



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zum Strukturierten Dialog 2020

Erfassungsjahr 2019

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 22. November 2021

Impressum

Thema:

Bericht zum Strukturierten Dialog 2020. Erfassungsjahr 2019

Ansprechpartnerin:

Martina Dost

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

31. August 2021, aktualisierte Version vom 22. November 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	9
QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung	10
1 Einleitung.....	13
2 Methodik	15
2.1 Grundlagen.....	15
2.2 Zuständigkeiten.....	17
2.3 Rechnerisch auffällige Ergebnisse.....	18
2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse.....	19
2.4.1 Fachgruppenarbeit.....	19
2.4.2 Bewertung.....	21
2.4.3 Ergebniseinstufungen.....	22
3 Datenvalidierung	24
4 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren.....	26
5 Durchführung und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs.....	27
5.1 Überblick: Durchführung des Strukturierten Dialogs.....	27
5.2 Ergebnisse der Versorgungsbereiche.....	42
5.2.1 Gefäßchirurgie.....	42
5.2.2 Pneumonie	46
5.2.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren	52
5.2.4 Herzchirurgie	64
5.2.5 Transplantationsmedizin.....	74
5.2.6 Gynäkologie.....	96
5.2.7 Mammachirurgie.....	100
5.2.8 Perinatalmedizin	105
5.2.9 Orthopädie und Unfallchirurgie	114
5.2.10 Pflege.....	124
6 Fazit und Ausblick.....	127

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung	10
Tabelle 2: Einstufungsschema für rechnerisch auffällige Ergebnisse bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs.....	22
Tabelle 3: Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit aller QS-Verfahren (EJ 2019)	25
Tabelle 4: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2018 und 2019 im Vergleich.....	28
Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland	32
Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren	33
Tabelle 7: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland	37
Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs.....	16
Abbildung 2: Zuständigkeiten der beteiligten Akteurinnen und Akteure.....	17
Abbildung 3: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog	20
Abbildung 4: Strukturiertes Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung	21
Abbildung 5: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2019	29
Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen (absolute Anzahl in den Balken) pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen	30
Abbildung 7: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – kollegiale Gespräche, Begehung, Zielvereinbarung in Relation zu der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse, Anzahl der KH-Standorte in den Balken.....	31
Abbildung 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller QS-Verfahren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland	36
Abbildung 9: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren	41
Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog	42
Abbildung 11: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation	45
Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog	46
Abbildung 13: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie	51
Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog	52
Abbildung 15: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation)	58
Abbildung 16: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel)	59
Abbildung 17: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)	60

Abbildung 18: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	61
Abbildung 19: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	62
Abbildung 20: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	63
Abbildung 21: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog	64
Abbildung 22: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarchirurgie, isoliert	68
Abbildung 23: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	69
Abbildung 24: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	71
Abbildung 25: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	73
Abbildung 26: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog	74
Abbildung 27: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungs-systeme (Auswertungsmodul Herztransplantation)	78
Abbildung 28: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungs-systeme (Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	81
Abbildung 29: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation	83
Abbildung 30: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lebertransplantation	86
Abbildung 31: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Leberlebenspende	88

Abbildung 32: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierentransplantation	91
Abbildung 33: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierenlebendspende	93
Abbildung 34: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation.....	95
Abbildung 35: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog	96
Abbildung 36: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen.....	99
Abbildung 37: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog	100
Abbildung 38: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie	104
Abbildung 39: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog	105
Abbildung 40: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog	106
Abbildung 41: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe	109
Abbildung 42: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog	110
Abbildung 43: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie.....	113
Abbildung 44: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog	114
Abbildung 45: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	119
Abbildung 46: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung	121
Abbildung 47: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung	123

Abbildung 48: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog 124

Abbildung 49: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe 126

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ID	Identifikationsnummer
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KH	Krankenhaus
LQS	Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SD	Strukturierter Dialog
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standardvorgehensweise (<i>Standard Operating Procedure</i>)

QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

Tabelle 1: QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

Versorgungsbereich	QS-Verfahren (Auswertungsmodul)	Beschreibung
Gefäßchirurgie	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Pneumonie	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Herzschrittmacher und Defibrillatoren	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)
	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird

Versorgungsbereich	QS-Verfahren (Auswertungsmodul)	Beschreibung
Herzchirurgie	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)
	Aortenklappenchirurgie, isoliert	Ersatz der Aortenklappe (offen-chirurgisch)
		Implantation einer Aortenklappe (kathetergestützt)
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aortenklappe	
Transplantationsmedizin	Herztransplantationen	Herztransplantation
	Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen
	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
	Lebertransplantationen	Lebertransplantation
	Leberlebendspenden	Leberlebendspende
	Nierentransplantation	Nierentransplantation
	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende
Perinatalmedizin	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Neonatologie	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
Gynäkologie	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Mammachirurgie	Mammachirurgie	Operation an der Brust

Versorgungsbereich	QS-Verfahren (Auswertungsmodul)	Beschreibung
Orthopädie und Unfallchirurgie	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Pflege	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

1 Einleitung

Das IQTIG berichtet dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und der Öffentlichkeit jährlich gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)¹ über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs aus dem vorangegangenen Jahr.

Der vorliegende Bericht fasst dabei die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sowie die ggf. durchgeführten Maßnahmen der einzelnen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) (indirekte QS-Verfahren) sowie der Bundesebene (direkte QS-Verfahren) zusammen. Grundlage der Qualitätsbewertung bilden die im Jahr 2019 von den beteiligten Krankenhausstandorten² erfassten Daten. Darüber hinaus soll die Arbeit aller am Strukturierten Dialog Beteiligten möglichst umfassend und transparent präsentiert werden. Anhand der Daten und Statistiken werden Ereignisse, Entwicklungen und Tendenzen in den bundesweit verpflichtenden QS-Verfahren dargestellt. Die abschließenden Bewertungen erlauben eine Einschätzung zur Behandlungs- und Prozessqualität in den teilnehmenden Krankenhäusern.

Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten für das Erfassungsjahr (EJ) 2019 fanden im Jahr 2020/21 statt. Die Durchführung in den indirekten QS-Verfahren wird gemäß QSKH-RL durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung vorgenommen; für die direkten Verfahren führt das IQTIG die Strukturierten Dialoge.

Die Darstellung der aktuellen Ergebnisdaten zum Erfassungsjahr 2019 erfolgt im vorliegenden Bericht in Relation zu den beiden vorangegangenen Erfassungsjahren 2017 und 2018. Ergänzende Informationen sind den gemäß § 15 Abs. 1–3 QSKH-RL erstellten Abschlussberichten der Landes- und Bundesebene entnommen.

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

In einem gesonderten „Bericht zur Datenvalidierung 2020. Erfassungsjahr 2019“ werden die Ergebnisse der parallel stattfindenden Datenvalidierung (Statistische Basisprüfung und Stichprobenverfahren mit Datenabgleich vor Ort) dargestellt. Da die dokumentierten und übermittelten Daten die unverzichtbare Voraussetzung für die Beurteilung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und damit der Behandlungsqualität sind, beinhaltet dieser Bericht eine kurze Zusammenfassung der dort ausführlich dargestellten Ergebnisse.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 20. Juni 2019, in Kraft getreten am 1. Januar 2020.

URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 30.03.2020).

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

Der Strukturierte Dialog im Jahr 2020 zum Erfassungsjahr 2019 wurde von der COVID-19-Pandemie beeinflusst. Der G-BA hat am 27. März, 14. Mai und 3. Dezember 2020 für die QSKH-RL Ausnahmeregelungen beschlossen. So haben sich die Fristen der Durchführung verschoben. Die Beschlüsse haben Auswirkungen auf die Berichtspflichten und die damit verbundenen Abgabefristen im Kalenderjahr 2021, sodass mit Beschluss vom 20. Mai 2021 die Berichte zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung 2020 zum Erfassungsjahr 2019 nach § 15 Abs. 1 QSKH-RL ausgesetzt wurden. Daher liegen zu den Strukturierten Dialogen auf Landesebene nur wenige Informationen vor. Ebenfalls ausgesetzt wurde mit Beschluss vom 27. März 2020 für das Erfassungsjahr 2019 der § 11 „Stellungnahmeverfahren“ der plan. QI-RL bei statistisch auffälligen Ergebnissen für planungsrelevante Qualitätsindikatoren.

2 Methodik

2.1 Grundlagen

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

Durch Fragestellungen wie

- Erfolgte eine angemessene Indikationsstellung für die Leistungserbringung?
- Folgte die Gesundheitsversorgung den erforderlichen Prozessstandards?
- Wurden die strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistung erfüllt?
- Entsprach die Ergebnisqualität dem, was erwartet werden kann?
- Gab es besondere Umstände der Patientenversorgung, z. B. besondere Einzelfälle, die bei der Bewertung zu berücksichtigen sind?

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

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

Der zeitliche Rahmen für die Durchführung der Strukturierten Dialoge ist in der QSKH-RL geregelt. Die Strukturierten Dialoge werden jeweils im Mai/Juni des auf die Datenerfassung folgenden Jahres eröffnet. Für die im Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren müssen die Strukturierten Dialoge bis zum 31. Oktober des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen werden; für die übrigen Indikatoren endet die Frist am 31. Dezember. Der Strukturierte Dialog ist damit ein Verfahren, das sich über sechs bis acht Monate erstreckt. Das Gesamtverfahren mit Datenerfassung, Auswertung, Strukturiertem Dialog und Berichterstattung umfasst einen 3-Jahres-Zeitraum. Für den Strukturierten Dialog des Erfassungsjahres 2019 hat der G-BA aufgrund der COVID-19-Pandemie die Frist für den Abschluss auf den 31. März 2021 verschoben.

Erfassungsjahr (EJ)

EJ 0

QS-Daten

Durchführungsjahr

EJ +1

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

Ende der
DatenannahmeStart
des Strukturierten DialogsAbschluss
des Strukturierten Dialogs

Berichtsjahr

EJ +2

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

Berichte der Landesebene
(Indirekte Verfahren)
Bericht der Bundesebene
(Direkte Verfahren)Zusammenfassender
Bericht auf Bundesebene

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs

Das praktische Vorgehen erfolgt wie in den „Methodischen Grundlagen V1.1“³ des IQTIG beschrieben: Die Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität sowie der zugrunde liegenden Datenvalidität erfolgt anhand der für die Qualitätssicherung dokumentierten Daten und der darauf angewandten Algorithmen der Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien. Liegen die Ergebnisse einer Versorgungseinrichtung in einem Qualitätsindikator/Auffälligkeitskriterium außerhalb des geforderten Referenzbereichs, werden die Ergebnisse zunächst als rechnerisch auffällig eingestuft. Bereits bei der Spezifikation der Indikatoren wird eine gewisse Vielfalt der medizinischen Praxis berücksichtigt, z. B. durch die Anwendung von Methoden der Risikoadjustierung bei Indikatoren der Ergebnisqualität. Dennoch kann nie ausgeschlossen werden, dass durch die besondere Versorgungssituation eines einzelnen Leistungserbringers ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auftritt, ohne dass ein Qualitätsproblem vorliegt. Dies kann z. B. dann eintreten, wenn in der behandelten Patientengruppe einer Einrichtung überdurchschnittlich häufig Behandlungsfälle mit speziellen, seltenen Risiken zu finden sind, die in dem verwendeten Risikoadjustierungsmodell nicht genügend berücksichtigt wurden. Solche Gründe kann ein Leistungserbringer während des Strukturierten Dialogs in einer Stellungnahme vorbringen, um eine faire Bewertung seiner Versorgungsqualität zu ermöglichen.

³ IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 08.05.2019).

Der Strukturierte Dialog hat zwei wesentliche Ziele:

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

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

2.2 Zuständigkeiten

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

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

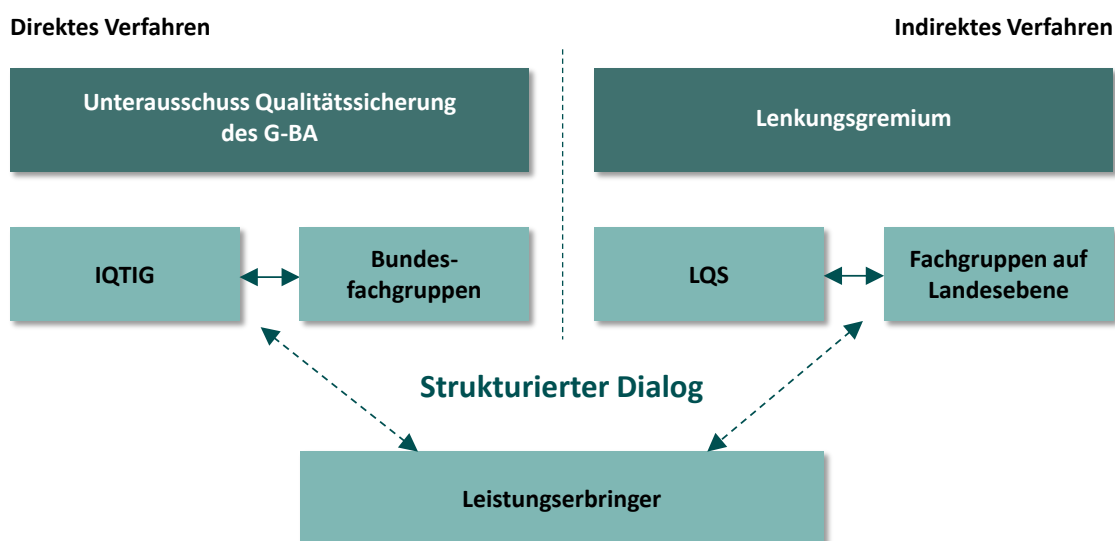


Abbildung 2: Zuständigkeiten der beteiligten Akteurinnen und Akteure

2.3 Rechnerisch auffällige Ergebnisse

Die Klassifikation eines Ergebnisses als rechnerisch auffällig und damit der Einstieg in den Strukturierten Dialog werden durch den Vergleich der Indikatorergebnisse eines Krankenhausstandortes mit den Referenzbereichen der Qualitätsindikatoren vorgenommen. Ergebnisse, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, ziehen in aller Regel eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich.

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

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

Die Auswahl, welche Qualitätsindikatoren bundeseinheitlich eingesetzt werden sollen, obliegt dem IQTIG in enger Abstimmung mit dem G-BA. Die Indikatoren fungieren als Instrumente zur Messung der medizinischen Versorgungsqualität und werden durch das IQTIG unter Einbeziehung seiner Bundesfachgruppen inhaltlich betreut und regelmäßig aktualisiert. Abweichungen auf der Landesebene sind möglich, sofern sie ein höheres Qualitätsziel anstreben.

