



Auftraggeber:



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# Qualitätsreport 2016

Zusammenfassung

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

# Qualitätsreport 2016

Der Qualitätsreport 2016 beinhaltet die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung für das Erfassungsjahr 2016. Er liefert auf rund 220 Seiten detaillierte Informationen zu 25 Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) in Versorgungsbereichen wie zum Beispiel Gefäßchirurgie, Kardiologie, Gynäkologie und Transplantationsmedizin. Dazu gehören auch eine Zusammenfassung der Ergebnisse des [Strukturierten Dialogs](#) für das Erfassungsjahr 2015 sowie Empfehlungen der Expertengruppen zur Weiterentwicklung der QS-Verfahren. Als Ergänzung finden sich Hintergrundinformationen zur externen Qualitätssicherung, zum neu entwickelten Verfahren planungsrelevanter Qualitätsindikatoren sowie eine Sonderauswertung zu nosokomialen Infektionen.

## Erstes sektorenübergreifendes QS-Verfahren

Im Januar 2016 ist im Bereich der Herzkatheter das erste sektorenübergreifende QS-Verfahren, *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie*, angelaufen. Es betrifft Untersuchungen und Eingriffe an den Herzkranzgefäßen bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein Herzinfarkt droht oder akut abgewendet werden soll. Die Qualitätsindikatoren und die Hintergründe des Verfahrens werden ausführlich dargestellt. Da bis zum regulären Abschluss des Erfassungsjahres jedoch keine vollständige Datenbasis vorlag, können noch keine Ergebnisse berichtet werden.

## Die wichtigsten Zahlen des Qualitätsreports 2016



1.544 Krankenhäuser, 1.887 Krankenhausstandorte



rund 2,5 Mio. gelieferte QS-Datensätze



25 QS-Verfahren



266 Indikatoren (238 stationäre QS, 28 sektorenübergreifende QS)



68 risikoadjustierte Indikatoren

## Datengrundlage

Für das Erfassungsjahr 2016 haben bundesweit 1.544 Krankenhäuser an insgesamt 1.887 Standorten rund 2,5 Millionen Datensätze dokumentiert. In 24 QS-Verfahren sind stationäre Leistungserbringer (Krankenhäuser) verpflichtet, Daten für die Qualitätssicherung zu dokumentieren. Im neu hinzugekommenen Verfahren im Bereich der Herzkatheter gilt dies für stationäre und ambulante Leistungserbringer. Die im Vergleich zum Vorjahr wesentlich geringere Anzahl an Datensätzen ist vor allem durch den Wegfall des alten stationären Verfahrens zu PCI und Koronarangiographien und den bislang noch unvollständigen Datenpool zum entsprechenden sektorenübergreifenden Verfahren zu erklären.

## Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

In den 25 QS-Verfahren wird das Erreichen von Qualitätszielen anhand von insgesamt 266 Indikatoren gemessen. 238 davon gehören zu den rein stationären Verfahren, 28 kamen durch das neue sektorenübergreifende Verfahren dazu. Letztere sind aufgrund der unvollständigen Datengrundlage nicht in den folgenden Daten enthalten. Da sie neu eingeführt wurden, kann auch keine Veränderung im Vergleich zum Vorjahr bewertet werden.

Im Ergebnis weisen auf Bundesebene im Vergleich zum Vorjahr 53 der 238 Qualitätsindikatoren eine Verbesserung auf (22%). Im Erfassungsjahr 2015 waren es 13% (45 von 351 Indikatoren). 9 Indikatoren haben sich verschlechtert (4%). Im Erfassungsjahr 2015 waren es 6% (21 von 351 Indikatoren). 165 Indikatoren blieben verglichen mit dem Vorjahresergebnis unverändert (69%). Im Erfassungsjahr 2015 waren es 65% (229 von 351 Indikatoren). Bei 11 Indikatoren ist keine Aussage über eine Veränderung möglich (5%), da sie zum Beispiel neu eingeführt oder verändert wurden. Im Erfassungsjahr 2015 betraf dies 16% (56 von 351 Indikatoren).

Im Erfassungsjahr 2016 fielen 129 Indikatoren weg, während 44 Indikatoren neu eingeführt wurden. Neben üblichen Überarbeitungen im Rahmen der Verfahrenspflege ist vor allem die Streichung von bisherigen Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich der Grund für die hohe Anzahl weggefallener Indikatoren. Da Bewertungen der Versorgungsqualität nur mittels eines Abgleichs zwischen dem Indikatorergebnis eines Leistungserbringers und einem Referenzbereich erfolgen können, ist ein Referenzbereich notwendiger Bestandteil eines Qualitätsindikators. Ohne Referenzbereich bliebe unklar, welche Indikatorenergebnisse als Hinweise für gute oder schlechte Qualität gelten könnten. Qualitätsindikatoren des IQTIG verfügen über einen Referenzbereich; anderenfalls werden sie als Kennzahlen bezeichnet.

