40.626	5,03
(99) sonstige			10.466	1,30
Führende Diagnose nach Herzkatheter				
(0) Ausschluss KHK			94.770	11,73
(1) KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			156.221	19,34
(2) KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			445.285	55,12
(3) Kardiomyopathie			20.945	2,59
(4) Herzklappenvitium			28.309	3,50
(5) Aortenaneurysma			1.470	0,18
(6) hypertensive Herzerkrankung			33.153	4,10
(9) andere kardiale Erkrankung			27.650	3,42

Intervention

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie			N = 807.803	
Dosis-Flächen-Produkt bekannt				
(0) nein			2.787	0,35
(1) ja			805.016	99,65

	Ihr Ergebnis Ergebnis	Bund (gesamt) Ergebnis
Dosis-Flächen-Produkt (in cGy x cm²)		
Anzahl Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten		805.016
5. Perzentil		287,00
25. Perzentil		805,00
Median		1.596,00
Mittelwert		2.505,79
75. Perzentil		3.089,00
95. Perzentil		7.667,00

	Ihr Ergebnis	Bund (gesamt)
	Ergebnis	Ergebnis
applizierte Kontrastmittelmenge (in ml)		
Anzahl Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten		807.803
5. Perzentil		35,00
25. Perzentil		60,00
Median		90,00
Mittelwert		113,27
75. Perzentil		150,00
95. Perzentil		250,00

Komplikationen

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie			N = 807.803	
Intraprozedural auftretende Ereignisse				
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem intraprozeduralen Ereignis			7.159	0,89
koronarer Verschluss			1.391	0,17
TIA / Schlaganfall			281	0,03
Exitus im Herzkatheterlabor			1.357	0,17
sonstige			4.493	0,56

PCI

Patientinnen und Patienten

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Patientinnen und Patienten mit PCI			N = 309.930	
Geschlecht				
männlich			217.266	70,10
weiblich			92.649	29,89
unbestimmt			15	0,00

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
PCI bei Erstprozedur mit gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)			N = 297.094	
Altersverteilung				
< 30 Jahre			184	0,06
30 - 39 Jahre			2.191	0,74
40 - 49 Jahre			13.255	4,46
50 - 59 Jahre			51.609	17,37
60 - 69 Jahre			75.553	25,43
70 - 79 Jahre			88.007	29,62
≥ 80 Jahre			66.295	22,31

Vorgeschichte

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI			N = 326.124	
Herzinsuffizienz (nach NYHA)				
(0) nein			96.665	29,64
(1) ja, NYHA I			39.305	12,05
(2) ja, NYHA II			114.892	35,23
(3) ja, NYHA III			58.359	17,89
(4) ja, NYHA IV			16.903	5,18

Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur)

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Patientinnen und Patienten mit PCI			N = 309.930	
Akutes Koronarsyndrom				
(0) nein			165.002	53,24
(1) ja			144.928	46,76

Indikation und Diagnose

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle PCI			N = 326.124	
Indikation zur PCI				
(1) stabile Angina pectoris (nach CCS)			127.414	39,07
(2) akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI)			32.265	9,89
(3) akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)			75.021	23,00
(4) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose			41.963	12,87
(5) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (STEMI) später als 24h nach Stellung der Diagnose			3.772	1,16
(6) prognostische Indikation oder stumme Ischämie			38.829	11,91
(7) Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI			610	0,19
(9) sonstige			6.250	1,92

Intervention

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle PCI			N = 326.124	
Intervention (nach OPS)				
(8-837.0*) Angioplastie (Ballon)			282.425	86,60
(8-837.1*) Laser-Angioplastie			66	0,02
(8-837.2*) Atherektomie			187	0,06
(8-837.5*) Rotablation			3.936	1,21
(8-837.k*) Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents			3.514	1,08
(8-837.m*) Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents			292.106	89,57
(8-837.p) Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)			506	0,16
(8-837.q) Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)			9.443	2,90
(8-837.u) Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Bifurkationsstents			44	0,01
(8-837.v) Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Bifurkationsstents			218	0,07
(8-837.w*) Einlegen eines beschichteten Stents			1.338	0,41

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle PCI			N = 326.124	
PCI an				
(1) Hauptstamm			16.642	5,10
(2) LAD			153.492	47,07
(3) RCX			93.685	28,73
(4) RCA			110.794	33,97
PCI mit besonderen Merkmalen				
PCI am kompletten Gefäßverschluss			55.507	17,02
PCI eines Koronarbypasses			7.565	2,32
PCI am ungeschützten Hauptstamm			12.190	3,74
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			24.842	7,62
PCI am letzten verbliebenen Gefäß			1.400	0,43
PCI an einer In-Stent Stenose			23.206	7,12
sonstiges			17.524	5,37

	Ihr Ergebnis	Bund (gesamt)
	Ergebnis	Ergebnis
Door-to-Ballon-Zeit (in Min)		
PCI bei Erstprozedur mit Angabe von Werten		38.185
5. Perzentil		16,00
25. Perzentil		30,00
Median		45,00
Mittelwert		556,13
75. Perzentil		68,00
95. Perzentil		166,00

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI			N = 326.124	
Dosis-Flächen-Produkt bekannt				
(0) nein			1.124	0,34
(1) ja			325.000	99,66

	Ihr Ergebnis	Bund (gesamt)
	Ergebnis	Ergebnis
Dosis-Flächen-Produkt (in cGy x cm²)		
Anzahl Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten		325.000
5. Perzentil		632,00
25. Perzentil		1.586,00
Median		2.850,00
Mittelwert		3.948,62
75. Perzentil		4.960,00
95. Perzentil		10.763,95

	Ihr Ergebnis	Bund (gesamt)
	Ergebnis	Ergebnis
applizierte Kontrastmittelmenge (in ml)		
Anzahl Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten		326.124
5. Perzentil		70,00
25. Perzentil		120,00
Median		160,00
Mittelwert		171,41
75. Perzentil		210,00
95. Perzentil		316,00

Komplikationen

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI			N = 326.124	
Intraprozedural auftretende Ereignisse				
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem intraprozeduralen Ereignis			5.571	1,71
koronarer Verschluss			1.450	0,44
TIA / Schlaganfall			110	0,03
Exitus im Herzkatheterlabor			1.078	0,33
sonstige			3.285	1,01



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung 2019

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

Ergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 05. 10. 2020

Impressum

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

1	Datengrundlage	5
2	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	6
2.1	Histogramme zum QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	7
2.2	Kennzahlen zum QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	8
2.3	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe	11
2.4	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	11
2.5	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	12
2.6	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien..	12
2.7	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes .	13
2.8	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel.....	13
2.9	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und –therapie	14
2.10	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	14
2.11	Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement	15
2.12	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332000)	15
2.13	Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332001)	16
2.14	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332002)	16
2.15	Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332003)	17
3	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	18
3.1	Histogramm zum QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	18
3.2	Kennzahlen zum QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	19

3.3	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe	21
3.4	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie.....	21
3.5	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff.....	22
3.6	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien..	22
3.7	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes .	23
3.8	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel.....	23
3.9	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und –therapie	24
3.10	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	24
3.11	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement	25
3.12	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342000)	26
3.13	Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342001)	27
3.14	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342002)	27
3.15	Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342003)	28
4	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ (ID 1001; Transparenzkennzahl)	29
5	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen (ID 2001; Transparenzkennzahl).....	30
6	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Normalstationen (ID 2002; Transparenzkennzahl)	31

1 Datengrundlage

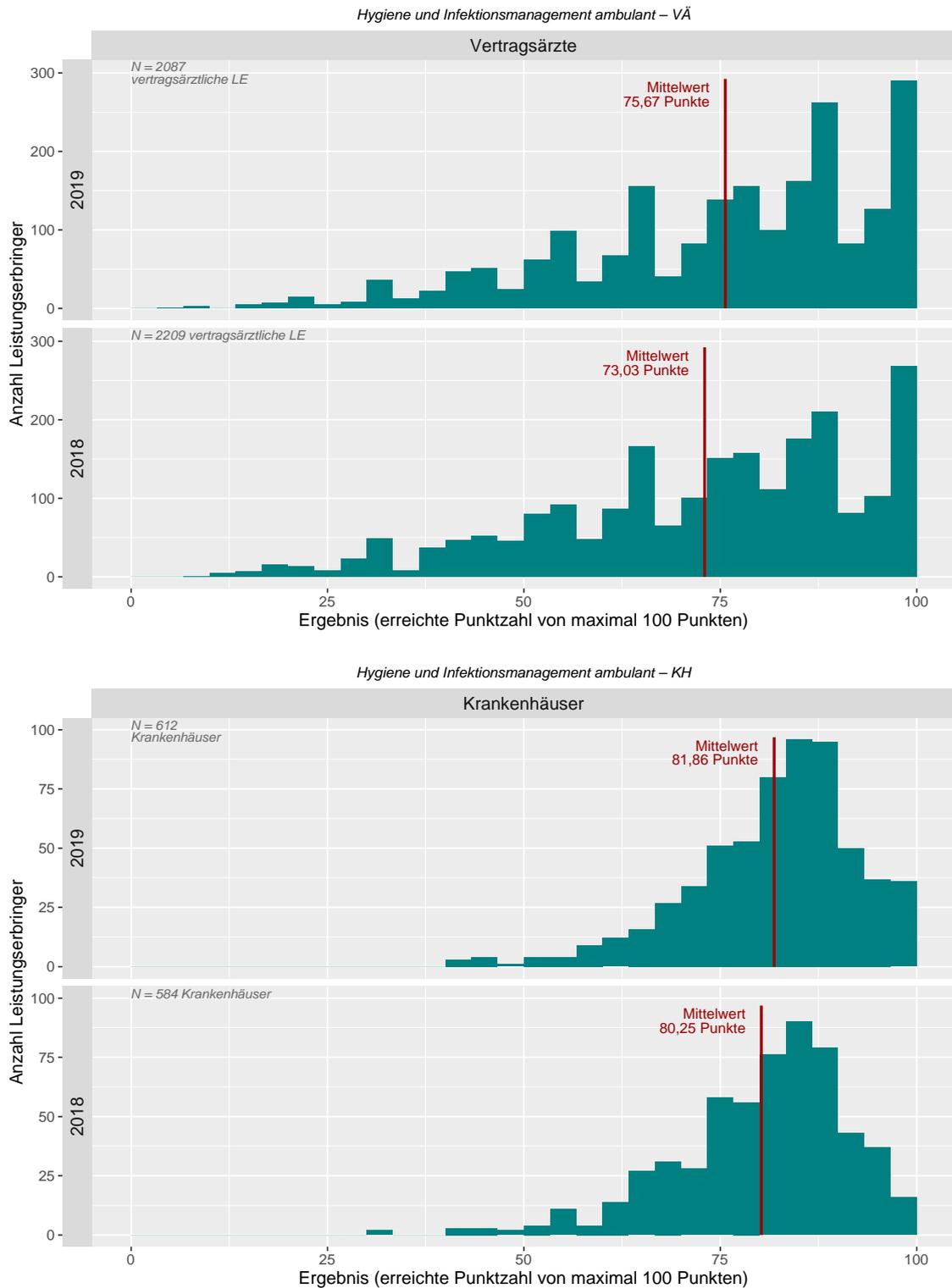
2019	Krankenhäuser	Belegärzte	Praxen/MVZ	Gesamt
Ambulantes Operieren	612	-	2.087	2.699
Stationäres Operieren	940	-	-	940

2018	Krankenhäuser	Belegärzte	Praxen/MVZ	Gesamt
Ambulantes Operieren	584	-	2.209	2.793
Stationäres Operieren	922	6 (ausgesetzt)	-	922

2 Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen

ID	Bezeichnung	2018	2019		
		Ergebnis in Punkte	Referenzbereich in Punkte	Ergebnis in Punkte	Rechnerisch auffällig (Gesamt: 2.699)
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	74,69	≥41,41	77,07	134