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

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

2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse

2.4.1 Fachgruppenarbeit

Die von den Einrichtungen dokumentierten QS-Daten werden an die jeweils für den Strukturierten Dialog zuständigen Stellen (LQS oder IQTIG) übermittelt. Sind Ergebnisse rechnerisch auffällig, müssen die Geschäftsstelle der LQS und die zuständige Fachgruppe entscheiden, welche Maßnahmen einzuleiten sind. Es kann ausreichen, nur einen Hinweis an den betroffenen Krankenhausstandort zu versenden. Allerdings kann dann nicht mehr entschieden werden, ob tatsächlich ein Qualitätsmangel vorliegt. Mehrheitlich wird eine Stellungnahme von den Krankenhausstandorten angefordert. Bezieht sich die rechnerische Auffälligkeit auf einen einzigen Fall im Zähler eines Qualitätsindikators, dann kann gemäß § 10 Abs. 2 Satz 4 QSKH-RL auch auf eine Maßnahme verzichtet werden (Ein-Fall-Regel).

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

- Wurde das angefragte Ergebnis in der Einrichtung selbstkritisch analysiert, reflektiert und diskutiert?
- Gibt es besondere Umstände bei den behandelten Patientinnen und Patienten, die Abweichungen von den Prozess- oder Ergebnisstandards rechtfertigen? Ist daher die Versorgungsqualität einer Einrichtung trotz rechnerischer Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig einzustufen, oder gibt es konkrete Hinweise auf einen Qualitätsmangel?
- Sind ggf. die Ergebnisse der relevanten Auffälligkeitskriterien der Datenvalidierung plausibel im Zusammenhang mit dem Ergebnis des Indikators?
- Liegt ein Versorgungs- und/oder Dokumentationsproblem vor?
- Wurden das Problem und der damit verbundene Handlungsbedarf erkannt?
- Wurden bereits Lösungen zur Ergebnisverbesserung erarbeitet und eingeleitet?
- Sind die geplanten Maßnahmen erfolgversprechend?
- Werden die eingeleiteten Maßnahmen nachhaltig durch das Krankenhaus kontrolliert?

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

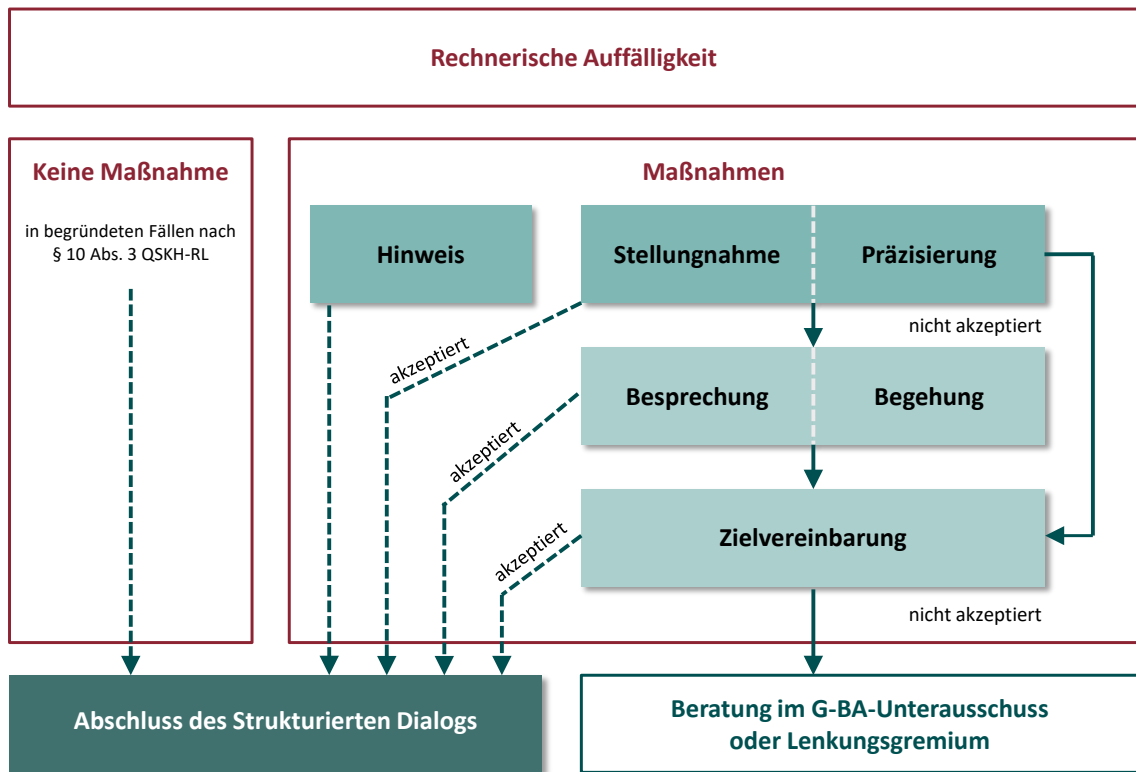


Abbildung 3: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog

2.4.2 Bewertung

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

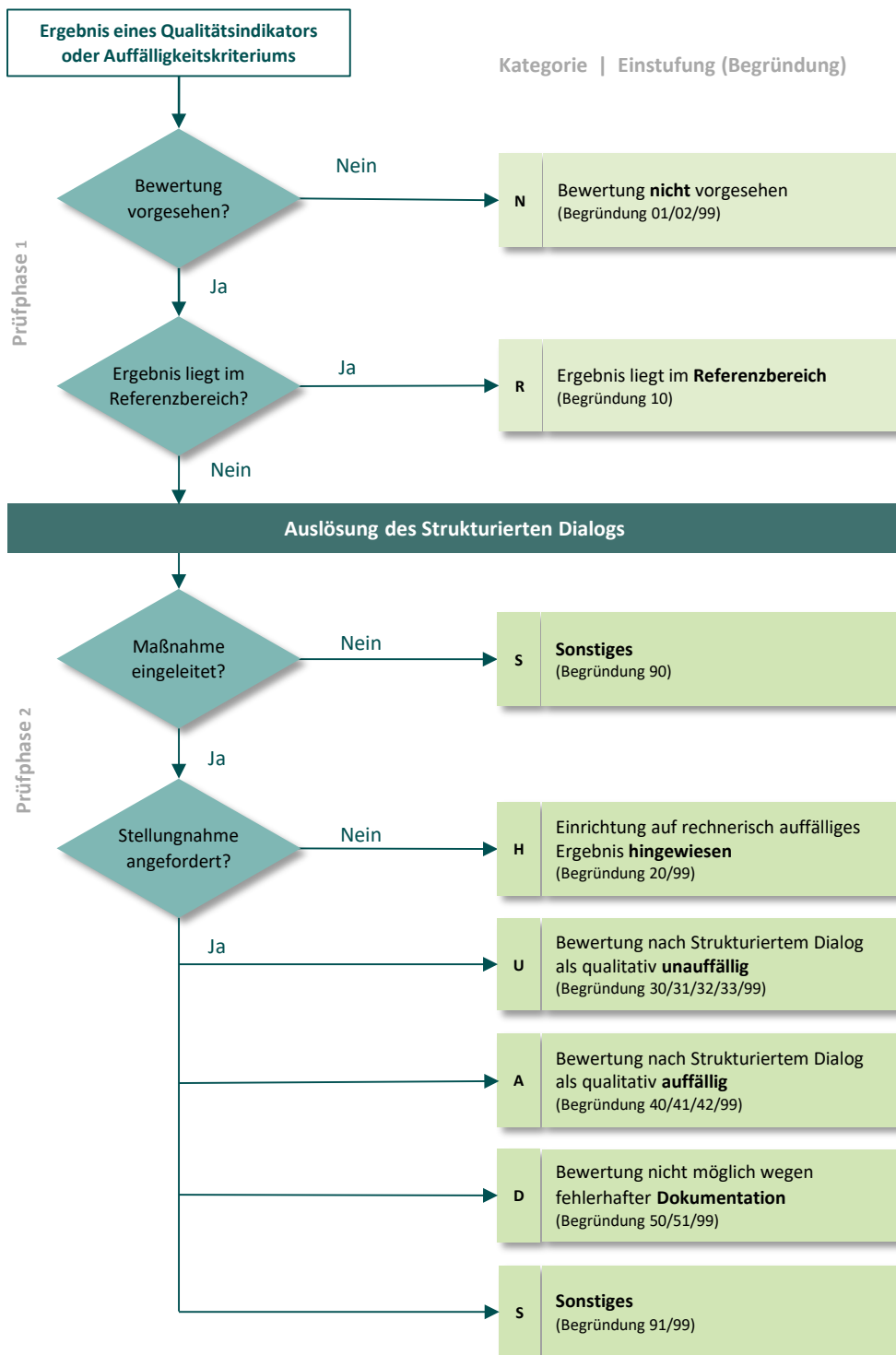


Abbildung 4: Strukturierter Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung

2.4.3 Ergebniseinstufungen

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

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

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

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

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

Es folgt eine beispielhafte Auflistung der Kommentare in den Einstufungen „Sonstiges“:

N99 – Bewertung nicht vorgesehen – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

- Diese Einstufung wurde im Erfassungsjahr 2019 nicht vergeben.

H99 – Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

- Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe Leitfadens
- Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe Leitfadens

U99 – Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

- Dem Krankenhaus wurden Hinweise zu möglichen Verbesserungspotenzialen gegeben.
- Es besteht keine Auffälligkeit, da Ersteingriff und Folgeingriff unterschiedliche Aggregate betreffen und in der Follow-up-Auswertung fehlerhaft verknüpft wurden.
- Begründete Einzelfälle und Dokumentationsfehler

A99 – Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

- Sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität und begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Die Stellungnahme ist nicht fristgerecht eingereicht worden.
- Dem Krankenhaus wurden Hinweise zu Verbesserungspotenzialen gegeben.

D99 – Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

- Wegen unvollständiger QS-Dokumentation ist keine Bewertung möglich.

S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

- Alle Fälle wurden in einem anderen Indikator bzw. in den Vorjahren evaluiert.
- Abteilung, Krankenhaus bzw. Abteilung geschlossen

3 Datenvalidierung

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

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

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

Für das „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“ werden in einem zweistufigen Stichprobenverfahren zunächst die einzubeziehenden Krankenhausstandorte und anschließend die dort jeweils zu prüfenden Behandlungsfälle ermittelt. Für diese erfolgt dann ein Abgleich der QS-Daten mit der Primärdokumentation in der Patientenakte. Diese umfassende Datenvalidierung wurde für das Erfassungsjahr 2019 aufgrund der COVID-19-Pandemie ausgesetzt.

In Tabelle 3 sind die Maßnahmen und Ergebnisse der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ zur Plausibilität und zur Vollständigkeit dargestellt. Die ausführliche Darstellung zu allen Ergebnissen der Datenvalidierung ist Gegenstand des „Berichts zur Datenvalidierung 2020. Erfassungsjahr 2019“. Dieser wird gemäß QSKH-RL jährlich zum 15. Mai an den G-BA übermittelt und ist nach Freigabe durch den G-BA auf www.iqtig.org abrufbar.

Tabelle 3: Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit aller QS-Verfahren (EJ 2019)

	Anzahl	Anteil*
Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien	90.509	–
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	2.240	–
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	5	0,2 %
Hinweise	945	42,2 %
Stellungnahmen	1.290	57,6 %
Sonstiges	0	0 %
Weiterführende Maßnahmen		
Anlässe für Besprechungen	3	0,1 %
Anlässe für Begehungen	0	–
Zielvereinbarungen	33	1,5 %
Einstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99)	377	16,8 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	745	33,3 %
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	18	0,8 %
Sonstiges (S91, S99)	150	6,7 %

*Anteil an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen

4 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Das Krankenhausstrukturgesetz hat vorgegeben, dass Aspekte der Versorgungsqualität in die Krankenhausplanung einbezogen werden können (§ 136c SGB V und Krankenhausfinanzierungsgesetz). Zu diesem Zweck hat der G-BA im Dezember 2016 elf Indikatoren als planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus drei bereits bestehenden QS-Verfahren der gesetzlichen externen stationären Qualitätssicherung ausgewählt. Dieses Verfahren zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren läuft seit dem 1. Januar 2017 im Regelbetrieb. Grundlage ist die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)⁴. Es handelt sich um folgende drei QS-Verfahren:

- Gynäkologische Operationen
- Geburtshilfe
- Mammachirurgie

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

Der vorliegende Bericht bezieht sich vorwiegend auf die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog nach QSKH-RL. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde mit Wirkung zum 27. März 2020 für das Erfassungsjahr 2019 u. a. der § 11 „Stellungnahmeverfahren“ der plan. QI-RL ausgesetzt. Da die statistischen Auffälligkeiten gemäß plan. QI-RL zugleich eine rechnerische Auffälligkeit gemäß QSKH-RL darstellen, wurden diese für das Erfassungsjahr 2019 gemäß QSKH-RL als rechnerische Auffälligkeiten behandelt und im Strukturierten Dialog der QSKH-RL berücksichtigt. Daher werden im Bericht zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2019 – im Vergleich zu den Vorjahren – in der Regel mehr rechnerische Auffälligkeiten in den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und somit auch im gesamten QS-Verfahren betrachtet. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten über alle Qualitätsindikatoren eines QS-Verfahrens gemäß plan. QI-RL nicht mit den Vorjahresergebnissen des Strukturierten Dialogs gemäß QSKH-RL vergleichbar.

⁴ Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 136c Abs. 1 und Abs. 2 SGB V. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 18. Februar 2021, in Kraft getreten am 13. April 2021. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/> (abgerufen am: 21.07.2021).

5 Durchführung und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

5.1 Überblick: Durchführung des Strukturierten Dialogs

Auf Basis der im Erfassungsjahr 2019 von 1.798 Krankenhausstandorten gelieferten 2.426.290 Datensätze wurden für 186 Qualitätsindikatoren mit definierten Referenzbereichen 96.351 Ergebnisse berechnet. Aus zunächst 9.271 Abweichungen von diesen Referenzbereichen bei 1.306 Krankenhausstandorten resultierten nach dem Strukturierten Dialog mit den Verfahrensteilnehmern letztlich 1.297 Qualitätsdefizite (641 Krankenhausstandorte) sowie 699 relevante Dokumentationsmängel (344 Krankenhausstandorte). Bei diesen Zahlen ist zu beachten, dass sie sich auf Indikatorergebnisse und nicht auf Krankenhausstandorte beziehen. In der Regel liefert ein Krankenhausstandort Daten für mehrere QS-Verfahren und somit werden für ihn je nach QS-Verfahren unterschiedlich viele Qualitätsindikatoren berechnet.

Zur Prüfung und Beurteilung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden insgesamt 5.767 Stellungnahmen von den LQS (indirekte Verfahren) und dem IQTIG (direkte Verfahren) angefordert und bearbeitet. In 49 Fällen wurden keine Maßnahmen ergriffen. In 12 Fällen wurde wegen der Schließung des Krankenhauses bzw. der Abteilung auf Maßnahmen verzichtet, in den übrigen Fällen war die rechnerische Auffälligkeit durch einen Einzelfall bedingt.