## Follow-up-Indikatoren

In den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung*, *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung* werden ab der diesjährigen Auswertung Follow-up-Indikatoren angewendet. Mit diesen Indikatoren können mittels einer Verknüpfung stationär erhobener QS-Daten aus verschiedenen Behandlungsepisoden einer Patientin oder eines Patienten Langzeitbeobachtungen in der Qualitätssicherung durchgeführt werden. Ab dem Erfassungsjahr 2018 sollen auch in den QS-Verfahren zu implantierbaren Defibrillatoren Follow-up-Indikatoren eingeführt werden.

## Handlungsbedarf

Das Bewertungskonzept zur Festlegung des Handlungsbedarfs hinsichtlich der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung wird derzeit grundlegend überarbeitet und wurde in Ansätzen erstmals auf die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2016 angewendet. Es wird nun zwischen „normalem“ und „besonderem“ Handlungsbedarf unterschieden oder es wird festgestellt, dass kein Handlungsbedarf mehr besteht.

Ein „normaler Handlungsbedarf“ in Bezug auf einen Indikator liegt vor, wenn es Hinweise darauf gibt, dass weiterhin ein Potenzial zur Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Leistungserbringer vorhanden ist. Dieser Bedarf liegt demnach bei den Leistungserbringern und wird mit den verfügbaren Mitteln der Qualitätssicherung (u.a. Strukturierter Dialog) adressiert. Ein „besonderer Handlungsbedarf“ besteht, wenn sich angesichts eines weiterhin bestehenden Verbesserungspotenzials der Leistungserbringer abzeichnet, dass eine Verbesserung der Ergebnisse mit den Mitteln der Qualitätssicherung nicht oder nicht ausreichend schnell erreicht werden kann. Das IQTIG berät mögliche Gründe dafür mit den jeweiligen Expertengruppen und stellt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die gesammelten Informationen in einem Bericht zur Verfügung. Gibt es kein Verbesserungspotenzial mehr bei den Leistungserbringern, besteht kein weiterer Handlungsbedarf und der Indikator wird ggf. gestrichen.

Für das Erfassungsjahr 2016 wurden folgende Bewertungen in Bezug auf den Handlungsbedarf vorgenommen (die Indikatoren aus dem neuen Verfahren konnten noch nicht bewertet werden und sind daher in diesen Angaben nicht enthalten):

- Bei 220 Indikatoren wurde ein normaler Handlungsbedarf festgestellt.
- Bei 7 Indikatoren liegt ein besonderer Handlungsbedarf vor; diese verteilen sich auf die QS-Verfahren im Bereich der Herzschrittmacher und Defibrillatoren, der Geburtshilfe, der Mammachirurgie sowie der hüftgelenknahen Femurfraktur.
- Bei 11 Indikatoren lagen keine Hinweise mehr auf einen Handlungsbedarf vor. Diese Indikatoren werden ggf. gestrichen.

## Datenvalidität

Um die Korrektheit, Vollständigkeit und Vollzähligkeit der dokumentierten Daten beurteilen zu können, wird einmal im Jahr ein Datenvalidierungsverfahren für die stationäre Qualitätssicherung durchgeführt. Hierzu beschließt der G-BA jährlich Kriterien zur Bewertung der Qualität der Datendokumentation in den Krankenhäusern. Zusätzlich zu dieser verfahrensübergreifenden Prüfung erfolgt, ebenfalls jährlich, in drei ausgewählten QS-Verfahren per Stichprobe ein Abgleich der dokumentierten Daten mit denen in der Patientenakte. Im Durchführungsjahr 2016 wurden die Daten aus dem Erfassungsjahr 2015 der QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe, Mam-machirurgie* und *Kombinierte Koronar-und Aortenklappenchirurgie* umfassend validiert.

Im Juni 2017 wurde das IQTIG vom G-BA mit der Entwicklung eines Datenvalidierungsverfahrens für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung beauftragt. In diesem Rahmen wird auch die Validierung neuer Datenquellen (z.B. Sozialdaten bei den Krankenkassen, einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, Patientenbefragungen) erfolgen.

## Strukturierter Dialog

In der stationären Qualitätssicherung wird der Strukturierte Dialog mit Krankenhäusern ausgelöst, wenn eine rechnerische Auffälligkeit vorliegt, d.h., wenn das Indikatorergebnis eines Krankenhauses außerhalb des festgelegten Referenzbereichs liegt. Er soll den Leistungserbringern die Möglichkeit geben, solche Auffälligkeiten zu erklären oder zu entkräften und zu beschreiben, wie damit weiter umgegangen wird. Dementsprechend werden in der Folge durch die Einrichtungen Verbesserungsmaßnahmen implementiert, sofern dies erforderlich ist.