2.1 Histogramme zum QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen



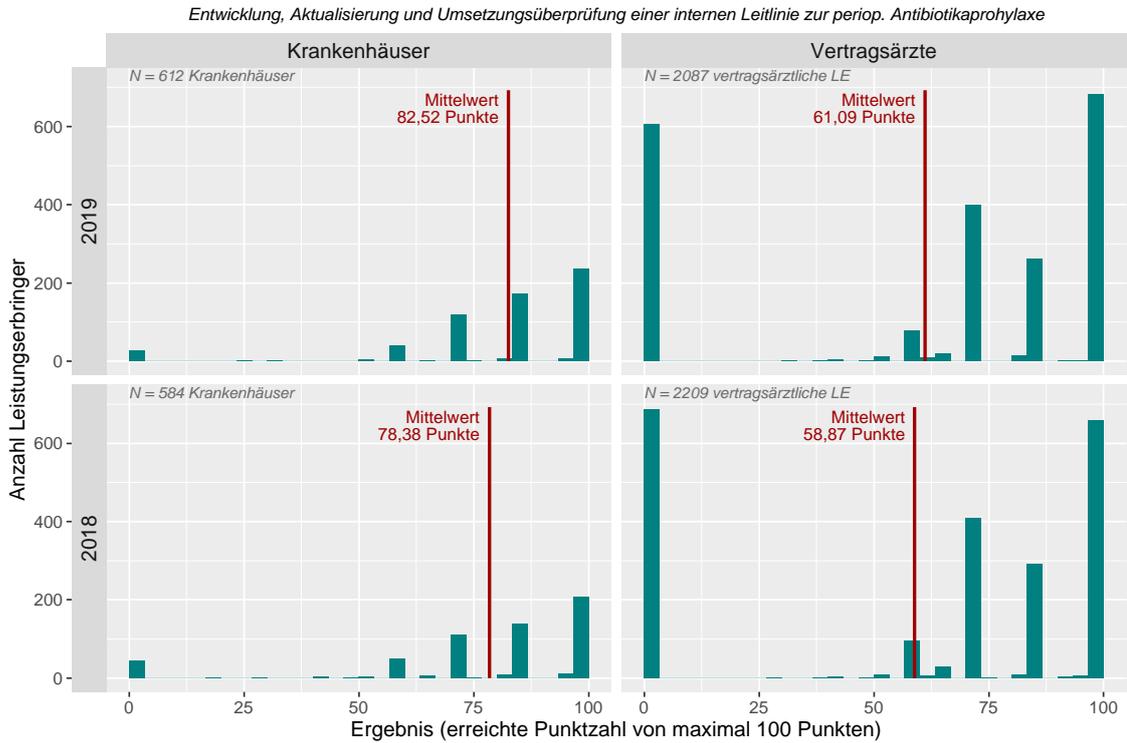
2.2 Kennzahlen zum QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen

Kennzahl (Ausgegraute Kennzahlen gehen nicht in die Berechnung des Indikators ein)	Jahr	Sektor	LE gesamt	Ergebnis (max. 100 Punkte je Kennzahl)
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe	2019	Gesamt	2.699	65,95
		Praxen/MVZ	2.087	61,09
		Krankenhäuser	612	82,52
	2018	Gesamt	2.793	62,96
		Praxen/MVZ	2.209	58,87
		Krankenhäuser	584	78,38
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	2019	Gesamt	2.699	70,62
		Praxen/MVZ	2.087	66,29
		Krankenhäuser	612	85,38
	2018	Gesamt	2.793	66,33
		Praxen/MVZ	2.209	62,54
		Krankenhäuser	584	80,61
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	2019	Gesamt	2.699	71,92
		Praxen/MVZ	2.087	66,46
		Krankenhäuser	612	90,52
	2018	Gesamt	2.793	67,54
		Praxen/MVZ	2.209	61,16
		Krankenhäuser	584	91,61
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	2019	Gesamt	2.699	90,76
		Praxen/MVZ	2.087	89,59
		Krankenhäuser	612	94,75
	2018	Gesamt	2.793	90,99
		Praxen/MVZ	2.209	88,41
		Krankenhäuser	584	94,83
2019	Gesamt	2.699	93,62	
	Praxen/MVZ	2.087	92,82	

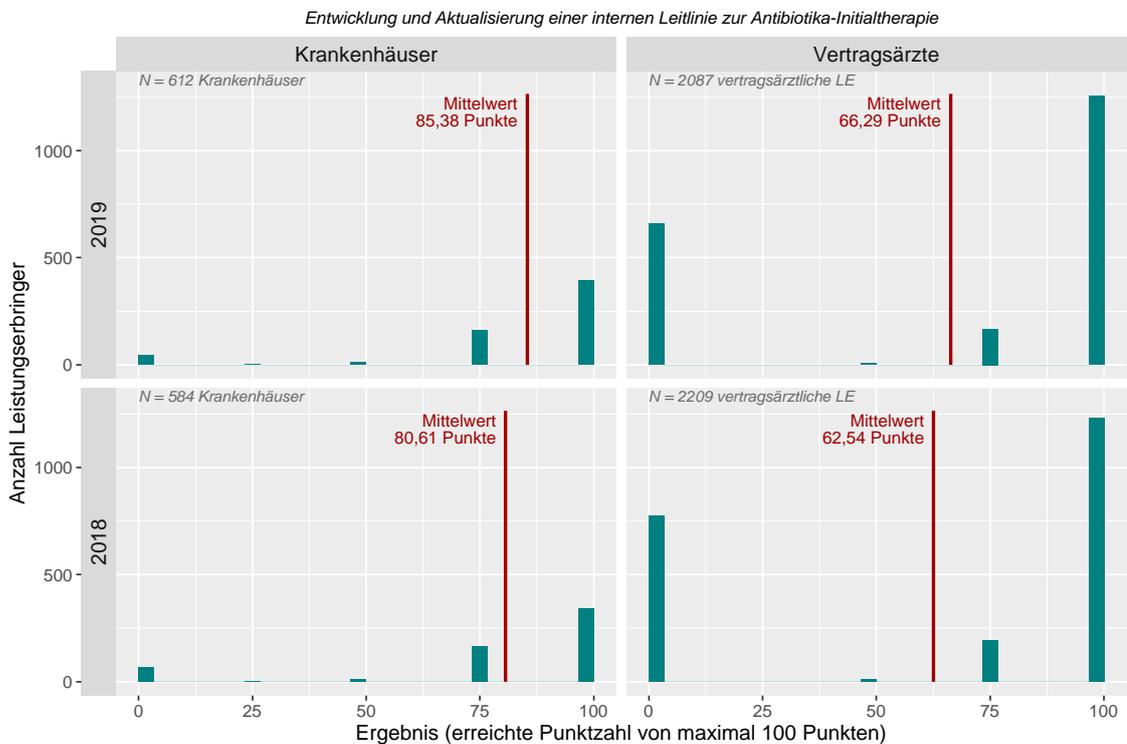
Kennzahl (Ausgegraute Kennzahlen gehen nicht in die Berechnung des Indikators ein)	Jahr	Sektor	LE gesamt	Ergebnis (max. 100 Punkte je Kennzahl)
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	2018	Krankenhäuser	612	96,35
		Gesamt	2.793	92,75
		Praxen/MVZ	2.209	91,96
		Krankenhäuser	584	95,73
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	2019	Gesamt	2.699	87,18
		Praxen/MVZ	2.087	87,12
		Krankenhäuser	612	87,39
	2018	Gesamt	2.793	85,68
		Praxen/MVZ	2.209	84,89
		Krankenhäuser	584	88,65
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	2019	Gesamt	2.699	47,16
		Praxen/MVZ	2.087	53,55
		Krankenhäuser	612	25,37
	2018	Gesamt	2.793	45,36
		Praxen/MVZ	2.209	51,32
		Krankenhäuser	584	22,74
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	2019	Gesamt	2.699	87,29
		Praxen/MVZ	2.087	84,00
		Krankenhäuser	612	98,53
	2018	Gesamt	2.793	84,32
		Praxen/MVZ	2.209	80,67
		Krankenhäuser	584	98,12
Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement	2019	Gesamt	2.699	79,13
		Praxen/MVZ	2.087	80,08
		Krankenhäuser	612	75,91
	2018	Gesamt	2.793	76,26
		Praxen/MVZ	2.209	77,49
		Krankenhäuser	584	71,58

Kennzahl (Ausgegraute Kennzahlen gehen nicht in die Berechnung des Indikators ein)	Jahr	Sektor	LE gesamt	Ergebnis (max. 100 Punkte je Kennzahl)
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 33200)	2019	Gesamt	1.615	74,75
		Praxen/MVZ	1.203	74,62
		Krankenhäuser	412	75,14
	2018	Gesamt	2.793	71,85
		Praxen/MVZ	1.265	71,58
		Krankenhäuser	400	72,65
Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332001)	2019	Gesamt	2.658	48,06
		Praxen/MVZ	2.049	47,56
		Krankenhäuser	609	49,75
	2018	Gesamt	2.793	48,03
		Praxen/MVZ	2.168	48,36
		Krankenhäuser	580	46,77
Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332002)	2019	Gesamt	2.699	63,47
		Praxen/MVZ	2.087	59,32
		Krankenhäuser	612	77,61
	2018	Gesamt	2.793	61,38
		Praxen/MVZ	2.209	57,64
		Krankenhäuser	584	75,49
Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332003)	2019	Gesamt	2.699	42,87
		Praxen/MVZ	2.087	45,90
		Krankenhäuser	612	32,52
	2018	Gesamt	2.793	37,77
		Praxen/MVZ	2.209	39,93
		Krankenhäuser	584	29,62

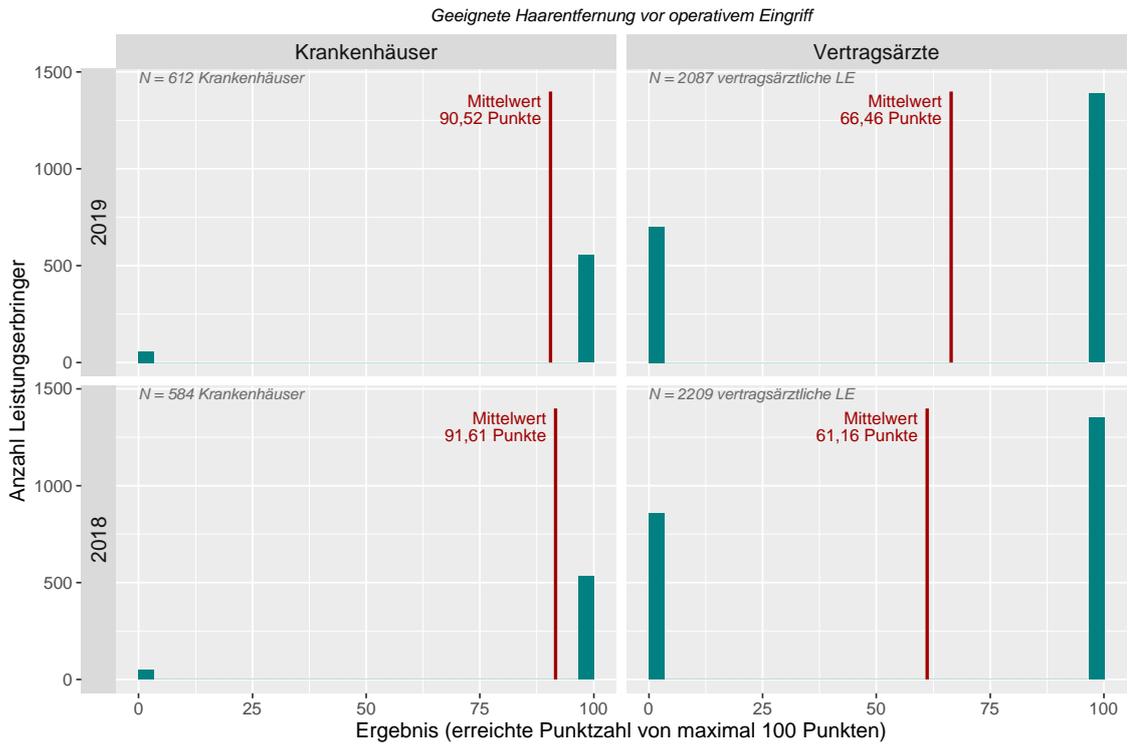
2.3 Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe



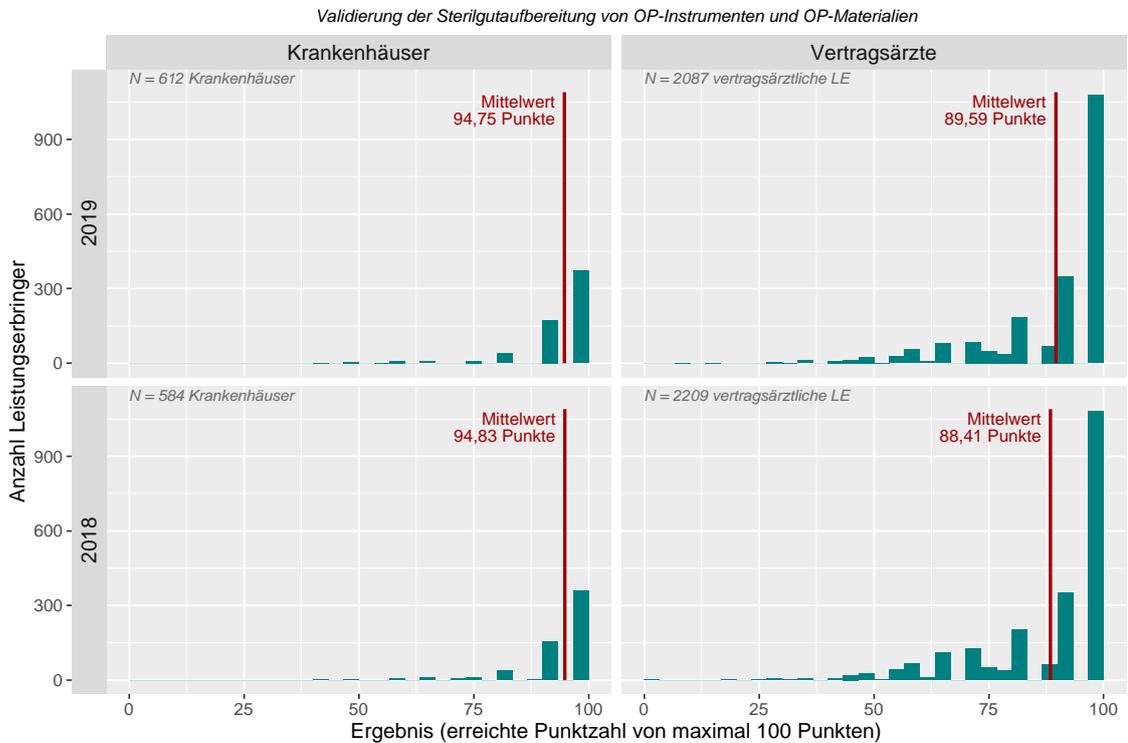
2.4 Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie



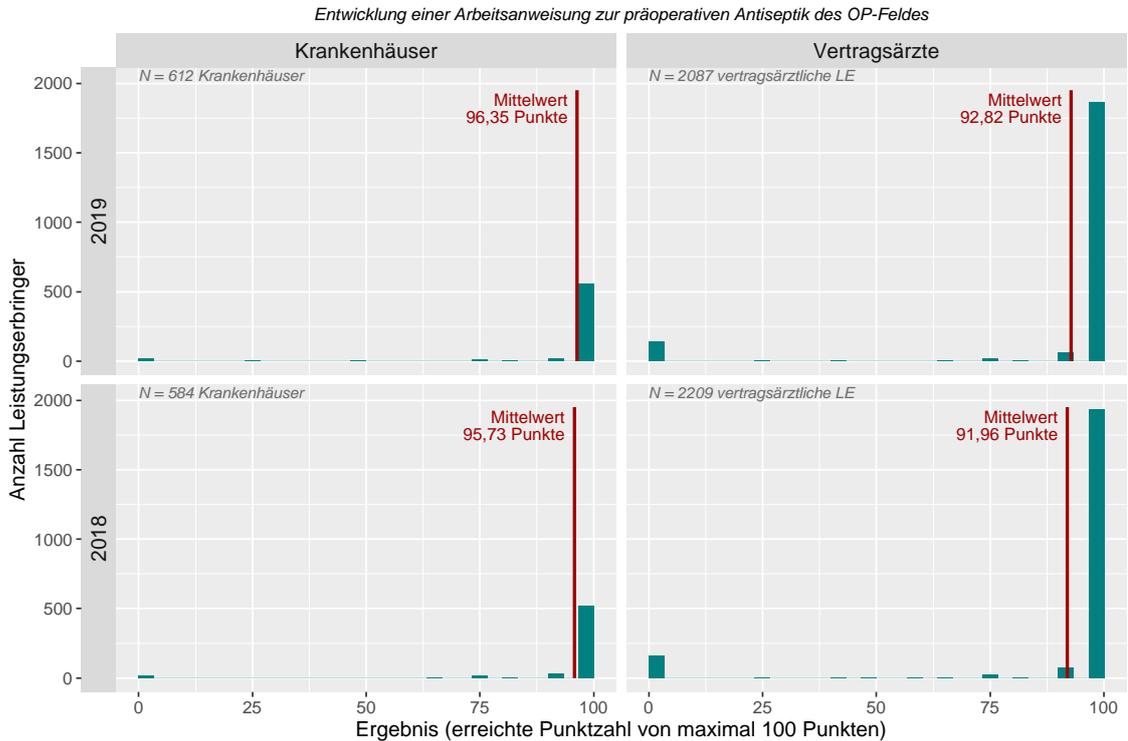
2.5 Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff



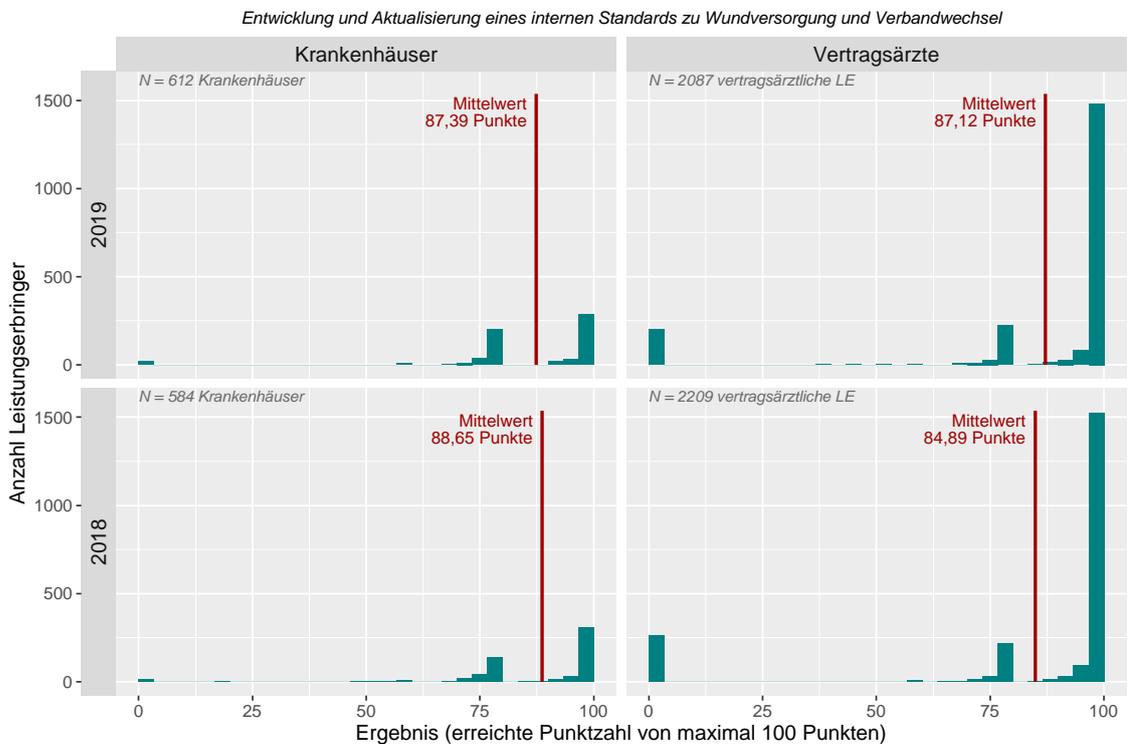
2.6 Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien



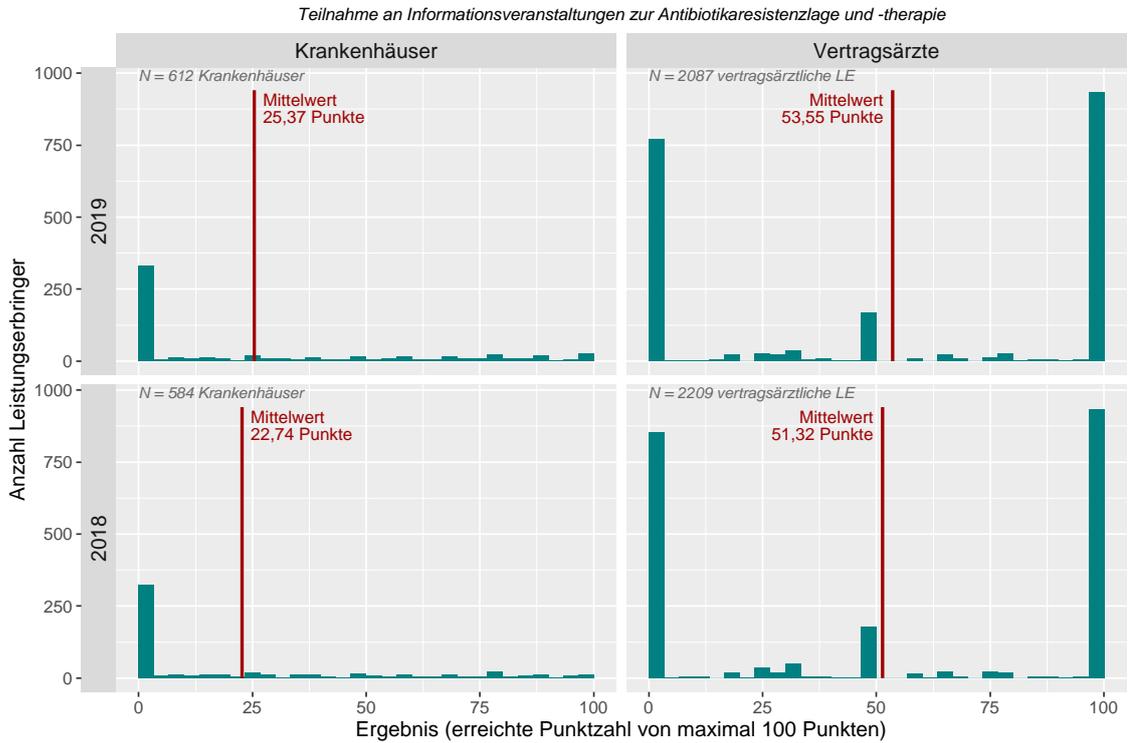
2.7 Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes



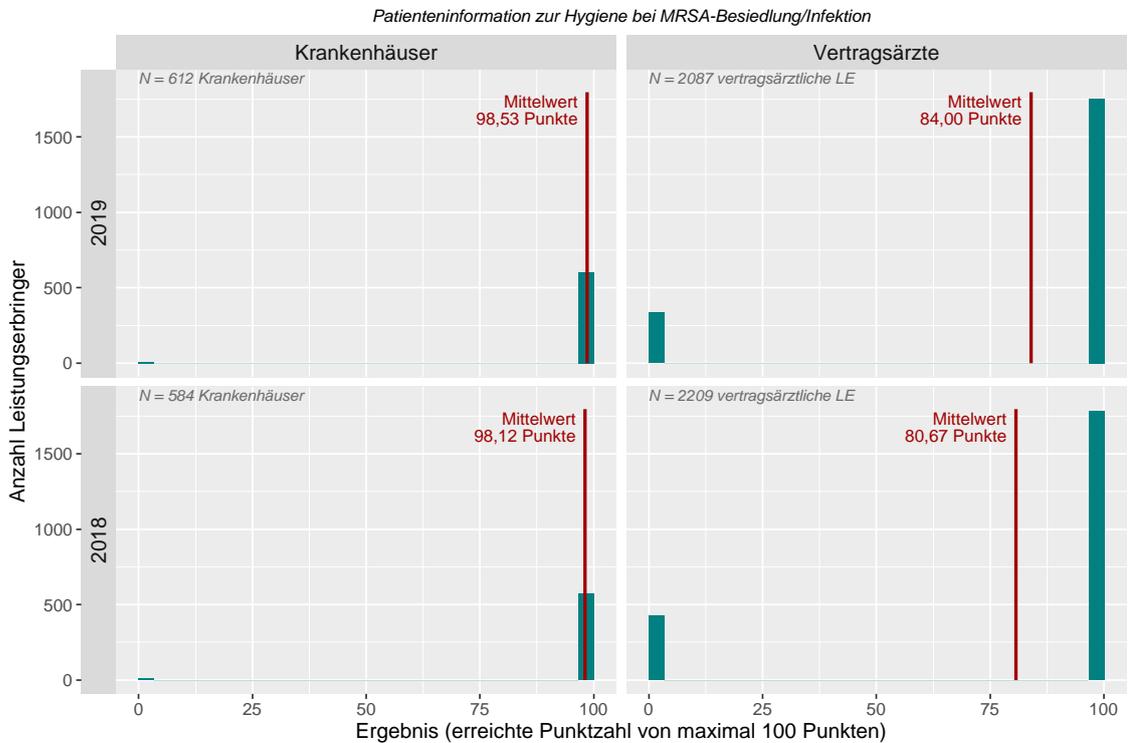
2.8 Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel



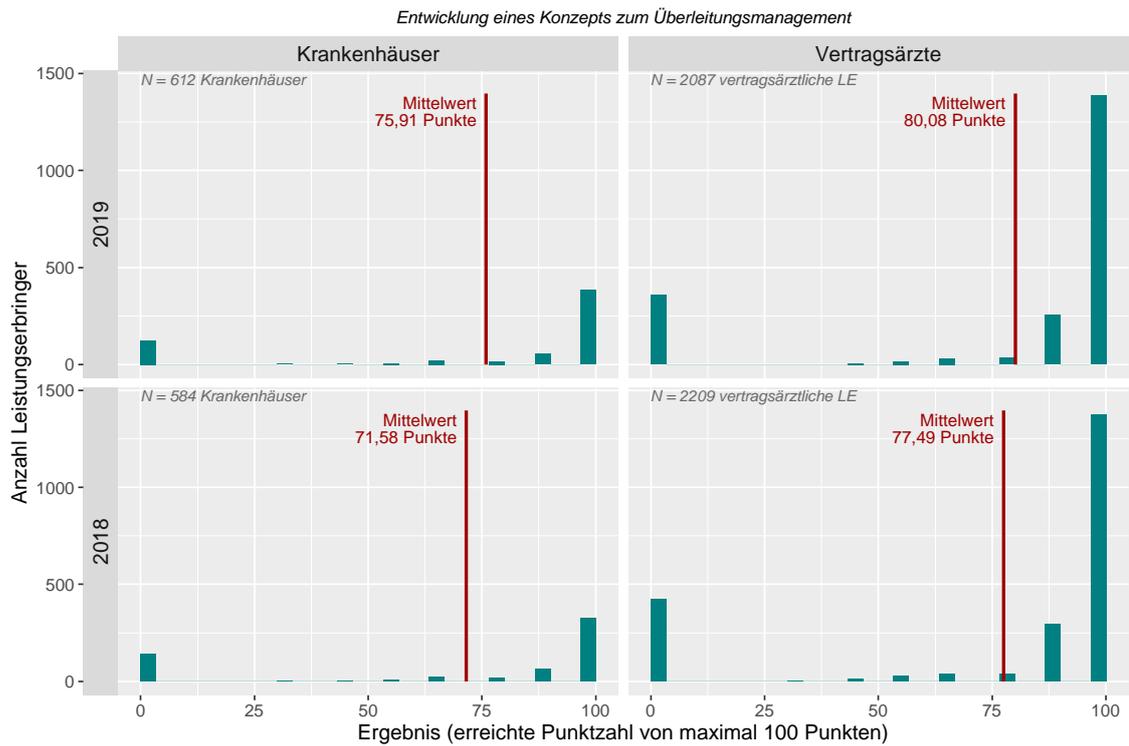
2.9 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und –therapie



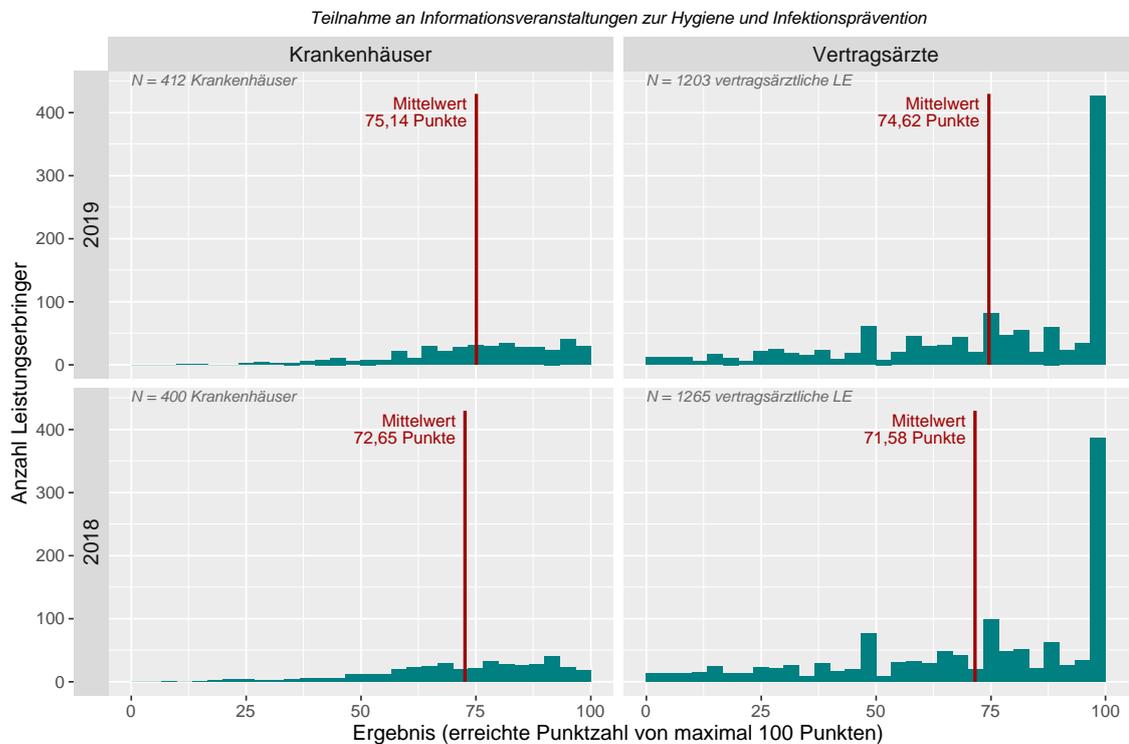
2.10 Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion



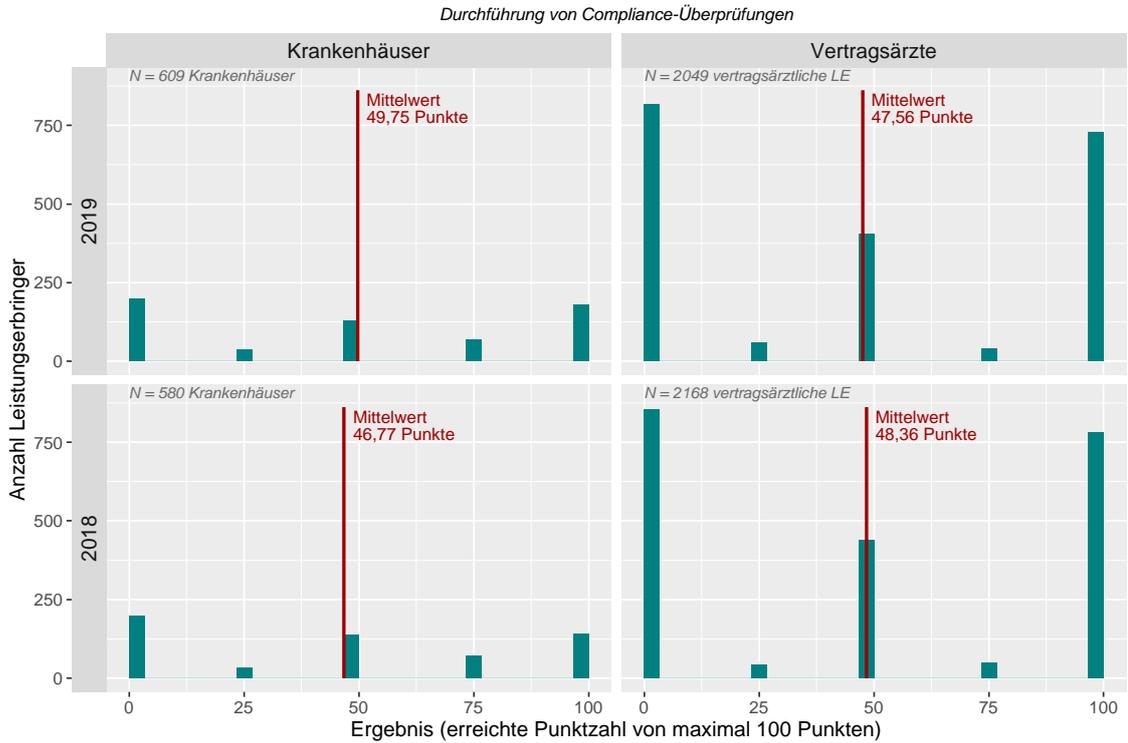
2.11 Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement



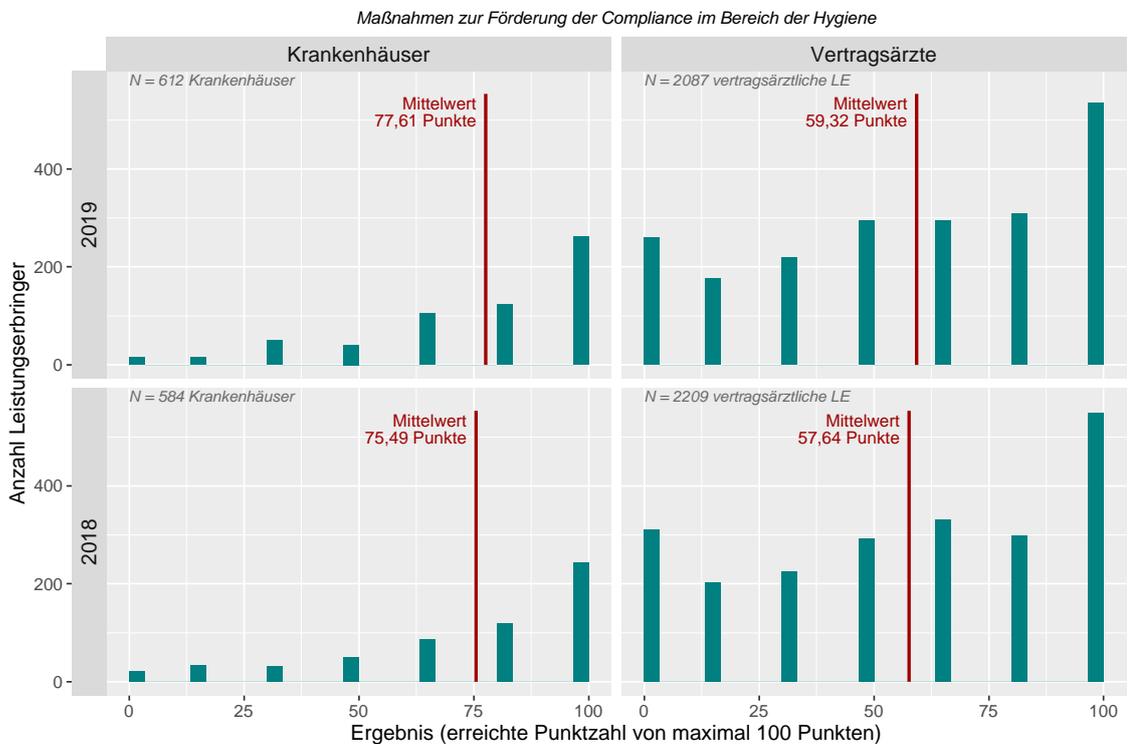
2.12 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332000)