Darüber hinaus wurden mit Vertreterinnen und Vertretern von 93 Krankenhausstandorten zu 145 Indikatorergebnissen kollegiale Gespräche geführt; 6 Standorte zu 14 Indikatorergebnissen wurden im Rahmen einer Begehung besucht. Zur Behebung der identifizierten Qualitätsdefizite wurden zu 448 Indikatorergebnissen Zielvereinbarungen mit den Klinikvertreterinnen und -vertretern geschlossen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden insgesamt 14,0 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auch als qualitativ auffällig bewertet; in 36,9 % der Fälle konnte der Strukturierte Dialog keine Hinweise auf Qualitätsmängel erbringen. Die entsprechenden Indikatorergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. 37,3 % der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden mit dem Versand eines Hinweises quittiert.

Tabelle 4 und Abbildung 5 zeigen die auf Bundesebene aggregierten Ergebnisse aller QS-Verfahren im Überblick.

Tabelle 4: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2018 und 2019 im Vergleich

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2018	Erfassungsjahr 2019	
	Anzahl	Anzahl	%
Indikatorergebnisse	98.782	96.351	
Rechnerisch auffällige Ergebnisse (gesamt)	9.998	9.271	
Maßnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 9.271, 100 %)			
Keine Maßnahmen	60	49	0,5
Hinweise (ohne Klärung der Relevanz der Auffälligkeit)	3686	3.454	37,3
Stellungnahmen	6.224	5.767	62,2
Sonstiges	28	0	0,0
Weiterführende Maßnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 9.271, 100 %)			
Anlässe für Besprechungen	259	145	1,6
Anlässe für Begehungen	6	14	0,2
Zielvereinbarungen	674	448	4,8
Einstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse** (Prozentwert bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 9.271, 100 %)			
Hinweise [H20/H99]	3.676	3.385	36,5
Nach Überprüfung der Stellungnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 9.271, 100 %)			
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	3.883	3.421	36,9
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.482	1.297	14,0
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	568	699	7,5
Sonstiges [S90/S91/S99]	389	469	5,1

* Zu einem Krankenhausstandort wurde eine Bewertung übermittelt, aber keine weiteren Informationen. Daher findet sich in den Tabellen eine Einstufung, aber keine Maßnahme.

** In 69 Fällen wurde auf einen Hinweis mit einer Stellungnahme reagiert und es erfolgte eine andere Einstufung als H20/H99.

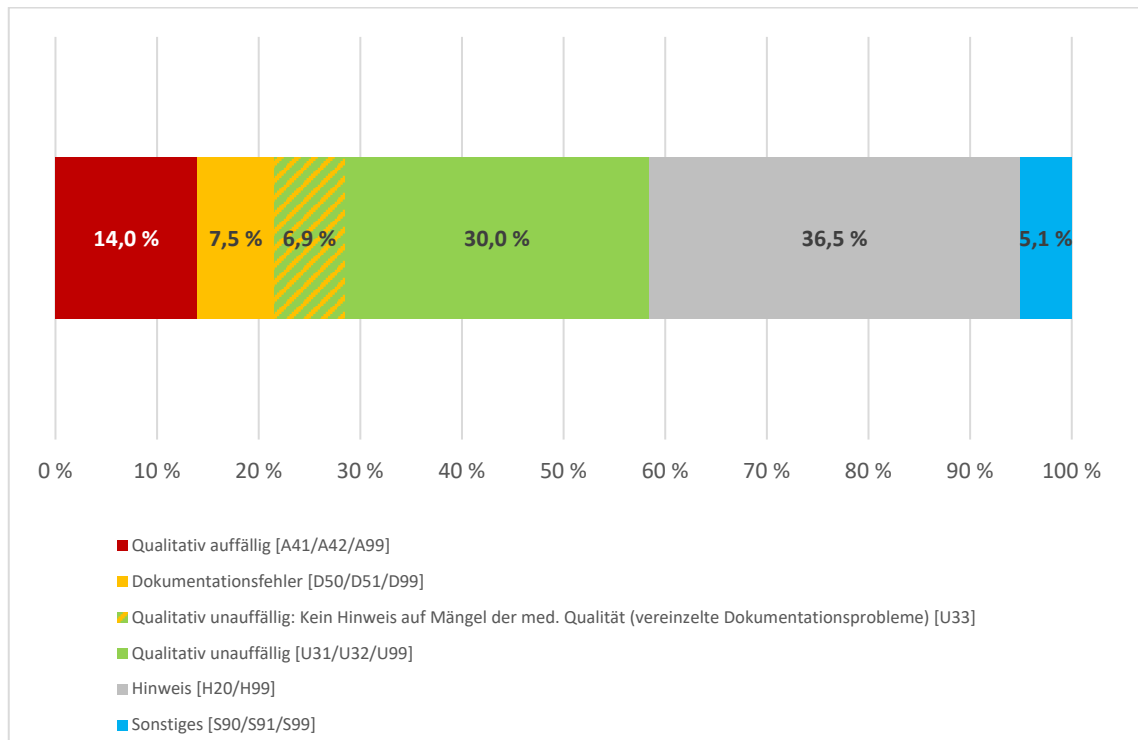


Abbildung 5: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2019

Die Abnahme rechnerisch auffälliger Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr ist vor allem auf die verminderte Anzahl an Qualitätsindikatoren zurückzuführen, der Anteil an den Indikatorergebnissen liegt mit 9,6 % im Bereich des Vorjahres (10,1 %).

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

Der Blick auf die Tabellen und Abbildungen zeigt ein heterogenes Bild der unterschiedlichen QS-Verfahren und Bundesländer. Vor allem der Umgang mit weitergehenden Maßnahmen wie Begehungen oder Zielvereinbarungen ist sehr different. In drei Bundesländern wird auf weiterführende Maßnahmen verzichtet. Begehungen wurden in vier Bundesländern und auf Bundesebene bei den direkten Verfahren durchgeführt. Auch die Konsequenzen nach Begehungen und Besprechungen sind in den Bundesländern unterschiedlich. Nur zum Teil werden im Anschluss auch Zielvereinbarungen mit den Krankenhausstandorten getroffen.

Ebenso hält das IQTIG Vergleiche der Versorgungsbereiche untereinander auf diesem Abstraktionsniveau für wenig aussagekräftig. Die Bereiche werden im Abschnitt 5.2 im Einzelnen einer Analyse aus der Verfahrensperspektive unterzogen, die vom jeweiligen Team der Abteilung Verfahrensmanagement des IQTIG unter Beachtung aller vorliegenden Informationen und Daten aus den Bundesländern und von der Bundesebene verfasst wurde.

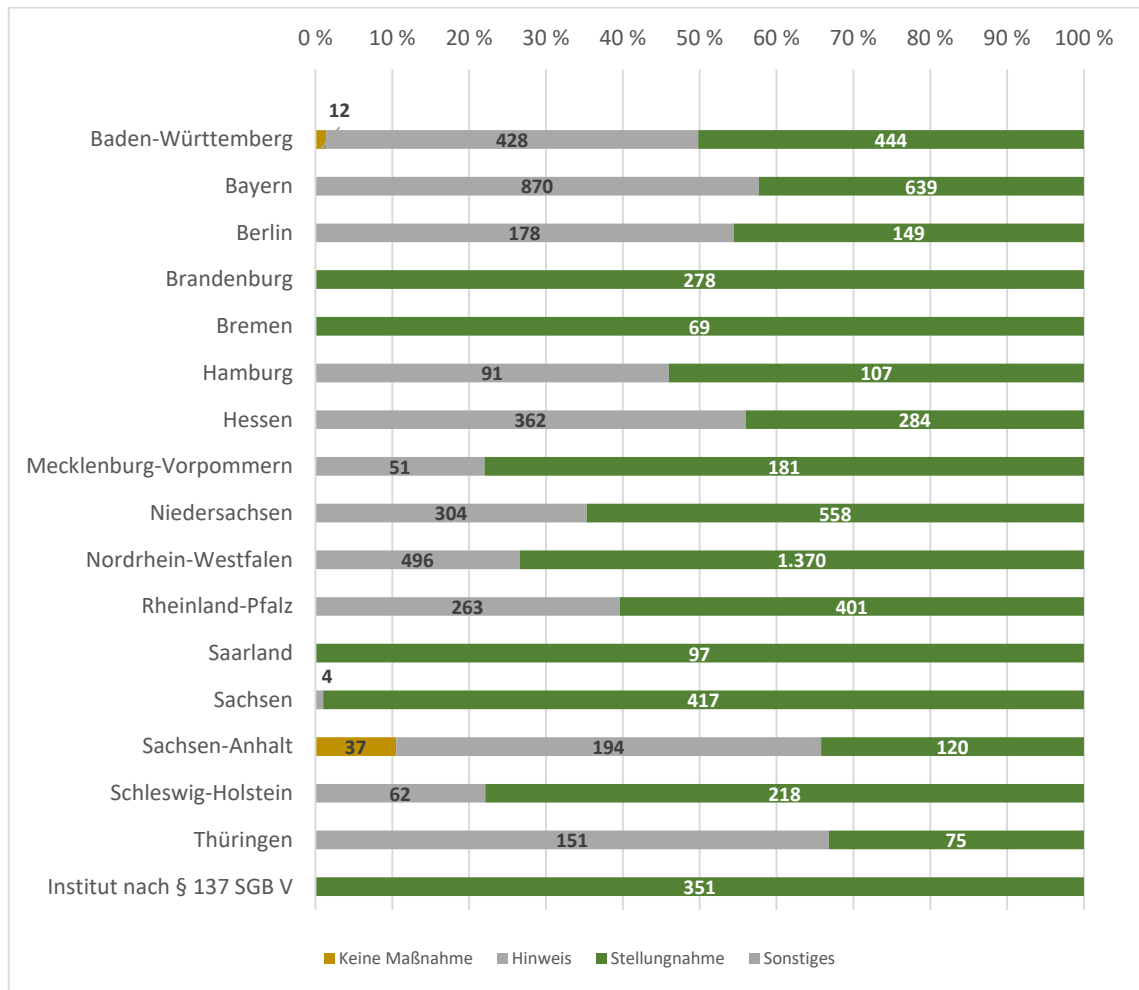


Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen (absolute Anzahl in den Balken) pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen

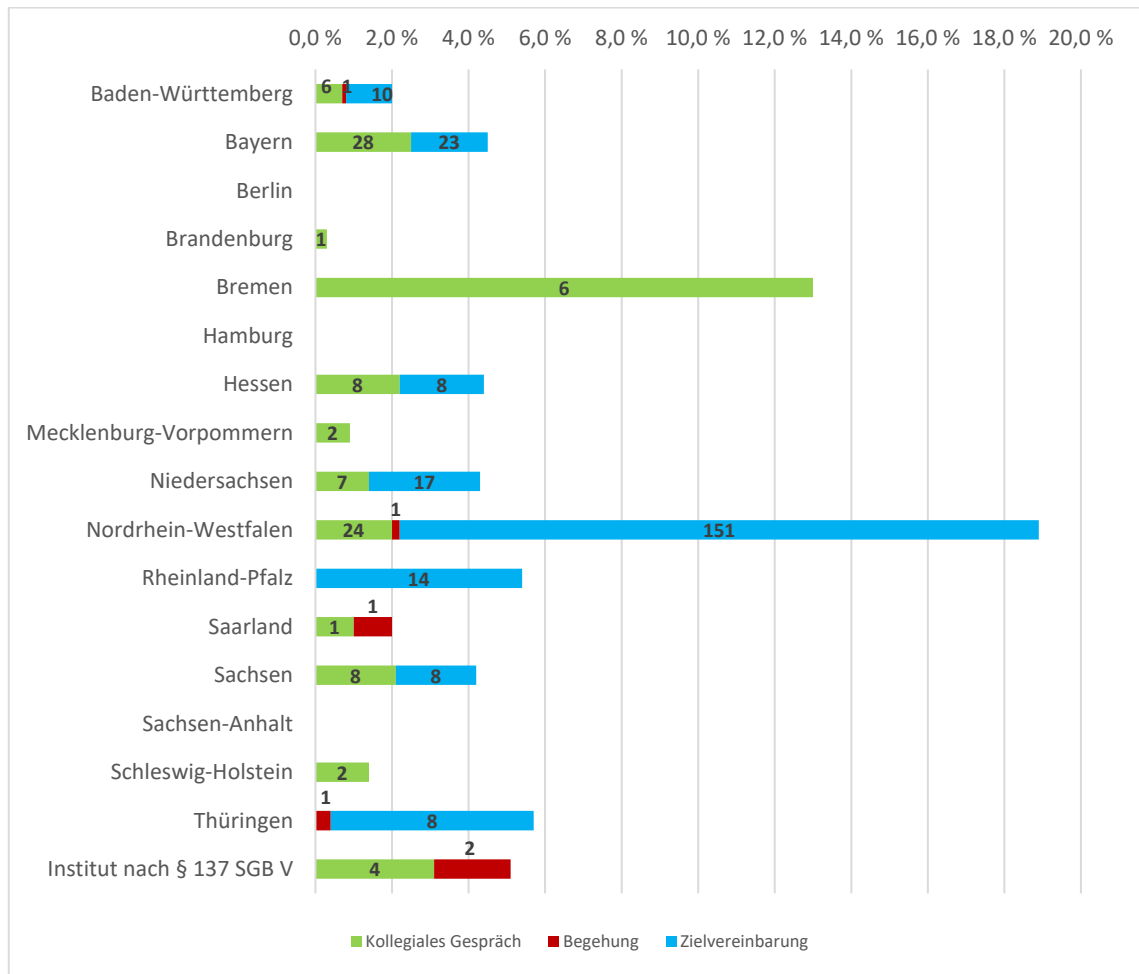


Abbildung 7: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – kollegiale Gespräche, Begehung, Zielvereinbarung in Relation zu der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse, Anzahl der KH-Standorte in den Balken

In Bundesländern ohne Balken wurde keine der Maßnahmen durchgeführt.

Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	9.785	884	9,0	12	1,4	428	48,4	444	50,2	0	0,0	6	0,7	1	0,1	11	1,2
Bayern	14.921	1.509	10,1	0	0,0	870	57,7	639	42,3	0	0,0	38	2,5	0	0,0	30	2,0
Berlin	3.048	327	10,7	0	0,0	178	54,4	149	45,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	3.162	287	9,1	0	0,0	0	0,0	287	100,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Bremen	753	69	9,2	0	0,0	0	0,0	69	100,0	0	0,0	9	13,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	1.918	198	10,3	0	0,0	91	46,0	107	54,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	6.592	646	9,8	0	0,0	362	56,0	284	44,0	0	0,0	14	2,2	0	0,0	14	2,2
Mecklenburg- Vorpommern	2.292	232	10,1	0	0,0	51	22,0	181	78,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	8.715	862	9,9	0	0,0	304	35,3	558	64,7	0	0,0	12	1,4	0	0,0	25	2,9
Nordrhein-Westfalen	21.381	1.866	8,7	0	0,0	496	26,6	1.370	73,4	0	0,0	38	2,0	4	0,2	311	16,7
Rheinland-Pfalz	5.266	664	12,6	0	0,0	263	39,6	401	60,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	5,4
Saarland	1.180	98	8,3	0	0,0	0	0,0	97	99,0	0	0,0	1	1,0	1	1,0	0	0,0
Sachsen	5.179	421	8,1	0	0,0	4	1,0	417	99,0	0	0,0	9	2,1	0	0,0	9	2,1
Sachsen-Anhalt	3.170	351	11,1	37	10,5	194	55,3	120	34,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Schleswig-Holstein	2.895	280	9,7	0	0,0	62	22,1	218	77,9	0	0,0	4	1,4	0	0,0	0	0,0
Thüringen	2.972	226	7,6	0	0,0	151	66,8	75	33,2	0	0,0	0	0,0	1	0,4	12	5,3
Institut nach § 137 SGB V	3.122	351	11,2	0	0,0	0	0,0	351	100,0	0	0,0	11	3,1	7	2,0	0	0,0
Gesamt	96.351	9.271	9,60	49	0,5	3.454	37,3	5.767	62,2	0	0,0	145	1,6	14	0,2	448	4,8

Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

Leistungsbereich	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Karotis-Revaskularisation	2.925	186	6,4	7	3,8	58	31,2	121	65,1	0	0,0	8	4,3	1	0,5	9	4,8
Ambulant erworbene Pneumonie	8.353	1.052	12,6	1	0,1	472	44,9	579	55,0	0	0,0	10	1,0	1	0,1	82	7,8
Herzschrittmacher-Implantation	12.113	1.066	8,8	9	0,8	438	41,1	618	58,0	0	0,0	22	2,1	0	0,0	68	6,4
Herzschrittmacher- Aggregatwechsel	1.816	123	6,8	1	0,8	67	54,5	55	44,7	0	0,0	1	0,8	0	0,0	6	4,9
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	2.541	153	6,0	3	2,0	88	57,5	62	40,5	0	0,0	2	1,3	0	0,0	1	0,7

Leistungsbereich	Indikator- ergebnisse n	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	7.255	788	10,9	3	0,4	396	50,3	389	49,4	0	0,0	7	0,9	0	0,0	49	6,2
Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel	1.420	55	3,9	1	1,8	32	58,2	22	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Implantierbare Defibrillatoren- Revision/-Systemwechsel/ -Explantation	1.764	113	6,4	0	0,0	56	49,6	57	50,4	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,9
Koronarchirurgie, isoliert	234	14	6,0	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	1	7,1	2	14,3	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	234	13	5,6	0	0,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0	1	7,7	2	15,4	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	343	16	4,7	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	1	6,3	1	6,3	0	0,0
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	158	12	7,6	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	1	8,3	2	16,7	0	0,0
Herztransplantation	150	51	34,0	0	0,0	0	0,0	51	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	287	48	16,7	0	0,0	0	0,0	48	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lungen- und Herz- Lungentransplantation	102	34	33,3	0	0,0	0	0,0	34	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lebertransplantation	193	27	14,0	0	0,0	0	0,0	27	100,0	0	0,0	4	14,8	0	0,0	0	0,0

Leistungsbereich	Indikator- ergebnisse n	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Leberlebendspende	134	8	6,0	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierentransplantation	492	35	7,1	0	0,0	0	0,0	35	100,0	0	0,0	3	8,6	0	0,0	0	0,0
Nierenlebendspende	564	39	6,9	0	0,0	0	0,0	39	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	231	54	23,4	0	0,0	0	0,0	54	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*	6.446	699	10,8	3	0,4	227	32,5	469	67,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	2,0
Mammachirurgie*	6.601	682	10,3	5	0,7	278	40,8	399	58,5	0	0,0	4	0,6	1	0,1	17	2,5
Geburtshilfe*	4.802	308	6,4	0	0,0	69	22,4	239	77,6	0	0,0	19	6,2	3	1,0	25	8,1
Neonatologie	3.167	312	9,9	0	0,0	29	9,3	283	90,7	0	0,0	6	1,9	0	0,0	15	4,8
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	5.526	597	10,8	2	0,3	201	33,7	394	66,0	0	0,0	27	4,5	0	0,0	49	8,2
Hüftendoprothesenversorgung	14.719	1.466	10,0	8	0,5	623	42,5	835	57,0	0	0,0	15	1,0	0	0,0	65	4,4
Knieendoprothesenversorgung	9.967	755	7,6	5	0,7	395	52,3	355	47,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	15	2,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe	3.814	565	14,8	1	0,2	25	4,4	539	95,4	0	0,0	11	1,9	1	0,2	32	5,7
Gesamt	96.351	9.271	9,6	49	0,5	3.454	37,3	5.767	62,2	0	0,0	145	1,6	14	0,2	448	4,8

* QS-Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

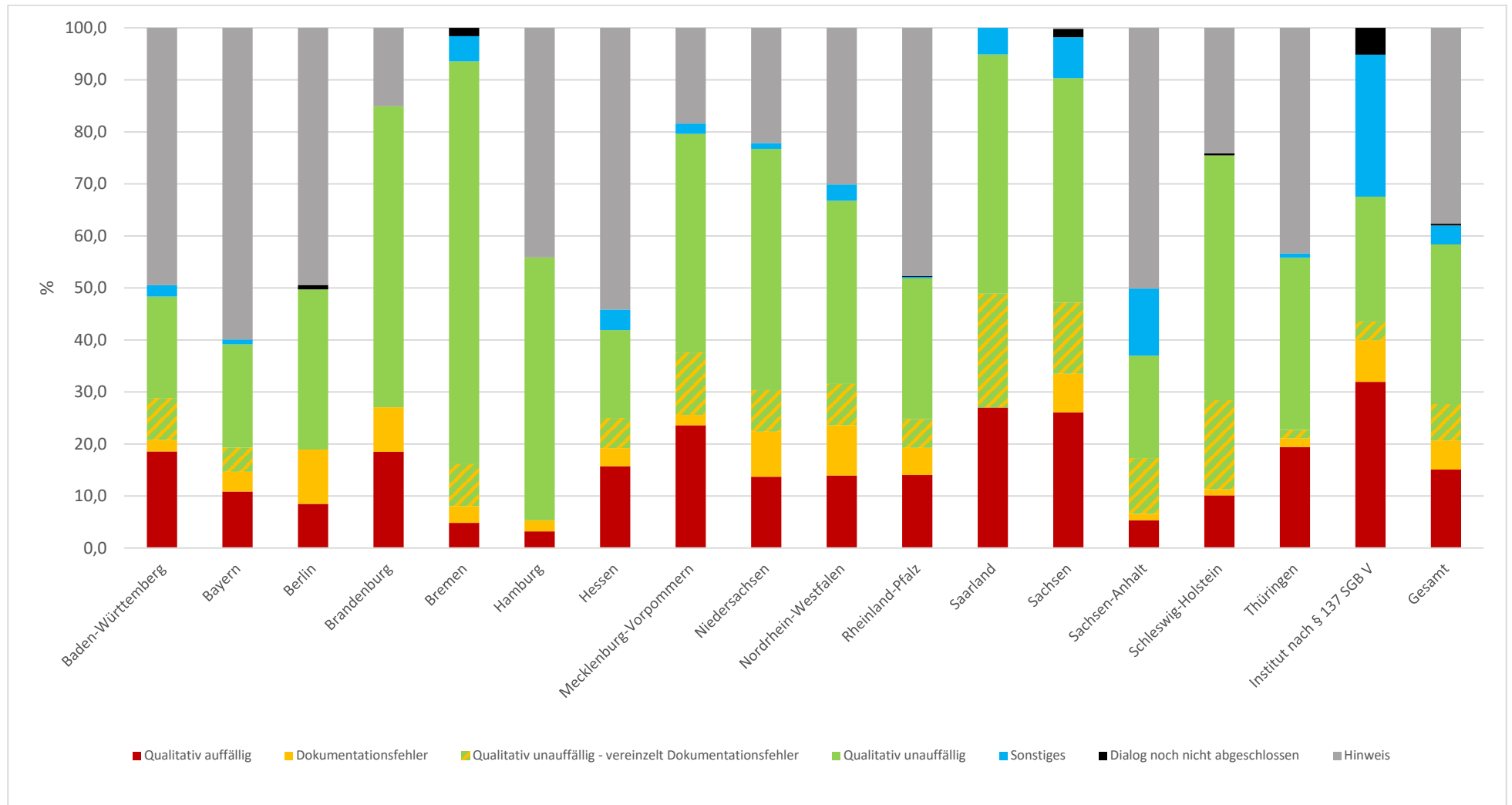


Abbildung 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller QS-Verfahren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Tabelle 7: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig		Qualitativ unauffällig		Fehlerhafte Dokumentation		Sonstiges		Hinweis	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	884	146	16,5	294	33,3	69	7,8	16	1,8	359	40,6
Bayern	1.509	187	12,4	338	22,4	106	7,0	8	0,5	870	57,7
Berlin	327	18	5,5	104	31,8	24	7,3	3	0,9	178	54,4
Brandenburg	287	29	10,1	209	72,8	49	17,1	0	0,0	0	0,0
Bremen	69	14	20,3	50	72,5	5	7,2	0	0,0	0	0,0
Hamburg	198	3	1,5	97	49,0	7	3,5	0	0,0	91	46,0
Hessen	646	53	8,2	92	14,2	135	20,9	4	0,6	362	56,0
Mecklenburg-Vorpommern	232	34	14,7	145	62,5	2	0,9	0	0,0	51	22,0
Niedersachsen	862	126	14,6	401	46,5	30	3,5	1	0,1	304	35,3
Nordrhein-Westfalen	1.866	262	14,0	748	40,1	196	10,5	164	8,8	496	26,6
Rheinland-Pfalz	664	118	17,8	235	35,4	42	6,3	6	0,9	263	39,6
Saarland	98	35	35,7	63	64,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	421	106	25,2	249	59,1	22	5,2	40	9,5	4	1,0
Sachsen-Anhalt	351	8	2,3	91	25,9	7	2,0	51	14,5	194	55,3
Schleswig-Holstein	280	20	7,1	190	67,9	1	0,4	7	2,5	62	22,1
Thüringen	226	26	11,5	48	21,2	0	0,0	1	0,4	151	66,8

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig		Qualitativ unauffällig		Fehlerhafte Dokumentation		Sonstiges		Hinweis	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Institution nach § 137a SGB V	351	112	31,9	67	19,1	4	1,1	168	47,9	0	0,0
Gesamt	9.271	1.297	14,0	3.421	36,9	699	7,5	469	5,1	3.385	36,5

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

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig A41, A42, A99		Qualitativ unauffällig U31, U32, U33, U99		Fehlerhafte Dokumentation D50, D51, D99		Sonstiges S90, S91, S99		Hinweis H20, H99	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Karotis-Revaskularisation	186	26	14,0	91	48,9	4	2,2	7	3,8	58	31,2
Ambulant erworbene Pneumonie	1.052	222	21,1	231	22,0	116	11,0	23	2,2	460	43,7
Herzschrittmacher-Implantation	1.066	173	16,2	356	33,4	59	5,5	40	3,8	438	41,1
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	123	11	8,9	25	20,3	19	15,4	1	0,8	67	54,5
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	153	4	2,6	51	33,3	6	3,9	4	2,6	88	57,5
Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	788	81	10,3	230	29,2	73	9,3	8	1,0	396	50,3
Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel	55	5	9,1	10	18,2	7	12,7	1	1,8	32	58,2

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig A41, A42, A99		Qualitativ unauffällig U31, U32, U33, U99		Fehlerhafte Dokumentation D50, D51, D99		Sonstiges S90, S91, S99		Hinweis H20, H99	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	113	3	2,7	46	40,7	7	6,2	1	0,9	56	49,6
Koronarchirurgie, isoliert	14	12	85,7	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	13	6	46,2	7	53,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	16	11	68,8	5	31,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	12	8	66,7	4	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Herztransplantation	51	8	15,7	2	3,9	0	0,0	41	80,4	0	0,0
Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	48	21	43,8	17	35,4	2	4,2	8	16,7	0	0,0
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	34	10	29,4	2	5,9	1	2,9	21	61,8	0	0,0
Lebertransplantation	27	9	33,3	3	11,1	0	0,0	15	55,6	0	0,0
Leberlebendspende	8	1	12,5	5	62,5	1	12,5	1	12,5	0	0,0
Nierentransplantation	35	11	31,4	4	11,4	0	0,0	20	57,1	0	0,0
Nierenlebendspende	39	10	25,6	13	33,3	0	0,0	16	41,0	0	0,0

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit		Qualitativ auffällig A41, A42, A99		Qualitativ unauffällig U31, U32, U33, U99		Fehlerhafte Dokumentation D50, D51, D99		Sonstiges S90, S91, S99		Hinweis H20, H99	
	n		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	54		5	9,3	3	5,6	0	0,0	46	85,2	0	0,0
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*	699		26	3,7	357	51,1	51	7,3	51	7,3	214	30,6
Mammachirurgie*	682		82	12,0	252	37,0	32	4,7	49	7,2	267	39,1
Geburtshilfe*	308		64	20,8	122	39,6	22	7,1	31	10,1	69	22,4
Neonatologie	312		39	12,5	218	69,9	14	4,5	12	3,8	29	9,3
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	597		126	21,1	219	36,7	44	7,4	15	2,5	193	32,3
Hüftendoprothesenversorgung	1.466		181	12,3	540	36,8	107	7,3	30	2,0	608	41,5
Knieendoprothesenversorgung	755		30	4,0	252	33,4	80	10,6	8	1,1	385	51,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe	565		112	19,8	354	62,7	54	9,6	20	3,5	25	4,4
Gesamt	9.271		1.297	14,0	3.421	36,9	699	7,5	469	5,1	3.385	36,5

* QS-Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren



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

5.2 Ergebnisse der Versorgungsbereiche

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse und die Prozesse der geführten Strukturierten Dialoge in den einzelnen QS-Verfahren näher betrachtet. Die Darstellung der Ergebnisse ist nach Versorgungsbereichen gegliedert.⁵ Die jeweiligen Diagramme zeigen die Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte und heben qualitativ auffällige Ergebnisse im Versorgungsbereich hervor.

Im Anhang im Excel-Format zu diesem Bericht sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs detailliert pro Qualitätsindikator für jedes QS-Verfahren dargestellt. Dort finden sich auch wiederholte Auffälligkeiten im Vergleich der Erfassungsjahre 2017 und 2018. Weiterhin enthält der Anhang für jedes QS-Verfahren eine Darstellung der durchgeführten Maßnahmen pro Qualitätsindikator und pro Bundesland sowie der Ergebnisse pro Bundesland. Darüber hinaus sind Darstellungen der QS-Verfahren pro Bundesland sowie einzelner Qualitätsindikatoren pro Bundesland möglich.