Die Durchführung des Strukturierten Dialogs erfolgt immer in dem Jahr, das auf das Erfassungsjahr folgt. Im vorliegenden Qualitätsreport werden daher die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2015 berichtet. Für dieses Erfassungsjahr haben bundesweit 1.538 Krankenhäuser an insgesamt 1.834 Standorten 3.179.246 Datensätze dokumentiert. Es ergaben sich daraus 15.858 rechnerische Auffälligkeiten bei 208 Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich. Von diesen Auffälligkeiten wurden im Jahr 2016 9.797 (62%) im Strukturierten Dialog überprüft. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2015 wurden 1.761 Ergebnisse – d.h. 11,1% der rechnerischen Auffälligkeiten – als qualitativ auffällig eingestuft und 6.021 Ergebnisse – d.h. 38,0% der rechnerischen Auffälligkeiten – als qualitativ unauffällig bewertet (30,6% qualitativ unauffällig und 7,4% ohne Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität, jedoch mit vereinzelten Dokumentationsproblemen). Bei 1.655

Ergebnissen – d.h. bei 10,4 % der rechnerischen Auffälligkeiten – war die Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Bei rechnerischen Auffälligkeiten, bei denen keine Überprüfung stattfand (ca. 38 %), wurde meist ein Hinweis an die betroffene Einrichtung mit der Aufforderung zu Prüfung und Verbesserung gesandt.

## Krankenhausbezogene öffentliche Berichterstattung

Mit dem Erfassungsjahr 2016 wurde festgelegt, dass die krankenhausbazogene Veröffentlichung der Indikatorenergebnisse in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser zukünftig bei grundsätzlich allen Indikatoren erfolgen soll. Damit wird noch mehr Transparenz für die Öffentlichkeit hergestellt, sodass z. B. Patientinnen und Patienten eine Auswahlentscheidung zwischen Leistungserbringern ermöglicht wird.

Von den insgesamt 238 Indikatoren der stationären QS-Verfahren im Erfassungsjahr 2016 sind die Ergebnisse von 216 Indikatoren (91 %) verpflichtend zu veröffentlichen. Damit ist – bei kontinuierlich sinkender Gesamtzahl der Indikatoren – der Anteil der verpflichtend zu veröffentlichenden Indikatorenergebnisse im Vergleich zu den vergangenen Jahren gestiegen. Für die Erfassungsjahre 2011 bis 2015 lag dieser Anteil zwischen 47 % und 68 %. Darüber hinaus besteht erstmals eine Veröffentlichungspflicht zu Ergebnissen von Kennzahlen in den direkten Verfahren, für das Erfassungsjahr 2016 betrifft dies 39.

## Nosokomiale Infektionen

Informationen zu nosokomialen Infektionen – Infektionen, die sich Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zugezogen haben – und dem Einsatz von Antibiotika, die in den verschiedenen QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung erhoben werden, wurden auch in diesem Jahr verfahrensübergreifend ausgewertet und im vorliegenden Qualitätsreport dargestellt. Die dort beschriebenen Ergebnisse sind im Wesentlichen mit den Infektionsraten deutscher Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systeme, die Informationen zu nosokomialen Infektionen erfassen und bewerten, vergleichbar. Die anhand der QS-Dokumentation berechneten Wundinfektionsraten sind in den letzten Jahren niedrig und tendenziell leicht rückläufig. Allerdings ist die Aussagekraft dieser Infektionsraten, die sich nur auf den Krankenhausaufenthalt beziehen, begrenzt. Die Verweildauer von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ist oft so kurz, dass sich Infektionen erst nach der Entlassung zeigen. Diese Infektionen werden bislang in keinem deutschen Surveillance-System

systematisch erfasst. Im neuen QS-Verfahren zu postoperativen Wundinfektionen werden seit Januar 2017 Wundinfektionen sektorenübergreifend bis zu einem Jahr nach dem Eingriff erfasst. Zusätzlich werden darin auch hygienebezogene Prozesse bei den Leistungserbringern betrachtet. Außerdem wurden für das Erfassungsjahr 2016 im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* Follow-up-Indikatoren eingeführt. Diese Indikatoren erlauben eine Verknüpfung von Implantation und dazugehörigen Folgeeingriffen, die innerhalb von einem Jahr bzw. bei Infektionen der Aggregatgassche innerhalb von zwei Jahren nach dem Ersteingriff aufgrund von Infektionen erforderlich waren.

## Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Vor dem Hintergrund des 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) wurden erstmals Qualitätsindikatoren für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung ausgewählt. Die Landesplanungsbehörden sollen künftig die Aufnahme bzw. den Verbleib eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung im Krankenhausplan von der Erfüllung ausgewählter Kriterien der Versorgungsqualität abhängig machen. Hierzu sollen planungsrelevante Qualitätsindikatoren verwendet werden. Das IQTIG wählte in einem ersten Schritt geeignete Qualitätsindikatoren der bestehenden externen stationären Qualitätssicherung aus und entwickelte ein Verfahrenskonzept zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen. Der G-BA beschloss auf Basis des IQTIG-Konzepts 11 planungsrelevante Indikatoren aus den QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*, *Geburtshilfe* und *Mammachirurgie*. Die entsprechende Richtlinie (plan. QI-RL) ist seit dem 1. Januar 2017 in Kraft.

### **www.iqtig.org: Der komplette Qualitätsreport zum Download**

Der Qualitätsreport 2016 ist ebenso wie diese Zusammenfassung als PDF-Dokument auf unserer Website unter [www.iqtig.org](http://www.iqtig.org) abrufbar.