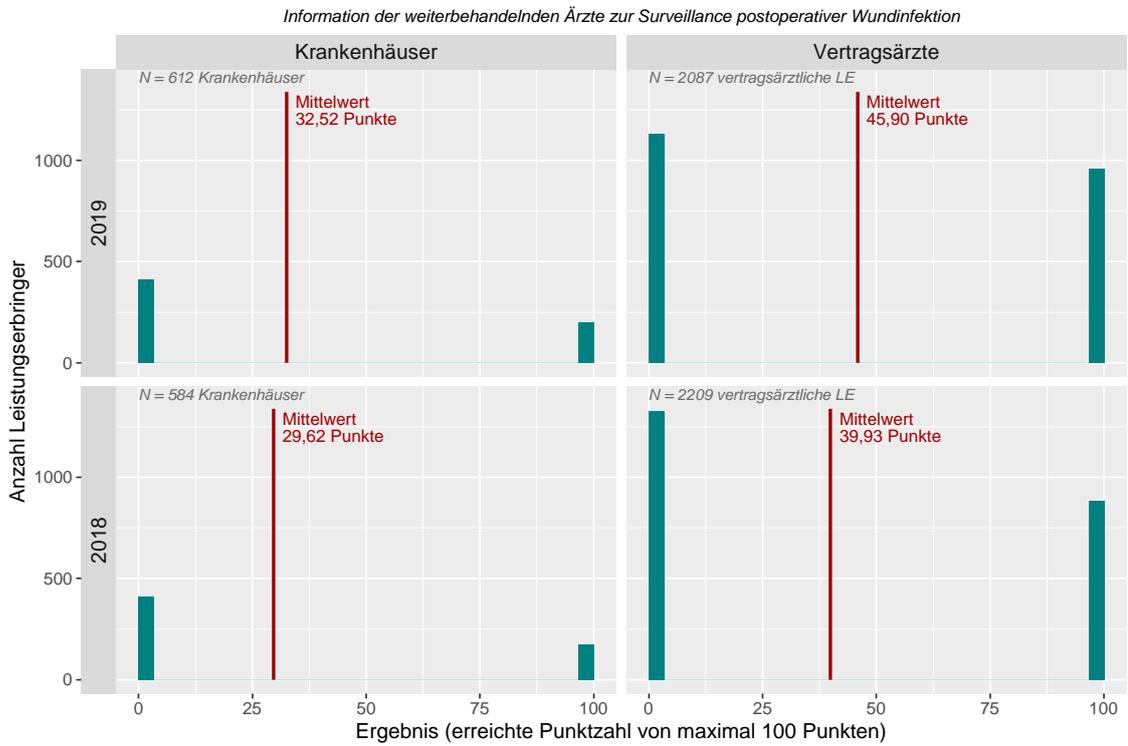
2.13 Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332001)



2.14 Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332002)



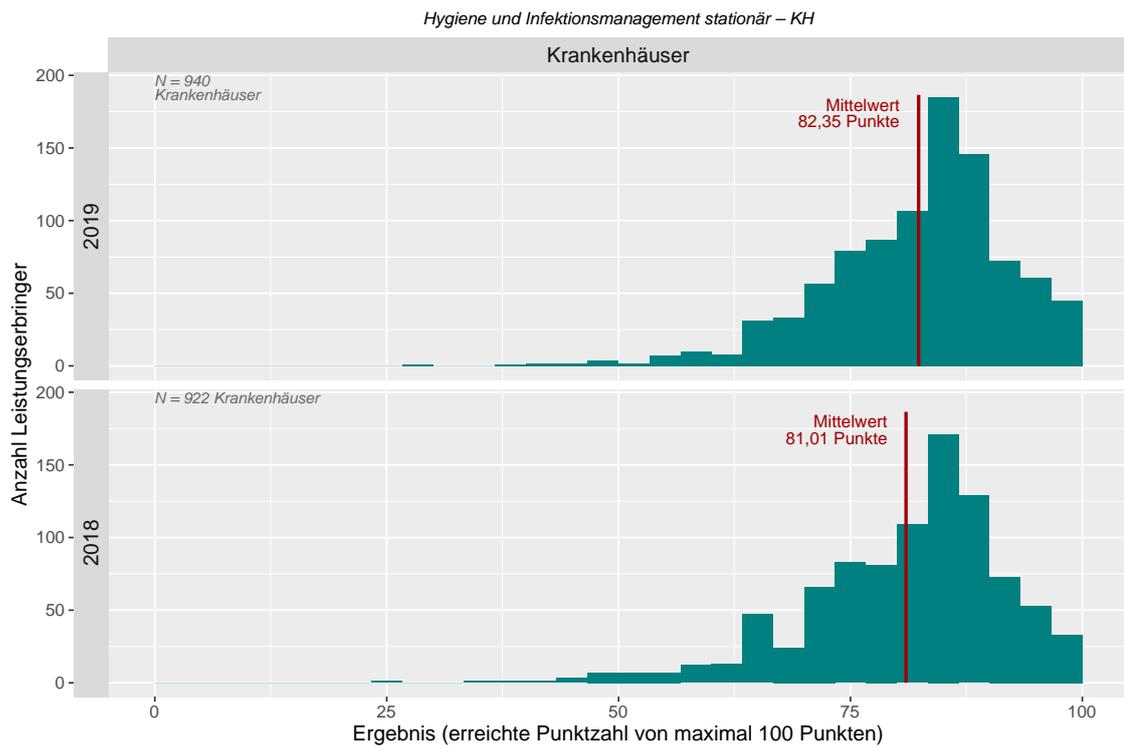
2.15 Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 332003)



3 Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

ID	Bezeichnung	2018	2019		
		Ergebnis in Punkte	Referenzbereich in Punkte	Ergebnis in Punkte	Rechnerisch auffällig (Gesamt: 940)
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	81,01	≥64,26	82,35	46

3.1 Histogramm zum QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

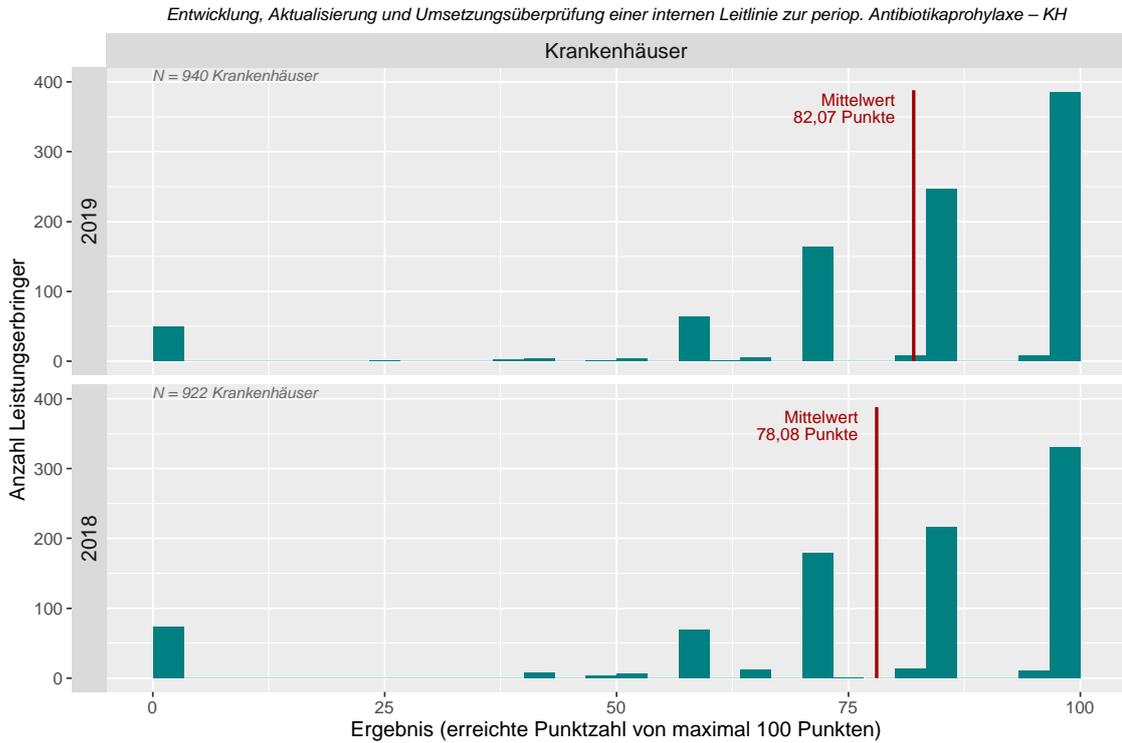


3.2 Kennzahlen zum QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

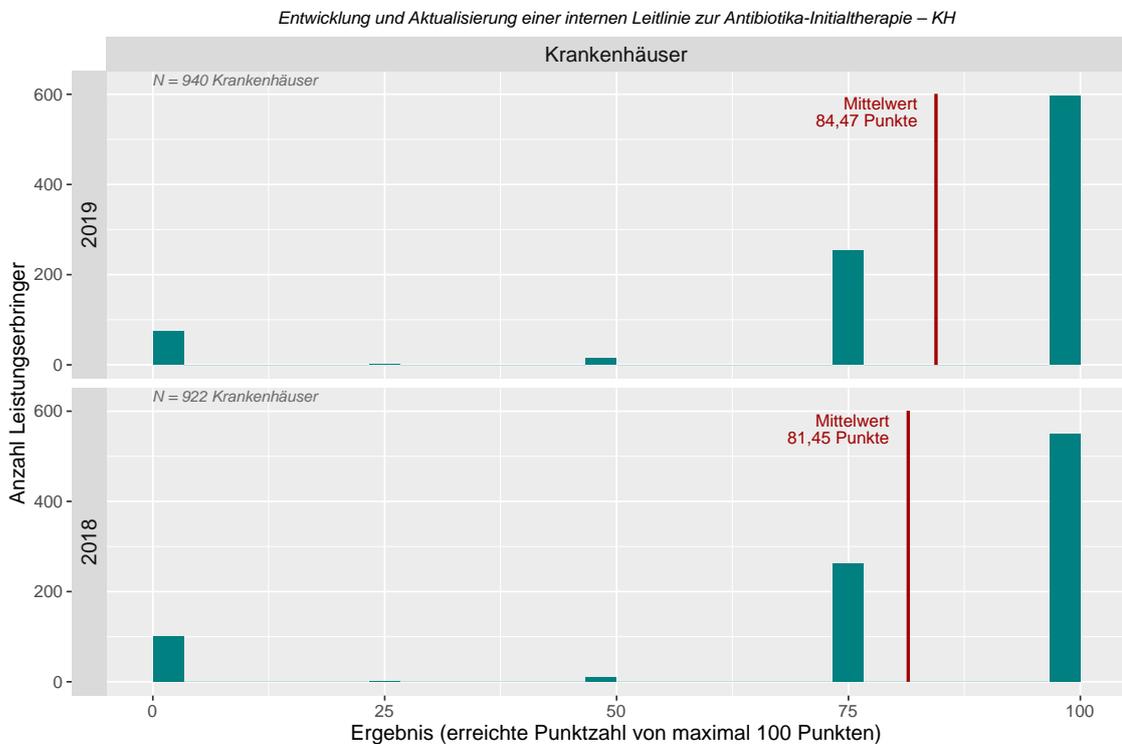
Kennzahl (Ausgegraute Kennzahlen gehen nicht in die Berechnung des Indikators ein)	Jahr	Sektor	LE gesamt	Ergebnis (max. 100 Punkte je Kennzahl)
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe	2019	Krankenhäuser	940	82,07
	2018	Krankenhäuser	922	78,08
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	2019	Krankenhäuser	940	84,47
	2018	Krankenhäuser	922	81,45
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	2019	Krankenhäuser	940	90,21
	2018	Krankenhäuser	922	88,18
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	2019	Krankenhäuser	940	96,25
	2018	Krankenhäuser	922	96,26
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	2019	Krankenhäuser	940	96,07
	2018	Krankenhäuser	922	95,13
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	2019	Krankenhäuser	940	87,55
	2018	Krankenhäuser	922	88,84
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	2019	Krankenhäuser	940	26,03
	2018	Krankenhäuser	922	23,44
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	2019	Krankenhäuser	940	98,94
	2018	Krankenhäuser	922	98,37
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement	2019	Krankenhäuser	940	79,55
	2018	Krankenhäuser	922	79,33
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	2019	Krankenhäuser	633	75,92
	2018	Krankenhäuser	635	73,31