5.2.1 Gefäßchirurgie

Stefan Sens, Dr. Arne Deiseroth

▪ QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

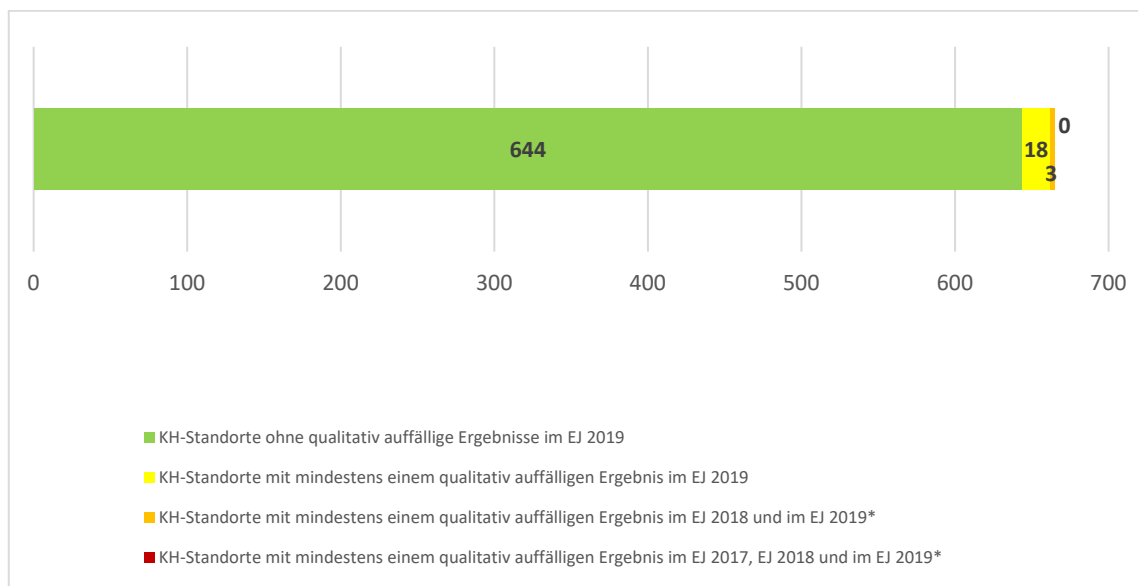


Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

⁵ Die Zuordnung der QS-Verfahren zu den einzelnen Versorgungsbereichen ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs über die Daten des Erfassungsjahres 2019 zeigt sich im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* ein insgesamt positives Bild. Analog zum Vorjahr blieb die Anzahl der Krankenhausstandorte mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis unverändert bei 21. Von den 21 Krankenhausstandorten mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis wiesen 5 Krankenhausstandorte in 2 Qualitätsindikatoren eine qualitative Auffälligkeit auf. Diese bezog sich für alle 5 Krankenhausstandorte auf den Qualitätsindikator 11704: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“. Das zweite qualitativ auffällige Ergebnis variierte bei den 5 Krankenhausstandorten und bezog sich bei 2 Krankenhausstandorten auf den Qualitätsindikator 603: „Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch“. Bei den verbleibenden 3 Krankenhausstandorten bezog sich die zweite qualitative Auffälligkeit auf die Qualitätsindikatoren 51443, 51437 und 161800.

Mit Blick auf die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog des Vorjahres ist ein leichter Anstieg an wiederholt qualitativ auffälligen Krankenhausstandorten zu verzeichnen (EJ 2019 = 3 in 2019 und 2018; EJ 2018 = 1 in 2018 und 2017).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass qualitative Auffälligkeiten in allen Indikatorengruppen vorliegen, wenngleich im Bereich der Ergebnisindikatoren (QI 11704, QI 51873) die meisten qualitativen Auffälligkeiten (17 von 26 bzw. 65 %) verortet sind. Auf die Indikationsindikatoren entfallen bundesweit 6 (23,08 %), auf den Prozessindikator 3 (11,54 %) qualitativ auffällige Ergebnisse.

In den vier Qualitätsindikatoren, die die korrekte Indikationsstellung überprüfen (QI 603, 604, 51443, 51437), wurde bei 6 Krankenhausstandorten ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt. Insgesamt erscheint auffällig, dass sich 5 der 6 qualitativen Auffälligkeiten auf die Indikationsstellung bei asymptomatischer Stenose beziehen. Auch mit Blick auf den Anteil rechnerischer Auffälligkeiten bei der Indikationsstellung asymptomatischer Karotisstenosen (4,0 % offen-chirurgisch / 8,0 % kathetergestützt) zeigt sich ein höherer Anteil als bei der Indikationsstellung symptomatischer Karotisstenosen (1,8 % offen-chirurgisch / 2,8 % kathetergestützt). Dies lässt vermuten, dass die Indikationsstellung der asymptomatischen Stenose nicht in allen Fällen leitliniengerecht erfolgt und im Vergleich zur Indikationsstellung der symptomatischen Stenose über ein größeres Verbesserungspotenzial verfügt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass für knapp die Hälfte (45 %) aller rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt worden ist und stattdessen Hinweise versandt wurden. Dieses Vorgehen hat zur Konsequenz, dass für diese Krankenhausstandorte keine Bewertung des rechnerisch auffälligen Ergebnisses stattgefunden hat und somit keine Information darüber vorliegt, ob für diese Krankenhausstandorte ein qualitativ auffälliges oder ein qualitativ unauffälliges Ergebnis vorgelegen hat oder Dokumentationsfehler vorlagen.

Für die beiden risikoadjustierten Qualitätsindikatoren (QI 11704 und QI 51873), die Schlaganfälle und Todesfälle im Zusammenhang mit offen-chirurgischen bzw. kathetergestützten Eingriffen an der Karotis betrachten, ergaben sich insgesamt 88 rechnerische Auffälligkeiten, zu denen 20

Hinweise versandt und 68 Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurden. Im Zuge der Stellungnahmeverfahren wurde bundesweit für 17 Krankenhausstandorte (15-mal A41, 2-mal A42) eine qualitative Auffälligkeit festgestellt. Davon bezogen sich 64,71 % (11 von 17) auf den Qualitätsindikator 11704, der Schlaganfälle und Todesfälle bei offen-chirurgischen Karotiseingriffen betrachtet. Im Weiteren ist anzumerken, dass der QI 11704 im Vergleich zu den anderen Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens die höchste Sensitivität aufweist. So ist für 21,15 % der rechnerischen Auffälligkeiten im Rahmen des Strukturierten Dialogs die Bewertung „qualitativ auffällig“ vergeben worden.

Als weiterführende Maßnahmen wurden mit 5 Krankenhausstandorten Zielvereinbarungen geschlossen (4-mal QI 11704, 1-mal QI 51873) und mit 3 Krankenhausstandorten Gespräche geführt (3-mal QI 11704).

Der Sentinel-Event-Indikator 52240 betrachtet die Qualität von Eingriffen, bei denen eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei einer asymptomatischen Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wird. Sobald an einem Krankenhausstandort ein Todesfall oder ein perioperativer Schlaganfall in Zusammenhang mit diesem Eingriff auftritt, ist ein Stellungnahmeverfahren verpflichtend durchzuführen. 21,15 % (n = 11) aller in den Sentinel-Event-Indikator eingeschlossenen Krankenhausstandorte (n = 52) waren rechnerisch auffällig. Im Ergebnis der durchgeführten Stellungnahmeverfahren haben sich bei keinem Krankenhausstandort Hinweise auf Qualitätsmängel ergeben.

Mit dem Qualitätsindikator 161800, der zum Erfassungsjahr 2018 eingeführt wurde, soll geprüft werden, ob bei Auftreten periprozeduraler neurologischer Komplikationen eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Neurologie zur diagnostischen Abklärung der Symptome hinzugezogen wurde. Mit Blick auf die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2019 lässt sich festhalten, dass bundesweit nur noch 23 von 328 Krankenhausstandorten (7,0 %) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufwiesen. Damit hat sich das rechnerische Ergebnis gegenüber dem Vorjahr deutlich verbessert (vgl. EJ 2018 = 52 von 330 Krankenhausstandorten bzw. 15,76 %). Knapp ein Drittel (n = 7) der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte erhielten Hinweise. Mit 16 Krankenhausstandorten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, im Zuge dessen für 3 Krankenhausstandorte (13,04 %) eine qualitative Auffälligkeit und für 9 Krankenhausstandorte (39,13 %) Dokumentationsfehler (U33, D50, D51, D99) festgestellt wurden. Sollte der hohe Anteil an Einstufungen mit Dokumentationsfehlern im nächsten Jahr fortbestehen, wäre über die Einführung eines Auffälligkeitskriteriums zu entscheiden. Bei der Interpretation der Ergebnisse des Qualitätsindikators 161800 ist zu beachten, dass den rechnerischen Auffälligkeiten jeweils nur sehr kleine Fallzahlen zugrunde lagen.

Bezogen auf alle Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Karotis-Revaskularisation* ergaben sich 186 rechnerische Auffälligkeiten. Dies entspricht einem Anteil von 6,36 % an allen Indikatorergebnissen (n = 2.925) in diesem QS-Verfahren. Für 26 der rechnerisch auffälligen Qualitätsergebnisse erfolgte im Rahmen des Strukturieren Dialogs die Einstufung „qualitativ auffällig“ (23-mal A41, 3-mal A42). Dies entspricht einem Anteil von 13,98 % an allen rechnerischen Auffällig-

keiten bzw. 0,89 % an allen Qualitätsergebnissen in dem Verfahren. Eine fehlerhafte Dokumentation, zum Teil auch nur vereinzelt, wurde im Rahmen des Strukturierten Dialogs bei insgesamt 26 Indikatorergebnissen (26 von 186 bzw. 13,98 %) festgestellt.

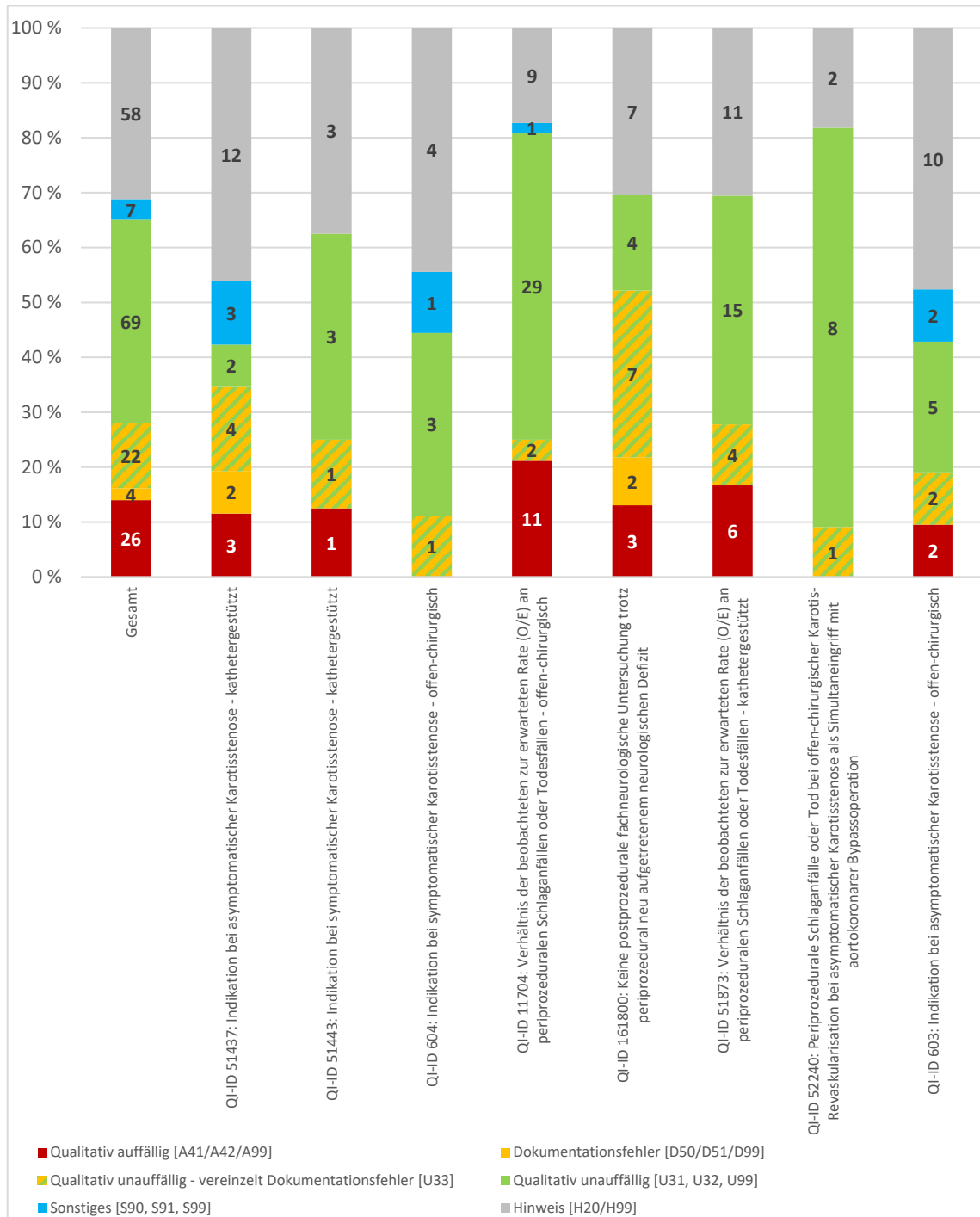


Abbildung 11: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

5.2.2 Pneumonie

Leif Warming, Stefanie Holleck-Weithmann, Dr. Claudia Göhner-Arbash

■ QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*

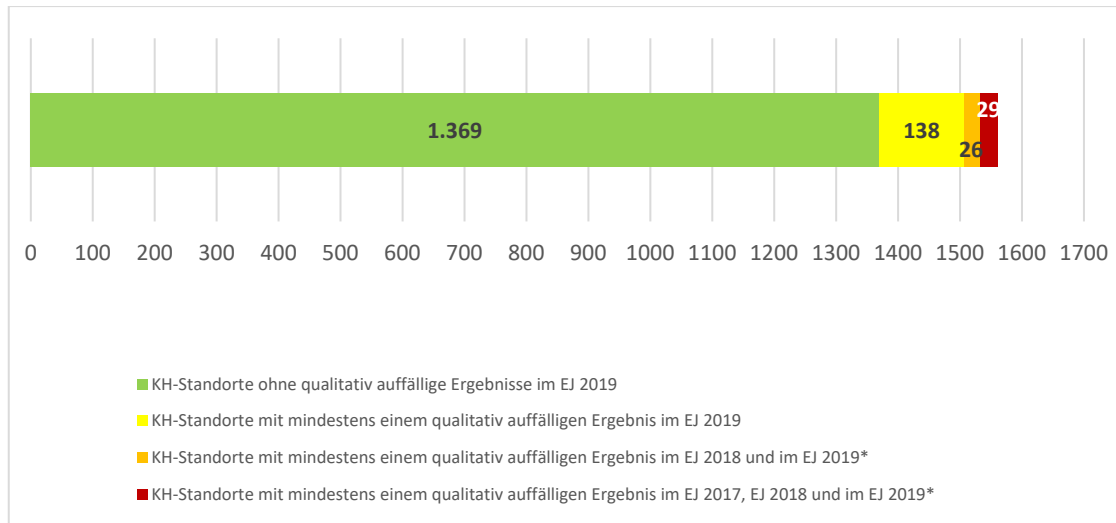


Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Strukturierten Dialog 2020 wurden 193 Standorte aus dem Erfassungsjahr 2019 mit mindestens einer qualitativen Auffälligkeit einbezogen, gegenüber 190 Standorten im Jahr 2018. Bei insgesamt 222 qualitativen Auffälligkeiten bedeutet dies, dass jeder dieser 193 Standorte im Durchschnitt in ca. 1,2 Indikatoren qualitativ auffällig wurde (2018 waren es ca. 1,4 Indikatoren, 2017 ca. 1,2 Indikatoren und 2016 ca. 1,6 Indikatoren). Von diesen 193 Standorten wiesen etwa 28,5 % (n = 55) schon im Vorjahr mindestens eine qualitative Auffälligkeit auf. Circa 15 % (n = 29) der Standorte waren drei Jahre in Folge in mindestens einem Indikator qualitativ auffällig. Damit stagniert der Anteil der Standorte mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis in drei aufeinanderfolgenden Jahren. 2018 waren es noch 28 Standorte und 2017 noch 32 Standorte (je ca. 15 % aller Standorte mit mindestens einer Auffälligkeit).

Im EJ 2019 wurden im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* von 1.562 Standorten insgesamt 255.651 QS-Datensätze geliefert.

Die rechnerisch auffälligen Ergebnisse gingen um mehr als 10 % von 1.208 im Jahr 2018 zurück auf 1.052 im Jahr 2019. Dabei wurden im EJ 2019 jedoch 221 Indikatorergebnisse (EJ 2018: 8.574, EJ 2019: 8.353) weniger geliefert als im EJ 2018. Somit sank der Anteil rechnerischer Ergebnisse an den Indikatorergebnissen um 1,5 % (EJ 2018: 14,1%; EJ 2019: 12,6%). Auch gab es im Jahr 2019 weniger qualitative Auffälligkeiten: Im Jahr 2019 waren es mit 222 qualitativen Auffälligkeiten 43 weniger als noch im Jahr 2018.

Der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen lag im Jahr 2018 bei 21,9 % und im Jahr 2019 bei 21,1 % auf einem leicht niedrigeren Niveau. Dabei haben sich die Ergebnisse fast aller Indikatoren verbessert. Bei den Indikatoren 2005, 2009, 2013, 2028 und 50722 traten zwischen 11,7 % und 15,8 % weniger rechnerische Auffälligkeiten auf, bei Indikator 50778 5,5 % weniger rechnerische Auffälligkeiten. Auf qualitativer Ebene verbesserten sich die Indikatoren 2009 (23 gegenüber 45), 2013 (16 gegenüber 22), 2028 (93 gegenüber 106) und 50722 (71 gegenüber 75) mit 5,3 % bis 48,9 % weniger qualitativen Auffälligkeiten, während Indikator 50778 (8) unverändert blieb und Indikator 2005 (11 gegenüber 9) sich verschlechterte.

In 107 Fällen war im Jahr 2018 aufgrund von Dokumentationsproblemen keine Bewertung möglich (8,9 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse). 2019 waren es 116 Fälle (11 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse). Somit wurden im Vergleich zum Vorjahr mehr Probleme bei der Dokumentation aufgedeckt. Die meisten Dokumentationsprobleme gab es beim QI zur frühen Bestimmung der Atemfrequenz (14,8 %; n = 36).

2019 wurden 460 Hinweise verschickt. 2018 waren es noch 510. Der Anteil verschickter Hinweise an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich somit im Jahr 2019 mit 43,7 % gegenüber 2018 mit 42,2 % etwas erhöht.

Bundesweit führten im Jahr 2019 82 Indikatorergebnisse (7,8 % aller rechnerischen Auffälligkeiten) zum Abschluss von Zielvereinbarungen und in 10 Fällen (1 %) wurden kollegiale Gespräche durchgeführt. 2018 waren es 117 (9,7 %) Zielvereinbarungen und in 43 Fällen (3,7 %) kollegiale Gespräche. Das Instrument der Begehung wurde im Jahr 2019 im Vergleich zu den Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2018 einmal (0,1 %) genutzt. Im davorliegenden Jahr gar nicht.

Von den insgesamt 222 als qualitativ auffällig bewerteten rechnerisch auffälligen Ergebnissen gehen 2019 73,9 % (n = 164) auf 2 Indikatoren zurück:

- ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (n = 93)
- ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (n = 71)

Auf die restlichen 4 Indikatoren entfallen entsprechend 26,1 % (n = 58) der qualitativen Auffälligkeiten:

- ID 2005: „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“ (n = 11)
- ID 2009: „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ (n = 23)
- ID 2013: „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (n = 16)
- ID 50778: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ (n = 8)

In der Regel werden die qualitativen Auffälligkeiten bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten angegeben. Denn nur Standorte, die rechnerisch auffällig sind, können auch qualitativ auffällig werden. Dennoch kann für einen Gesamteindruck auch die Angabe der qualitativen Auffälligkeiten bezogen auf sämtliche Standorte, die Daten zum jeweiligen Indikator geliefert haben, interessant sein:

Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Standorten, die im jeweiligen Indikator im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* Daten geliefert haben, reicht von 0,01 % (ID 50778:

„Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“) bis 6,8 % (ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“).

Hinsichtlich dieses Anteils hat es die deutlichsten Änderungen ($>\pm 1$ Prozentpunkt) im Vergleich zum Vorjahr beim Indikator „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009) gegeben. Bei dem Qualitätsindikator zur frühen antimikrobiellen Therapie hat sich das Ergebnis von 3,2 % auf 1,7 % verbessert, wodurch dieser Indikator im Vergleich zum Vorjahr aus der Gruppe der Indikatoren, die den höchsten Anteil qualitativer Auffälligkeiten bezogen auf alle Standorte, die Daten geliefert haben, herausfiel.

Folgende Maßnahmen wurden innerhalb des Strukturierten Dialogs zu der Verbesserung der Ergebnisse aller Indikatoren ergriffen:

Während einige Leistungserbringer aufgefordert wurden, auffällige Daten zu analysieren, konnte bei anderen bereits identifiziert werden, dass die Werte nicht repräsentativ seien, da es zu einer Unterdokumentation kam. Weiterhin wurde festgestellt, dass in einigen Fällen Dokumentationsfehler rechnerisch auffällige Ergebnisse verursacht haben. Infolgedessen wurde das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement aufgefordert, rechnerische Auffälligkeiten zu analysieren. Zusätzlich wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsvollständigkeit und der Behebung einzelner Dokumentationsprobleme empfohlen sowie Zielvereinbarungen getroffen und nachverfolgt. In weiteren Fällen konnten Maßnahmen aus dem Vorjahr noch nicht ausreichend greifen, sodass diese Krankenhäuser zunächst nur einen Hinweis erhielten und/oder diese Maßnahmen überarbeitet werden sollten. Teilweise wurden Auffälligkeiten auf gut begründete Einzelfälle zurückgeführt oder die Ein-Fall-Regelung des § 10 Abs. 2 der QSKH-RL kam zum Greifen. Außerdem zeigten sich Fälle, bei denen die Abweichung vom Referenzbereich nur minimal oder nicht signifikant war.

Für die einzelnen Qualitätsindikatoren traten zusätzlich Besonderheiten auf.

ID 2009: „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“

In dem Indikator zur frühen antimikrobiellen Therapie stellte sich heraus, dass Abweichungen anthroposophisch ausgerichteter Kliniken zu tolerieren seien, wenn eine ausreichende Aufklärung der Patientinnen und Patienten erfolgte. Hier sei eine schulmedizinische Bewertung der Versorgungsqualität aufgrund der anthroposophischen Ausrichtung nicht möglich. Bei einem anderen Fall traten Auffälligkeiten erstmalig in Kombination mit schlüssiger Erklärung und geeignetem Maßnahmenkatalog auf und wurden nicht weiterverfolgt. Zusätzlich war der Strukturierte Dialog auch in einigen Fällen noch nicht abgeschlossen aufgrund ausstehender Analysen der Einrichtungen oder ausstehender Rückmeldung des IQTIG.

In einem Fall zeigte sich, dass das Ergebnis sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich verbessert hat und sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität und begründete Einzelfälle die rechnerische Auffälligkeit verursachten.

ID 2013: „Frühmobilisation nach Aufnahme“

In dem Indikator zur Frühmobilisation nach Aufnahme wurde durch die Landesstellen für Qualitätssicherung berichtet, dass Abteilungen geschlossen wurden. Zusätzlich wurde darauf hingewiesen, dass keine Versorgung von Notfällen aufgrund des Zusammenschlusses mit einem Maximalversorger stattfände.

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

In dem Indikator zur Vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien wurde darauf hingewiesen, dass die Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung strikt einzufordern sei, da bei Erreichen das Letalitätsrisiko für Patientinnen und Patienten niedriger sei und das ursprüngliche Aktivitätsniveau häufiger erreicht werden könne.

In einem Fall wurde von einer starken Verschlechterung gegenüber dem Vorjahr berichtet. Im Rahmen einer Zielvereinbarung wurden nochmals Personalschulungen durchgeführt. Aufgrund vielfältiger Prozessrestrukturierungen sei die Durchdringung entsprechender Leitlinien zur strukturierten Erfassung der erforderlichen Daten innerhalb des Krankenhauses noch nicht vollständig gelungen. In drei Fällen kam es wiederholt zu qualitativen Auffälligkeiten in den Jahren 2016, 2017 und 2018. Hier gibt es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel ohne ausreichend erklärende Gründe für die rechnerische Auffälligkeit.

ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“

In dem Indikator zur Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme wurde darauf hingewiesen, dass die Bestimmung der Atemfrequenz ohne großen Aufwand möglich sei und im Rahmen des CRB-65-Scores zur Risikoabschätzung und damit zur Optimierung der weiteren Behandlungsstrategie diene. Eine Messung ist daher unbedingt einzufordern.

In einem Fall kam es dazu, dass das Ergebnis sich zwar weiter verbessert hat, aber noch außerhalb des Referenzbereichs lag. Weiterhin kam es infolge von Personalwechsel auf Leitungsebenen zwar zu Prozessüberarbeitungen, die sich aber in diesem Jahr noch nicht ausreichend in den Ergebnissen niederschlagen konnten. Auch wurde in einem Krankenhaus ein neuer Behandlungspfad etabliert und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden durchgeführt.

Durch die Landesstellen für Qualitätssicherung wurde in einem Fall berichtet, dass sich das Ergebnis gegenüber dem Vorjahr leicht verschlechtert habe, was u. a. auch auf die im Vorjahr im Rahmen des SD 2017 eingeleiteten Maßnahmen zurückzuführen ist. Mit dem Aufbau einer zentralen Notaufnahme (geplant für 2020) sollten sich die Ergebnisse bessern (Rückmeldung des Krankenhauses als Antwort auf eine Zielvereinbarung).

In zwei Fällen kam es wiederholt zu qualitativen Auffälligkeiten in den Jahren 2016, 2017 und 2018. Hier gibt es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel.

ID 50778: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“

In dem Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus kam es in einem Fall zu Unstimmigkeiten zwischen der Dokumentation des Datenfelds 22 zum dokumentierten Therapieverzicht und der abgegebenen Stellungnahme. Des Weiteren kam es in einem Fall zu einer deutlichen Verschlechterung des Ergebnisses sowie in einem weiteren Fall zu einer besonderen Prüfung des Ergebnisses, obwohl die Ergebnisse in diesen Fällen formal nicht rechnerisch auffällig waren.

Fazit

Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten verringerte sich gegenüber dem Vorjahr leicht. Etwas mehr als jede fünfte rechnerische Auffälligkeit führte in diesem Verfahren zu einer Bewertung als qualitativ auffällig. Auch bezüglich des Anteils an Dokumentationsproblemen gab es kaum eine Veränderung.

Hinsichtlich des Anteils an qualitativen Auffälligkeiten bezogen auf sämtliche Standorte, die Daten zum jeweiligen Indikator geliefert haben, gibt es außer bei einem Indikator nur geringe Unterschiede im Vergleich zum Vorjahr. Der Qualitätsindikator zur frühen antimikrobiellen Therapie weist hinsichtlich dieses Anteils eine deutlichere Verbesserung auf.

Im Strukturierten Dialog wurden auch im Jahr 2020 wieder in der Mehrheit der Bundesländer Standorte identifiziert, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu einer deutlichen Optimierung ihrer Prozesse aufgefordert werden mussten.