Kennzahl (Ausgegraute Kennzahlen gehen nicht in die Berechnung des Indikators ein)	Jahr	Sektor	LE gesamt	Ergebnis (max. 100 Punkte je Kennzahl)
(Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342000)				
Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342001)	2019	Krankenhäuser	936	42,79
	2018	Krankenhäuser	915	41,24
Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342002)	2019	Krankenhäuser	940	79,31
	2018	Krankenhäuser	922	76,19
Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342003)	2019	Krankenhäuser	940	35,11
	2018	Krankenhäuser	922	31,34

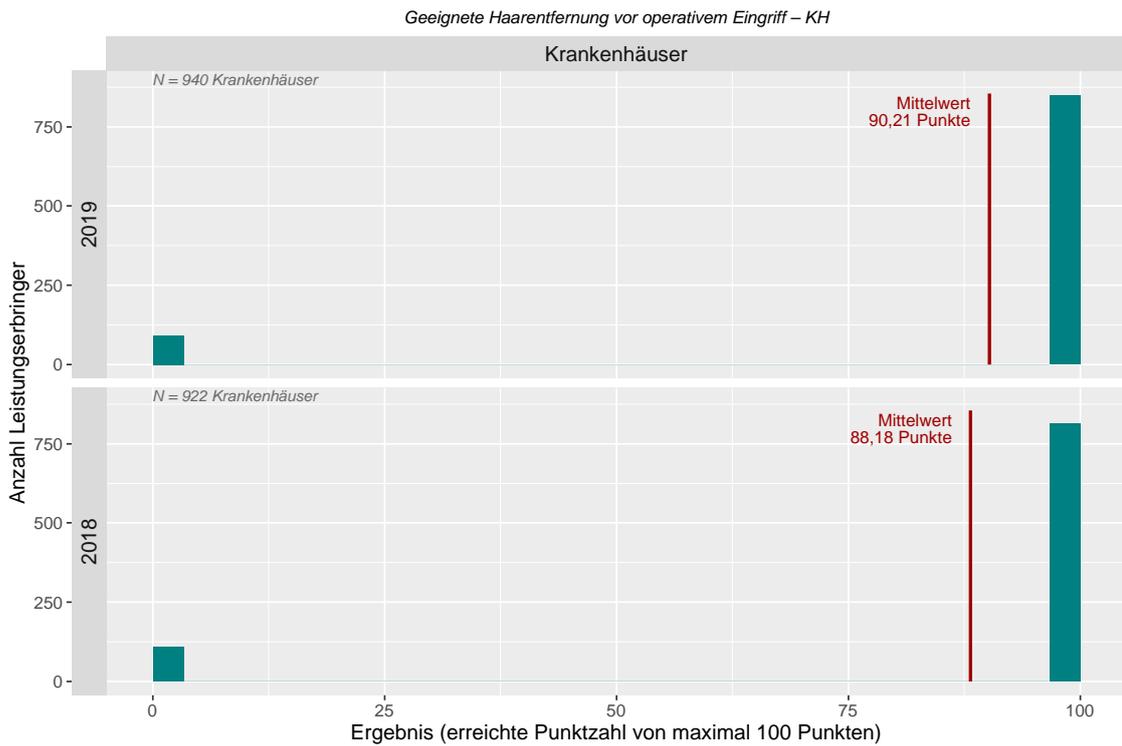
3.3 Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe



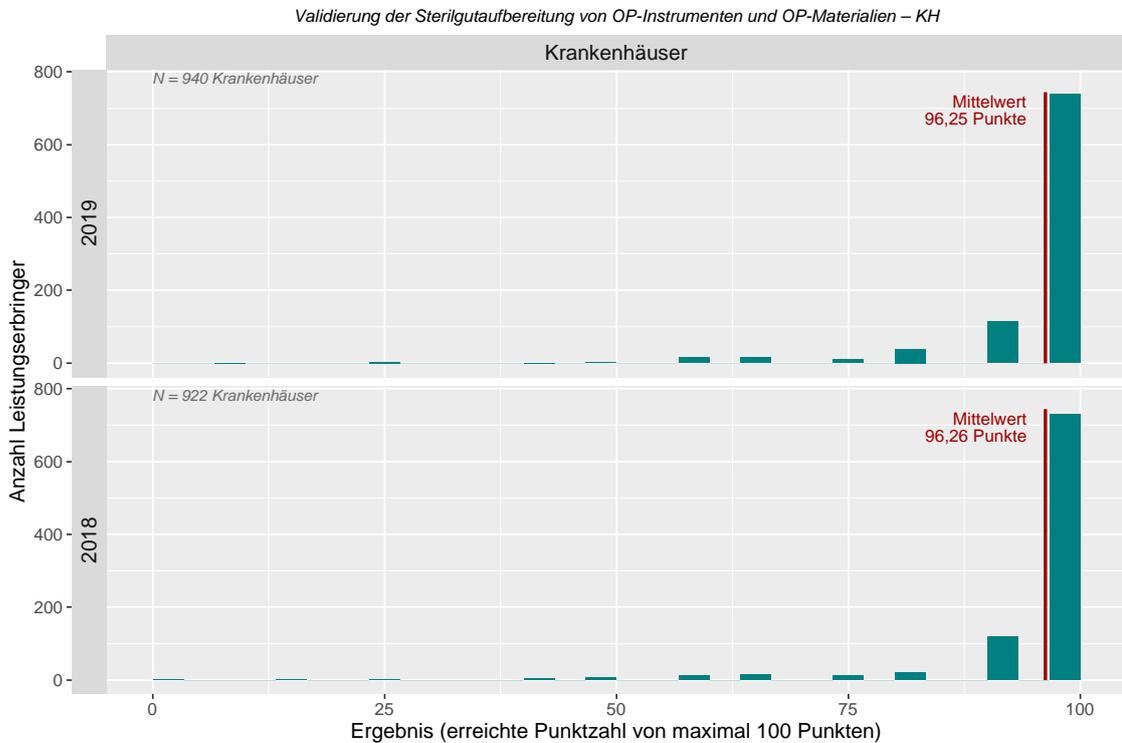
3.4 Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie



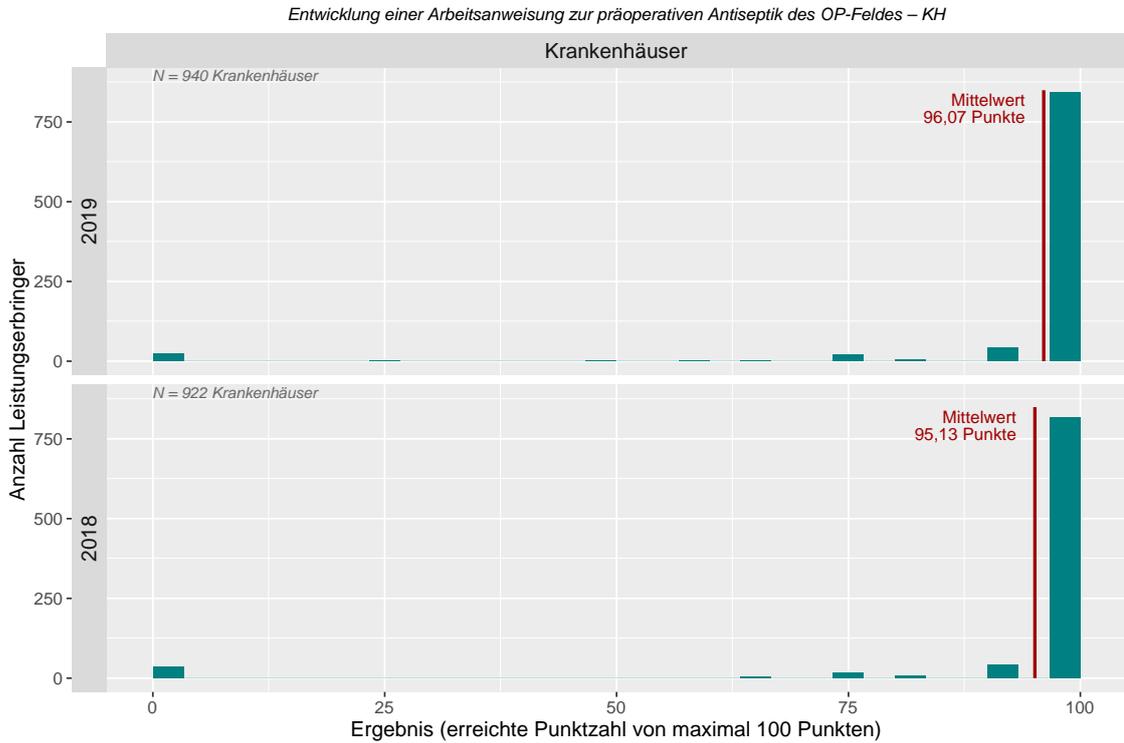
3.5 Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff



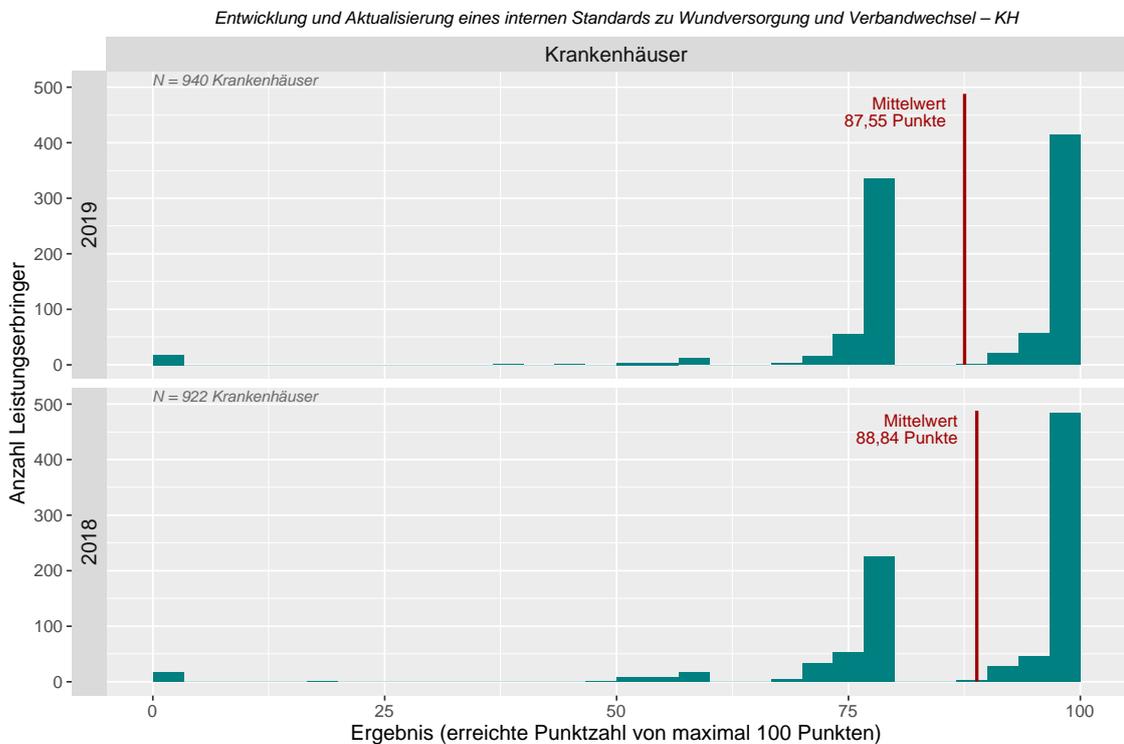
3.6 Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien



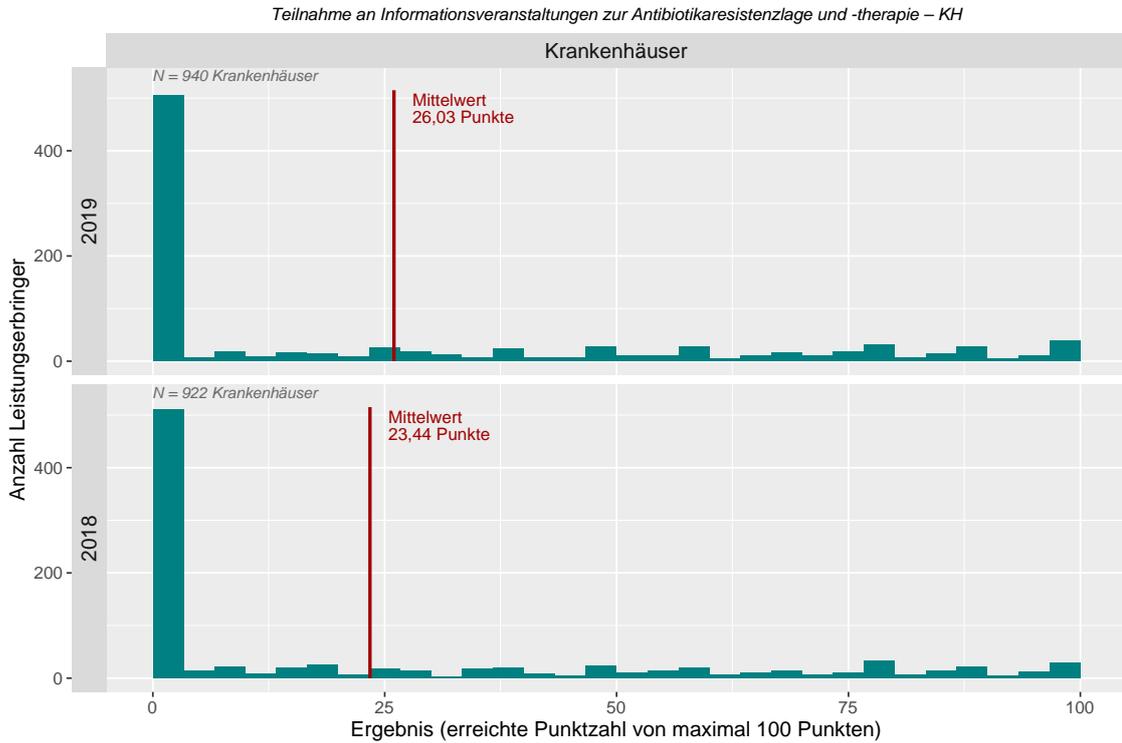
3.7 Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes



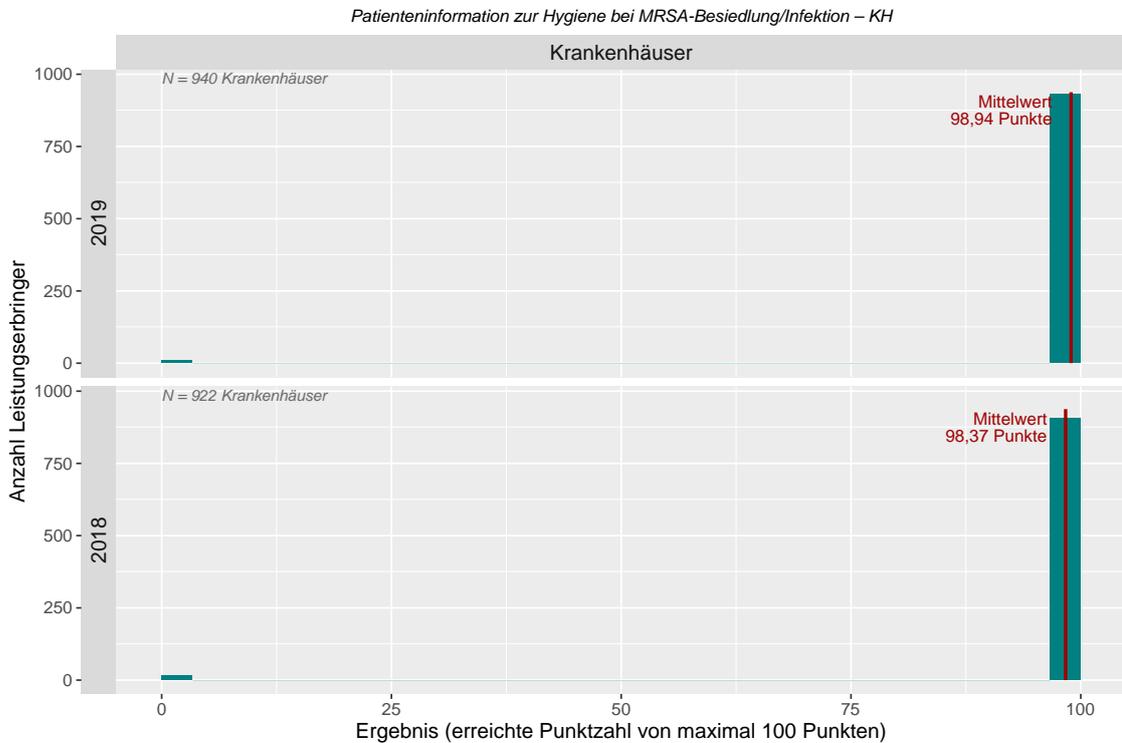
3.8 Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel



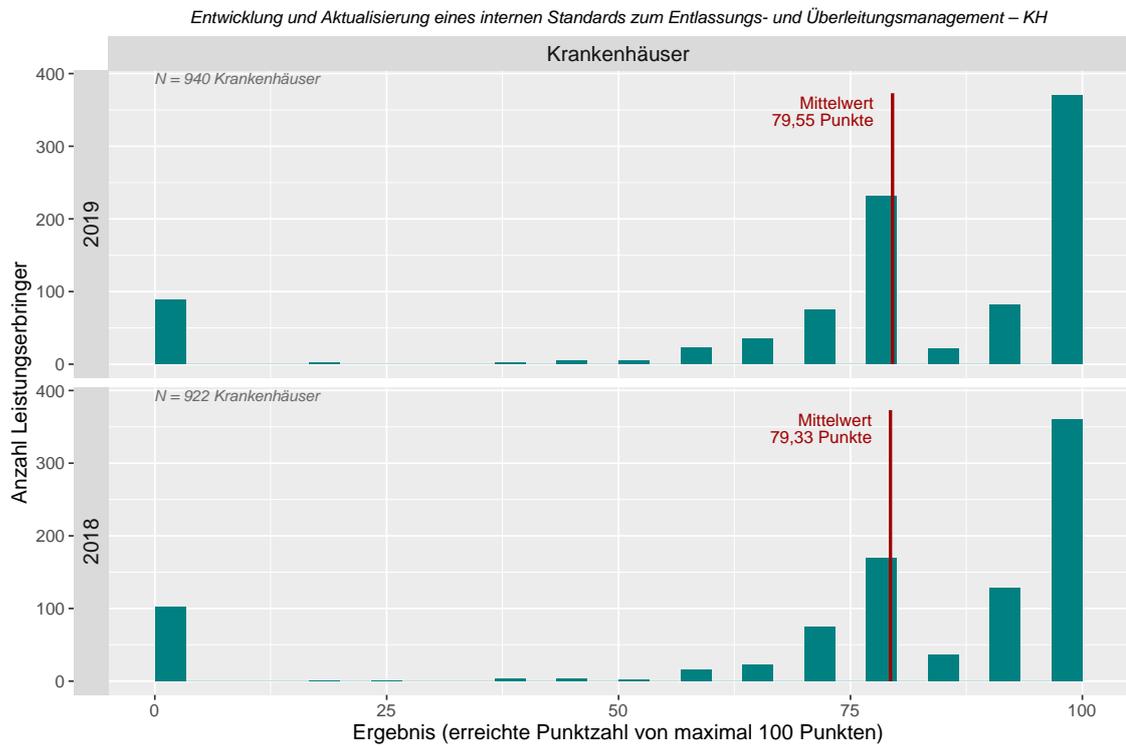
3.9 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und –therapie



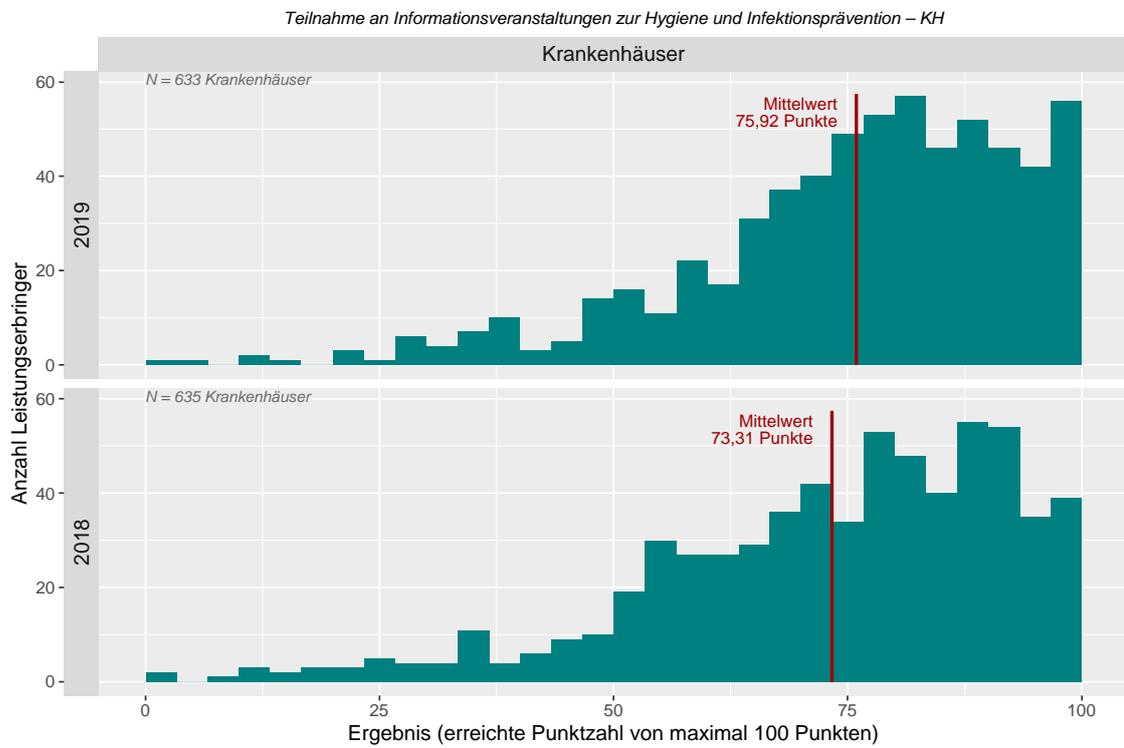
3.10 Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion



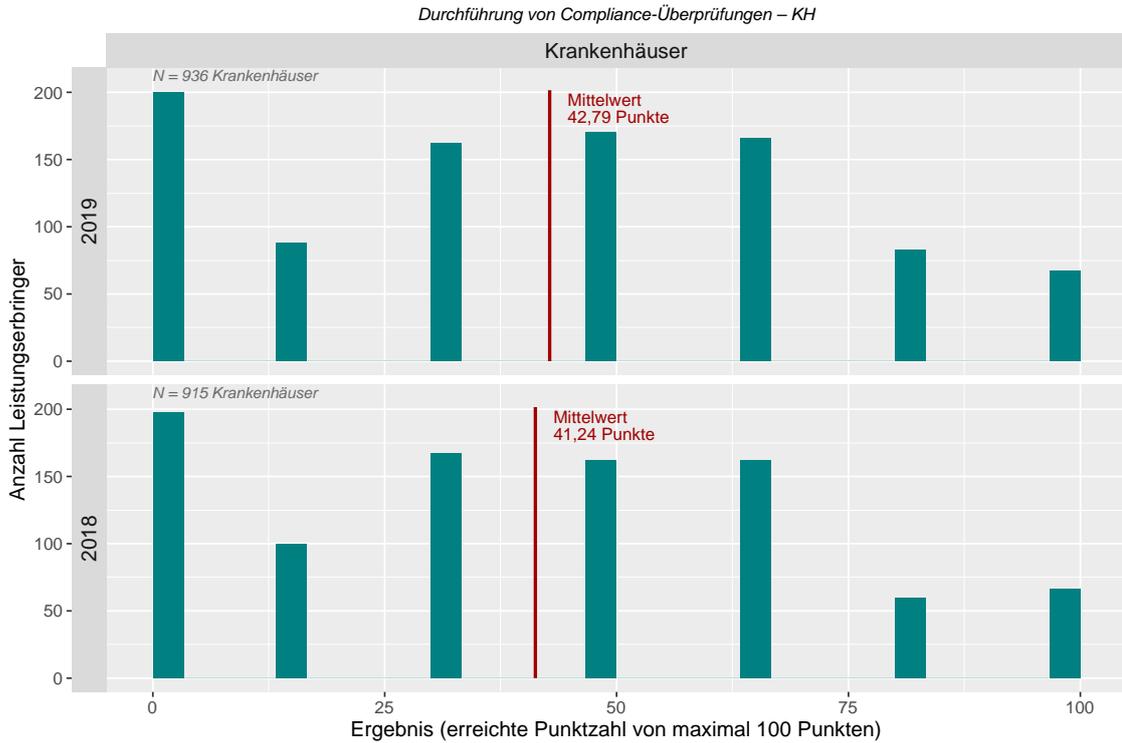
3.11 Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement



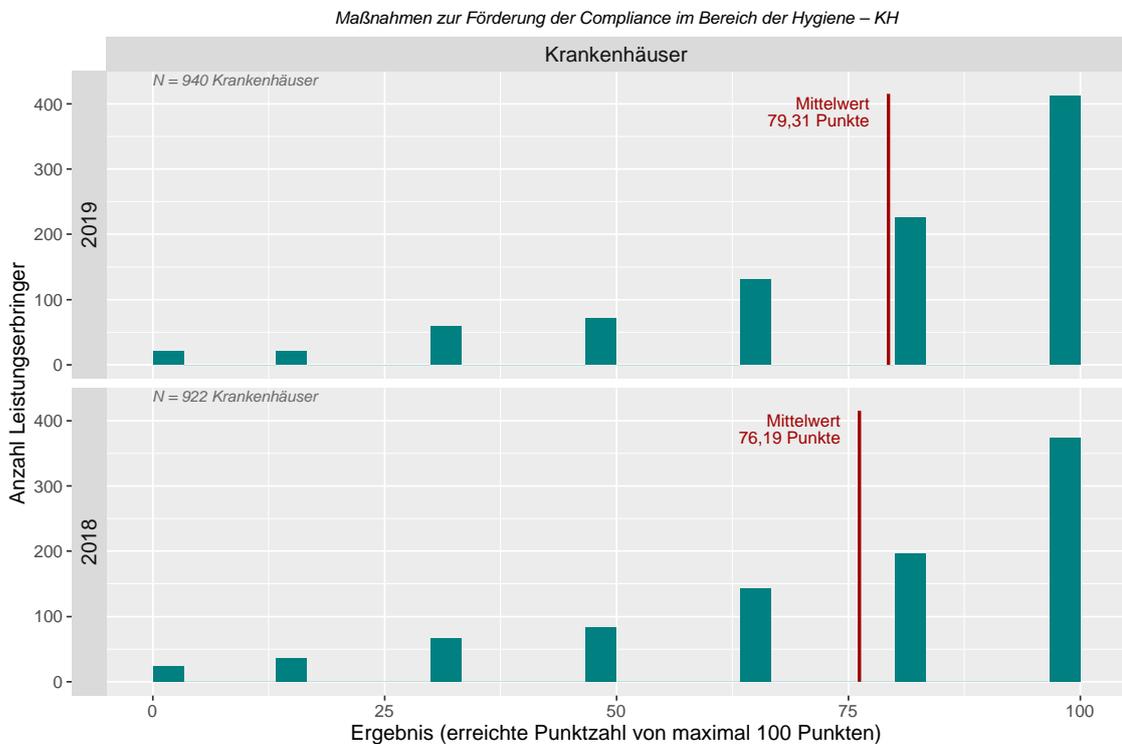
3.12 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342000)



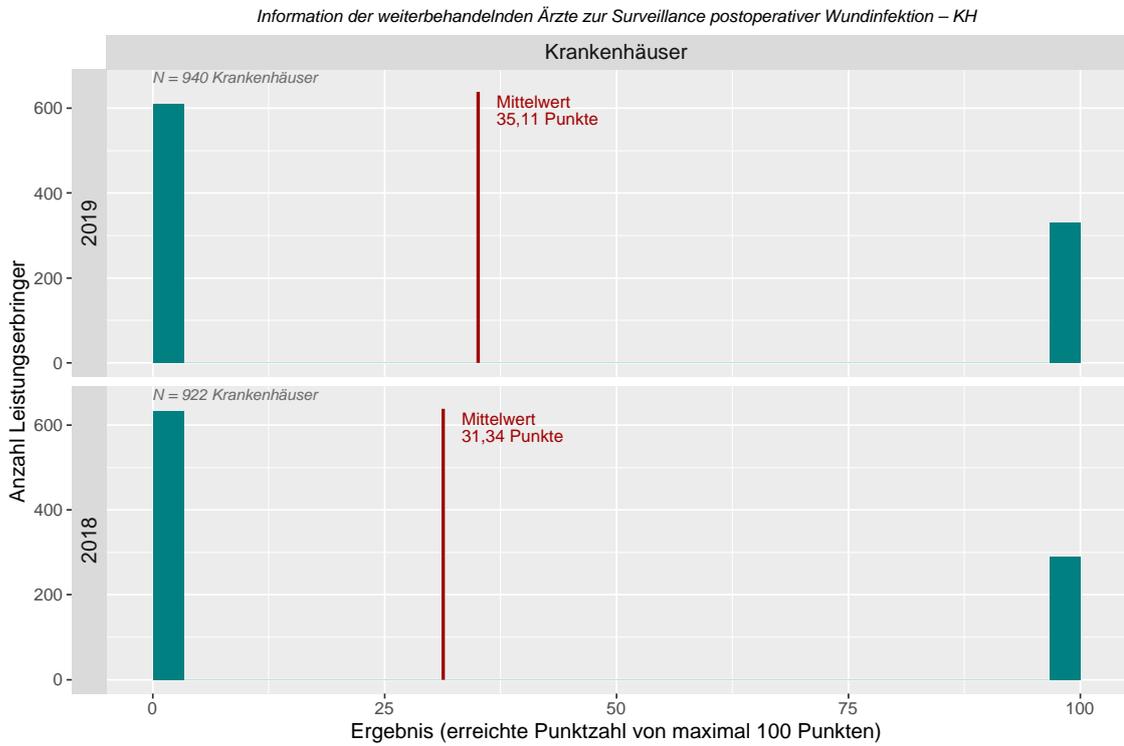
3.13 Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342001)



3.14 Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342002)



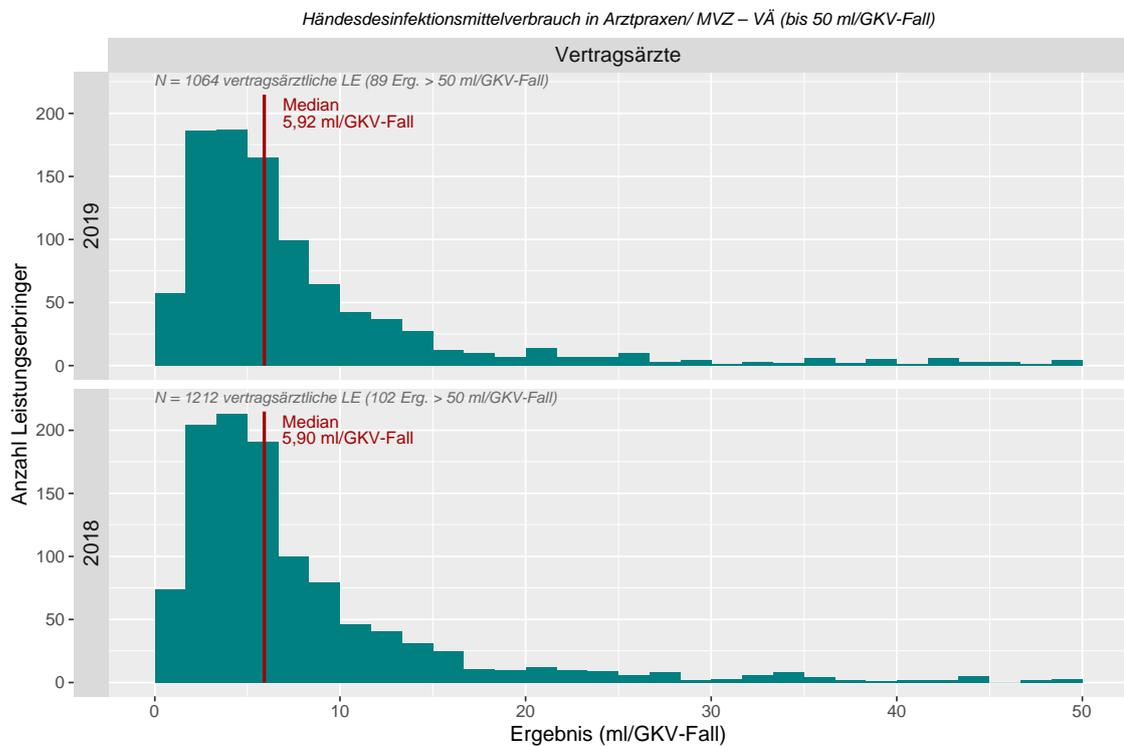
3.15 Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein; ID 342003)



4 Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ (ID 1001; Transparenzkennzahl)

2019	N	Ergebnis	Referenzwert
Praxen/MVZ	1064	5,92 ml/GKV-Fall	-

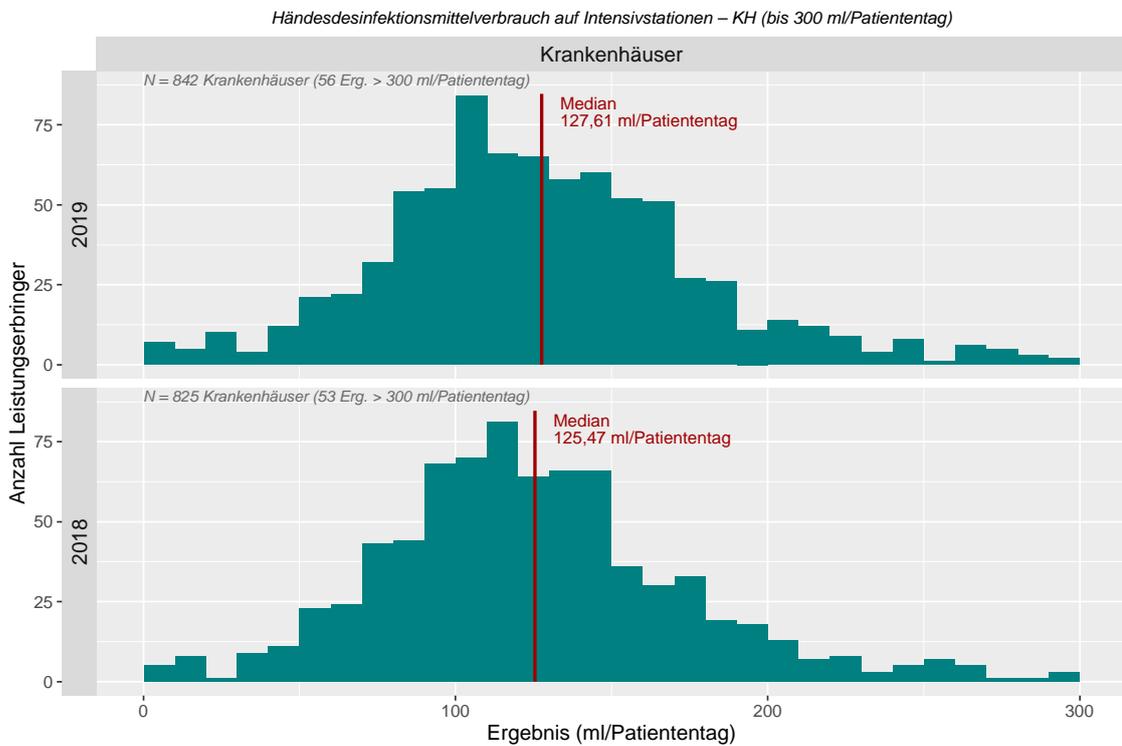
2018	N	Ergebnis	Referenzwert
Praxen/MVZ	1212	5,90 ml/GKV-Fall	-



5 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen (ID 2001; Transparenzkennzahl)

2019	N	Ergebnis	Referenzwert
Krankenhäuser	842	127,61 ml/Belegungstag	-

2018	N	Ergebnis	Referenzwert
Krankenhäuser	825	125,47 ml/Belegungstag	-



6 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Normalstationen (ID 2002; Transparenzkennzahl)

2019	N	Ergebnis	Referenzwert
Krankenhäuser	940	30,67 ml/Belegungstag	-

2018	N	Ergebnis	Referenzwert
Krankenhäuser	922	29,29 ml/Belegungstag	-