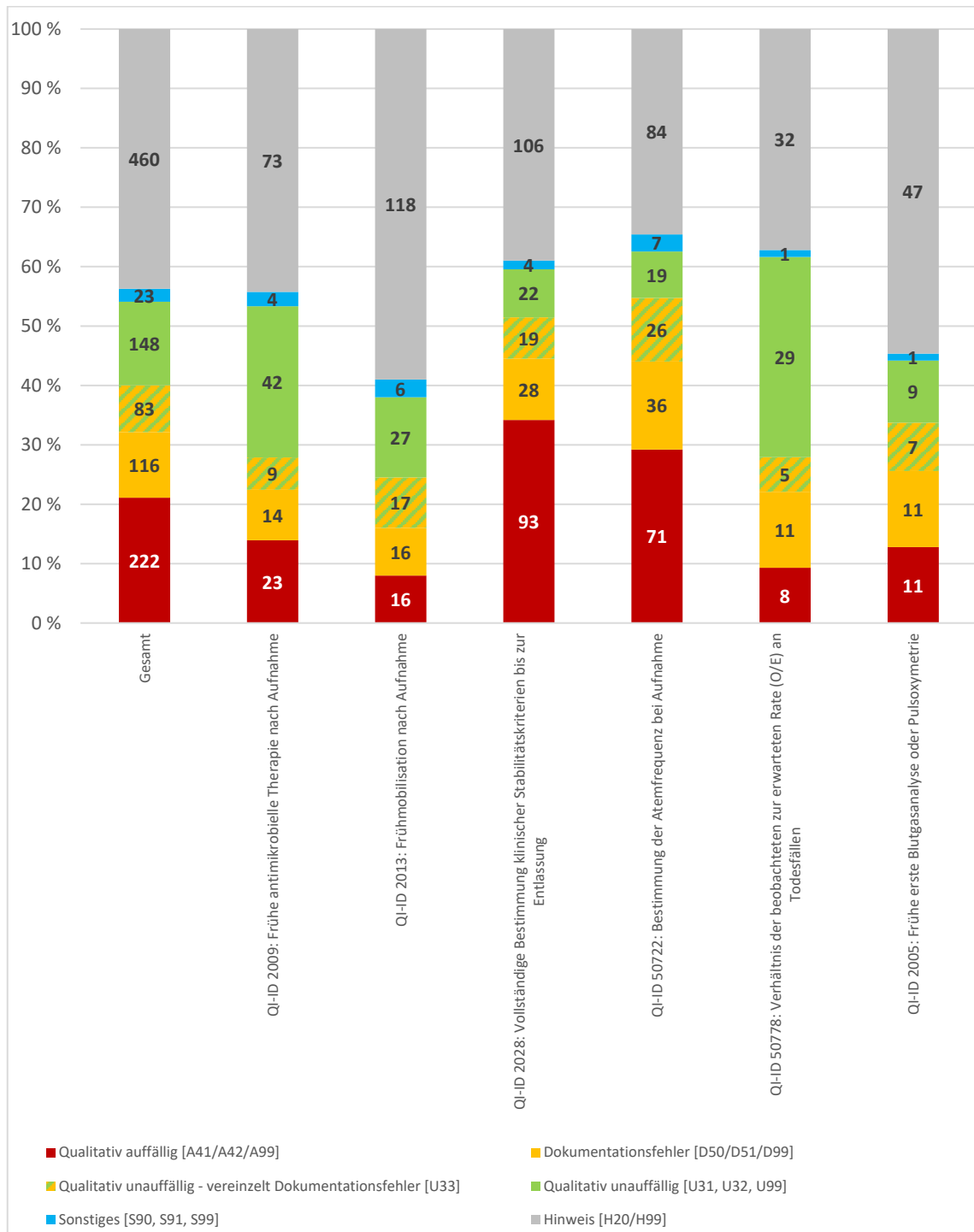


Abbildung 13: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie

5.2.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Florian Rüppel, Stefanie Holleck-Weithmann, Corinna Posselt

- QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule⁶ *Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*)
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel*
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation*

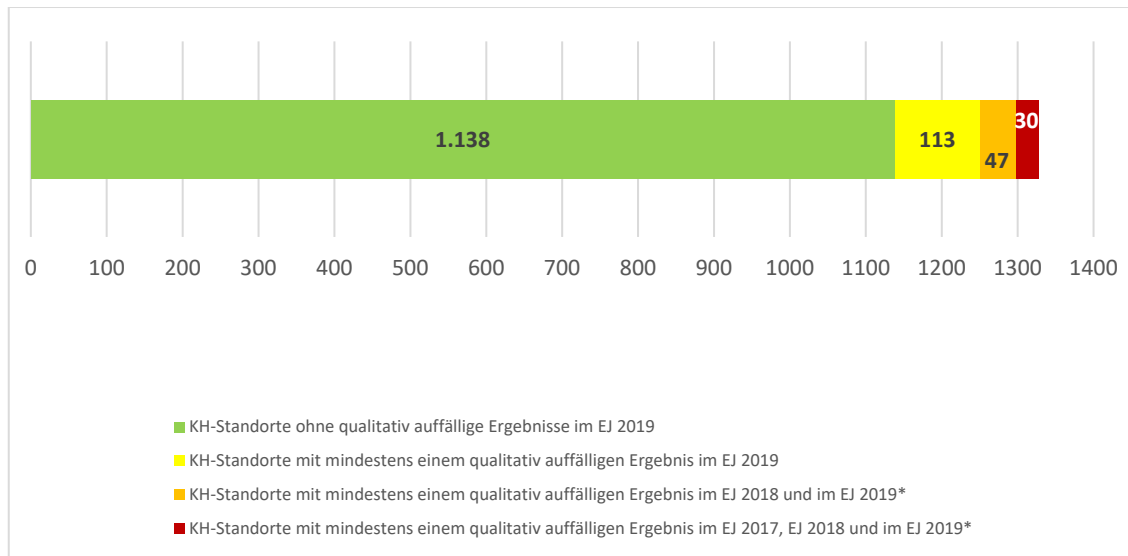


Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Indikatorübergreifende Ergebnisse

Von den 1.328 Krankenhausstandorten, in denen im Erfassungsjahr 2019 mindestens ein QS-dokumentationspflichtiger Schrittmacher- oder Defibrillatoreingriff durchgeführt wurde, wurden 190 (14,31 %) mindestens in einem der 32 Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig bewertet. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an Krankenhausstandorten, die in mindestens einem Indikator (QI) als qualitativ auffällig bewertet wurden, leicht gesunken (EJ 2018: 14,82 %). Somit setzt sich der leichte, aber stetige Rückgang des Anteils von Standorten mit qualitativ auffälligen Ergebnissen fort; so wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 noch 19,28 % aller Standorte in mindestens einem Indikator als qualitativ auffällig bewertet. Die Anzahl an Standorten mit wiederholt qualitativ auffälligen Ergebnissen

⁶ Die dokumentierten Fälle werden nach drei Bereichen aufgeteilt ausgewertet. In der Bundesauswertung werden sie getrennt dargestellt. Auf technischer Ebene werden diese Auswertungsmodulare in der Qualitätsindikatorendatenbank sowie in der Auswertungsdatenbank einzeln spezifiziert und repräsentiert.

ist im Vergleich zum Vorjahr dagegen gestiegen. Im EJ 2018 wiesen 60 Krankenhausstandorte mindestens ein qualitativ auffälliges Ergebnis in zwei bzw. drei aufeinanderfolgenden Erfassungsjahren auf. Diese Anzahl ist im EJ 2019 auf 77 Standorte gestiegen. Gleichzeitig ist auch die Anzahl der Krankenhausstandorte mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis in drei aufeinanderfolgenden Jahren mit 30 Standorten im EJ 2019 im Vergleich zum EJ 2018 (26 Standorte) leicht angestiegen.

Die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse ist von 2.246 im EJ 2018 auf 2.298 im EJ 2019 gestiegen. Es wurden durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) 1.077 Hinweise an die Leistungserbringer versandt, dies entspricht 46,47 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse. Es wurde weiterhin bei einem großen Teil von rechnerisch auffälligen Ergebnissen darauf verzichtet zu analysieren, ob es sich in diesen Fällen um mögliche Qualitätsdefizite der entsprechenden Leistungserbringer handelt. Dieses Vorgehen lässt die QS-Ergebnisse womöglich positiver erscheinen, als sich die tatsächliche Versorgungsqualität im Bereich der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung darstellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an versandten Hinweisen leicht gesunken, wobei der Anteil an Hinweisen im EJ 2019 in etwa dem Anteil aus dem EJ 2017 entspricht (EJ 2016: 51,2 %; EJ 2017: 44,6 %; EJ 2018: 50,8 %).

Die Spannweite in Bezug auf die versandten Hinweise je nach Bundesland ist weiterhin sehr groß, auch jeweils zwischen kleineren und größeren Bundesländern. Im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* liegt diese bei 0 % bis 85,29 %, im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* bei 0 % bis 89,29 %. In beiden QS-Verfahren haben vier LQS keine Hinweise versandt. Auffällig ist z. B. zudem, dass zu den beiden Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation sowie zu den Follow-up-Indikatoren (Auswertungsmodule *Herzschrittmacher-Implantation* und *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*) in Niedersachsen zu 100 % Hinweise versandt wurden, während dies in Nordrhein-Westfalen und in einigen kleineren Bundesländern kaum oder gar nicht geschah. Somit ist weiterhin ein äußerst heterogenes Vorgehen bei der Durchführung des Strukturierten Dialogs zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Entscheidung der zuständigen LQS, ob ein Stellungnahmeverfahren bei rechnerischer Auffälligkeit eingeleitet oder ob lediglich ein Hinweis an den betreffenden Leistungserbringer versandt wird, zu erkennen. Als Indikator mit überdurchschnittlich hohem Anteil an Hinweisen lassen sich in den beiden Auswertungsmodulen zu Implantationen die Indikatoren zur leitlinienkonformen Systemwahl und zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden identifizieren sowie in den Auswertungsmodulen zu den Folgeeingriffen die Indikatoren zu nicht sondenbedingten Komplikationen.

Im Bereich der Herzschrittmacherversorgung wurde eine geringfügige Abnahme des Anteils an rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezogen auf die Indikatorergebnisse festgestellt (EJ 2017: 8,0 %; EJ 2018: 8,7 %; EJ 2019: 8,1 %). Im Bereich der implantierbaren Defibrillatoren war dagegen für die EJ 2017 und 2018 ein geringfügiger Abfall des Anteils rechnerisch auffälliger Ergebnisse bezogen auf die Indikatorergebnisse zu verzeichnen (EJ 2017: 8,0 %; EJ 2018: 7,7 %). Im EJ 2019 stieg dieser Anteil jedoch auf 9,2 % an. Dieser Anstieg ist insbesondere auf die Einführung des Datenfelds zur Lebenserwartung im Spezifikationsmodul 09/4 zurückzuführen, in dessen Folge sich die Anzahl der Standorte mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 50055) stark erhöhte.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden für das EJ 2019 188 der 16.470 (1,14 %) Indikatorergebnisse im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* als qualitativ auffällig bewertet (EJ 2017: 1,0 %; EJ 2018 1,3 %). Dieser Anteil reduzierte sich somit geringfügig im Vergleich zum Vorjahr. Im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* wurden 89 der 10.439 Indikatorergebnisse (0,85 %) als qualitativ auffällig bewertet (EJ 2017 und EJ 2018: 0,7 %), sodass eine geringfügig steigende Tendenz verzeichnet werden kann. Es ist zu beachten, dass sich diese Angaben nicht auf Krankenhausstandorte, sondern auf Indikatorergebnisse beziehen; ein Krankenhausstandort kann daher in mehreren Indikatoren als qualitativ auffällig bewertet werden.

Die höchste Anzahl qualitativ auffälliger Ergebnisse entfiel im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* mit 46 Ergebnissen auf den Indikator „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (ID 52311) und mit 40 Ergebnissen auf den Indikator zum Dosis-Flächen-Produkt (ID 101800). Für den Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 101803) wurden 27 qualitativ auffällige Ergebnisse festgestellt. Der Follow-up-Indikator zu prozedurassoziierten Problemen (ID 2194) sowie der Indikator zur Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln (ID 52139) verzeichneten schließlich noch 19 bzw. 17 qualitativ auffällige Ergebnisse. Im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* bilden die Indikatoren zum erhöhten Dosis-Flächen-Produkt (ID 131801) und zur leitlinienkonformen Indikation (ID 50055) mit der höchsten Anzahl an qualitativen Auffälligkeiten (34 bzw. 23 qualitativ auffällige Ergebnisse) den Schwerpunkt des Strukturierten Dialogs. Im gesamten Verfahren wurde eine fehlerhafte Dokumentation am häufigsten bei den Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation festgestellt.

In Bezug auf die weiterführenden Maßnahmen kann im Vergleich zum EJ 2018 nun ein leichter Anstieg (bezogen auf alle rechnerischen Auffälligkeiten) in den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* und *Implantierbare Defibrillatoren* verzeichnet werden (EJ 2018: 0,9 % kollegiale Gespräche, 5,0 % Zielvereinbarungen; EJ 2019: 1,44 % kollegiale Gespräche, 5,44 % Zielvereinbarungen). Wie im Vorjahr wurden auch im EJ 2019 keine Begehungen durchgeführt. Am häufigsten wurden weiterführende Maßnahmen zu den Indikatoren „Leitlinienkonforme Indikation“ (Auswertungsmodule *Herzschrittmacher-Implantation* und *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*) sowie zum Indikator „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Implantation*) durchgeführt. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass der überwiegende Anteil der Zielvereinbarungen weiterhin in Nordrhein-Westfalen (und auch z. T. in Rheinland-Pfalz) geschlossen wird.

Schwerpunkte des Strukturierten Dialogs

Leitlinienkonforme Indikation

Der Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse des Indikators „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 101803) im Modul *Herzschrittmacher-Implantation* hat sich nicht wesentlich geändert: Er betrug zum EJ 2018 2,49 % und stieg nun leicht zum EJ 2019 auf 2,76 %. Zugleich wurden nur bei 39,20 % der rechnerischen Auffälligkeiten Hinweise versandt, wodurch sich eine deutliche Reduzierung von ca. 20 Prozentpunkten im Vergleich zum Vorjahr ergibt (EJ 2018: ca. 60 %).

Beim Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 50055) aus dem Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* sank dagegen der Anteil von Standorten mit qualitativ auffälligen Ergebnissen an allen Standorten mit Defibrillator-Implantationen zunächst von 3,15 % (EJ 2017) auf 2,32 % (EJ 2018), obwohl die Datenfelder zur Gabe der verschiedenen Medikamente im Rahmen einer medikamentösen Herzinsuffizienztherapie aufgrund einer fehlerhaften Plausibilitätsregel nicht in die QI-Berechnung zum EJ 2017 eingehen konnten und die Rechenregeln des Vorjahres somit etwas liberaler formuliert waren. Im EJ 2019 hingegen stieg der Anteil wieder auf 3,19 %.

Hinsichtlich des Anteils von Standorten mit Dokumentationsproblemen an allen Standorten mit Defibrillator-Implantationen kam es ebenfalls zunächst zu einem deutlichen Rückgang von 5,50 % (EJ 2017) auf 1,77 % (EJ 2018). Im EJ 2019 hingegen stieg der Anteil wieder deutlich an und ist nun mit 6,51 % relativ hoch. Die meisten Dokumentationsfehler sind somit auf diesen Indikator zurückzuführen. Ursächlich für die vermehrte Anzahl an Dokumentationsfehlern ist voraussichtlich v. a. die Einführung des Datenfelds „Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten?“. Nach Rückmeldung einiger LQS waren fast alle aufgrund der Angaben in diesem Datenfeld rechnerisch auffälligen Fälle als Dokumentationsfehler einzustufen. In einigen Fällen wurde die Bezeichnung des Datenfelds missinterpretiert, in anderen waren die Dokumentationsfehler dagegen auf eine nicht spezifikationskonforme Umsetzung durch den betreffenden Softwarehersteller zurückzuführen.

Die Rechenregeln beider Indikatoren, welche die Leitlinie so genau wie möglich wiedergeben, werden von den LQS als sehr komplex beschrieben, wodurch sich ein relativ hoher Aufwand bei der Durchführung des Strukturierten Dialogs ergibt. Der Strukturierte Dialog wird dementsprechend in den einzelnen Ländern auf sehr unterschiedliche Art bzw. in sehr unterschiedlicher Intensität durchgeführt. In Abstimmung mit der Bundesfachgruppe wurde durch das IQTIG eine spezifische Kennzahlübersicht erstellt, die die zukünftige Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erleichtern soll und durch das IQTIG voraussichtlich zum EJ 2021 bereitgestellt werden wird.

Peri- bzw. postoperative Sondendislokation oder -dysfunktion (während des stationären Aufenthalts)

Der Indikator „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (ID 52311) aus dem Modul *Herzschrittmacher-Implantation* bildet hinsichtlich der Anzahl an qualitativen Auffälligkeiten wie auch an weiterführenden Maßnahmen (kollegiale Gespräche bzw. Zielvereinbarungen) weiterhin einen Schwerpunkt des Strukturierten Dialogs. Nachdem der Anteil von Standorten mit qualitativ auffälligen Ergebnissen (an allen Standorten mit Fällen im QI) in den EJ 2015 bis EJ 2017 kontinuierlich gesunken ist (2,73 % im EJ 2017), ist er im EJ 2018 wieder auf 4,48 % gestiegen. Im EJ 2019 stieg der Anteil weiterhin auf 4,69 % leicht an. Er bewegt sich nun im zweiten Jahr in Folge sehr nahe an dem Grenzwert des entsprechenden Leitkriteriums für die Einstufung des besonderen Handlungsbedarfes (> 5 % qualitativ auffällige Ergebnisse). Das IQTIG und das neue Expertengremium auf Bundesebene werden die Entwicklung weiter beobachten und auf Basis der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zum EJ 2020 neu bewerten. Ein als qualitativ auffällig eingestufte Krankenhausstandort wurde beispielsweise darauf hingewiesen, dass die Fixierung der

Sonden verbessert und die intraoperativen Messungen konsequenter durchgeführt werden sollten, um unnötige Folgeeingriffe aufgrund von Sondenproblemen zu vermeiden.

Bei Defibrillator-Implantationen bestehen dagegen deutlich weniger Qualitätsdefizite aufgrund perioperativer Sondenprobleme (ID 52325). Hier wurden nur 0,28 % der Standorte als qualitativ auffällig eingestuft, was eine weitere Verbesserung im Vergleich zum Vorjahr bedeutet (EJ 2017: 0,66 %, EJ 2018: 0,55 %).

Follow-up-Indikatoren

In diesem Abschnitt werden die gleichen Jahresangaben verwendet wie bei den anderen Indikatoren; d. h., mit den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs zum EJ 2019 sind auch hier die aktuellen Ergebnisse gemeint. Es ist hierbei jedoch zu beachten, dass in die Grundgesamtheit der Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von einem Jahr Implantationen aus dem vorangegangenen Erfassungsjahr eingehen. Dies bedeutet, dass im Strukturierten Dialog zum EJ 2019 die Implantationen aus dem EJ 2018 bewertet wurden.

Der Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 2194) im Modul *Herzschrittmacher-Implantation* verzeichnet einen deutlichen Rückgang an angeforderten Stellungnahmen. Im EJ 2019 wurden 55 Stellungnahmen angefordert, d. h. 59,78 % an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen; im EJ 2018 waren es noch 87,10 %. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 19 Standorte als qualitativ auffällig bewertet, was einem Anteil von 1,90 % an allen Standorten mit Fällen in diesem Indikator entspricht. Dieser Anteil ist somit im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (EJ 2018: 1,83 %).

Im Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Infektionen und Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 2195) werden wie auch im Vorjahr mit drei Standorten im EJ 2019 (0,30 % an allen Krankenhausstandorten mit Fällen in der Grundgesamtheit) weiterhin nur sehr selten qualitative Auffälligkeiten festgestellt; dies spricht für ein insgesamt hohes Qualitätsniveau. Die Bundesfachgruppe erachtet diesen Indikator aufgrund der sehr schwerwiegenden Folgen einer Infektion für die Patientin bzw. den Patienten jedoch weiterhin als notwendig, solange in einigen wenigen Krankenhäusern noch kein zufriedenstellendes Qualitätsniveau erreicht ist.

Im Bereich der implantierbaren Defibrillatoren wurde zum EJ 2019 erstmals ein Strukturierter Dialog zu den Follow-up-Indikatoren geführt. Im Indikator zu prozedurassoziierten Problemen (ID 132001) wurden mit 4 Standorten (0,56 % an allen Standorten) deutlich weniger Standorte qualitativ auffällig als im entsprechenden Indikator zu Herzschrittmacher-Implantationen. Aufgrund von Infektionen bzw. Aggregatperforationen (ID 132002) wurden, wie auch im entsprechenden Indikator zu Herzschrittmachern, 3 Standorte als qualitativ auffällig eingestuft (0,42 % an allen Standorten).

Zu dem Follow-up-Indikator „Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen“ (ID 2190) aus dem Modul *Herzschrittmacher-Implantation* konnte nun erstmals ein Strukturierter Dialog zu Schrittmacher-Implantationen mit einem vollständigen Follow-up-Zeitraum von vier Jahren erfolgen. Der Indikator wird als Sentinel-Event-

Indikator ausgewertet und erfasst alle im EJ 2019 durchgeführten Folgeeingriffe aufgrund vorzeitiger Batterieerschöpfung. Als Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde insgesamt ein Standort (Sentinel Event) als qualitativ auffällig bewertet. Dieser Leistungserbringer hat jedoch angegeben, mittlerweile keine Herzschrittmachereingriffe mehr durchzuführen und einen Kooperationspartner für diese Eingriffe zu suchen. Daher wurden keine weiteren Maßnahmen eingeleitet. Dieses Ergebnis wird mit dem neuen Expertengremium auf Bundesebene beraten werden.

Dosis-Flächen-Produkt

Obwohl sich die rechnerischen Ergebnisse der beiden Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt (IDs 101800 und 131801) kontinuierlich verbessern, wurden zugleich mehr Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet als im Vorjahr: So stieg der Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse an allen Standorten mit Herzschrittmacher-Implantationen von 4,00 % im EJ 2018 und auf 4,08 % im EJ 2019. Der Anteil an allen Standorten mit Defibrillator-Implantationen stieg von 3,56 % im EJ 2018 und auf 4,71 % im EJ 2019. Somit scheinen an vielen Standorten noch Qualitätsdefizite hinsichtlich des Strahlenschutzes zu bestehen. Die Anteile bewegen sich nun nahe an dem Grenzwert des entsprechenden Leitkriteriums zum besonderen Handlungsbedarf. Das IQTIG und das neue Expertengremium auf Bundesebene werden die Entwicklung weiter beobachten.

Die Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt gehören zu den Indikatoren mit den meisten qualitativen Auffälligkeiten in den Verfahren zur Schrittmacher- und Defibrillatorversorgung. Da ca. 50 % (Schrittmacher) bzw. 40 % (Defibrillatoren) der rechnerischen Auffälligkeiten (bei einem perzentilbasierten Referenzbereich) auch als qualitativ auffällig eingestuft werden, sind sie auch als besonders spezifisch anzusehen.

Messungen zu Reizschwellen und Signalamplituden

Im EJ 2018 konnte für den Indikator zur Durchführung intraoperativer Messungen bei belassenen Sonden aus dem Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* (ID 52307) festgestellt werden, dass der bundesweite Anteil von qualitativ auffälligen Indikatorergebnissen (an allen Standorten mit Fällen im QI), welcher im EJ 2016 mit ca. 4 % noch relativ hoch war und zum EJ 2017 auf 3,13 % gesunken ist, um einen weiteren Prozentpunkt auf 2,13 % abgenommen hat. Dieser positive Trend wird auch im EJ 2019 mit einer deutlichen Reduzierung des Anteils auf 1,08 % fortgeführt. Beim entsprechenden Indikator des Auswertungsmoduls *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* liegt dieser Anteil mit 0,69 % noch niedriger und verbleibt somit auf einem guten Niveau (EJ 2018: 0,55 %).

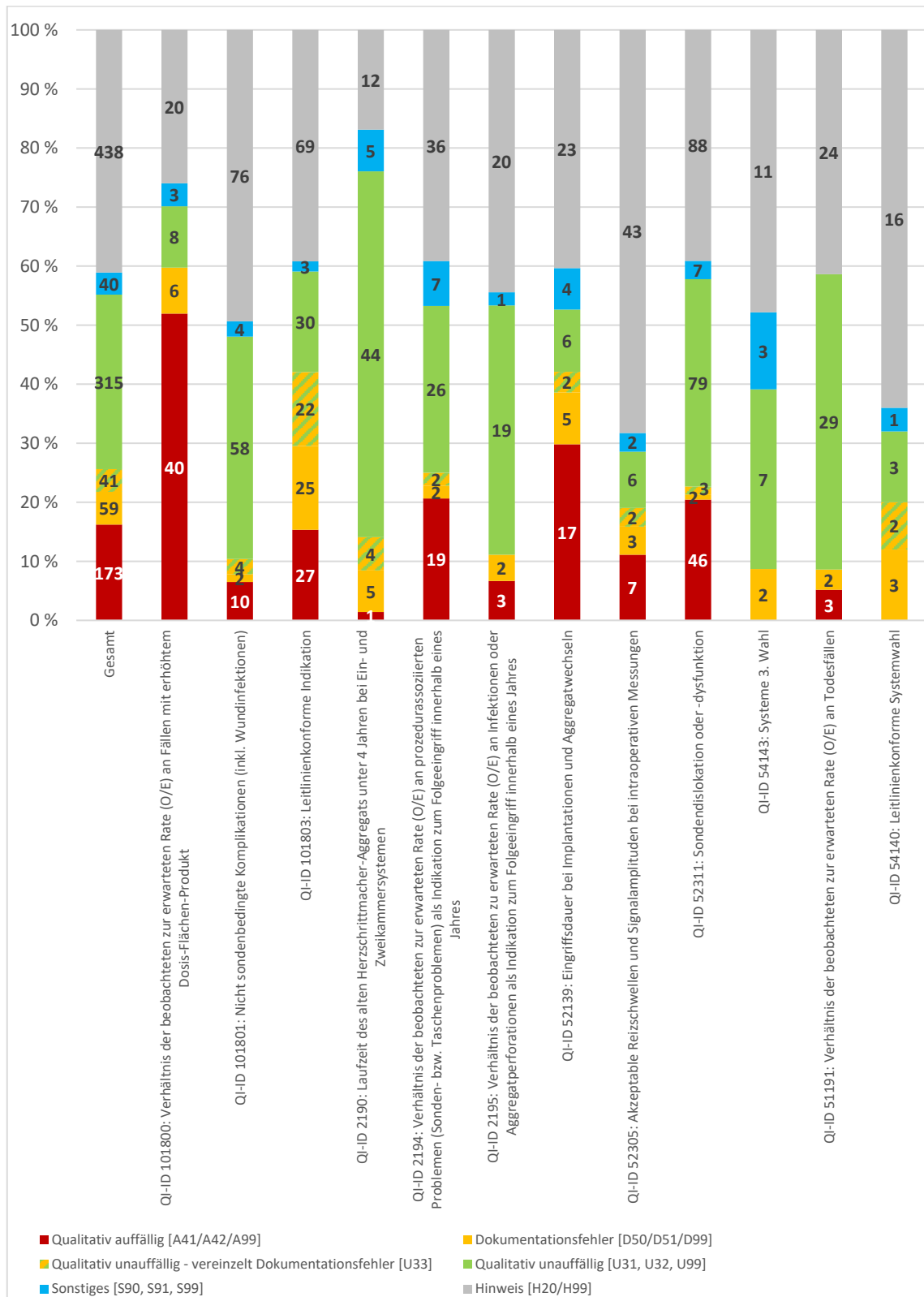


Abbildung 15: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation)

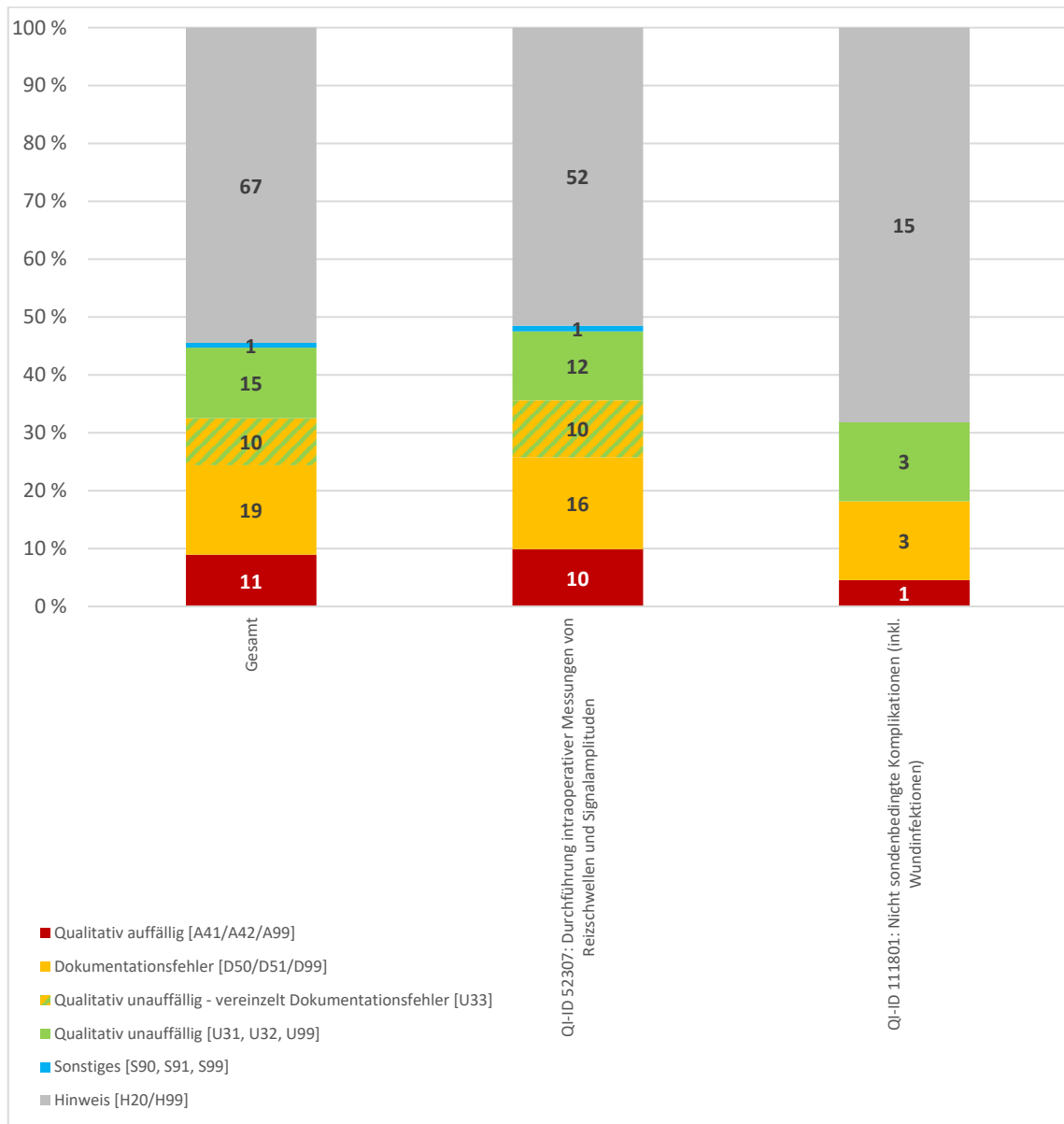


Abbildung 16: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel)

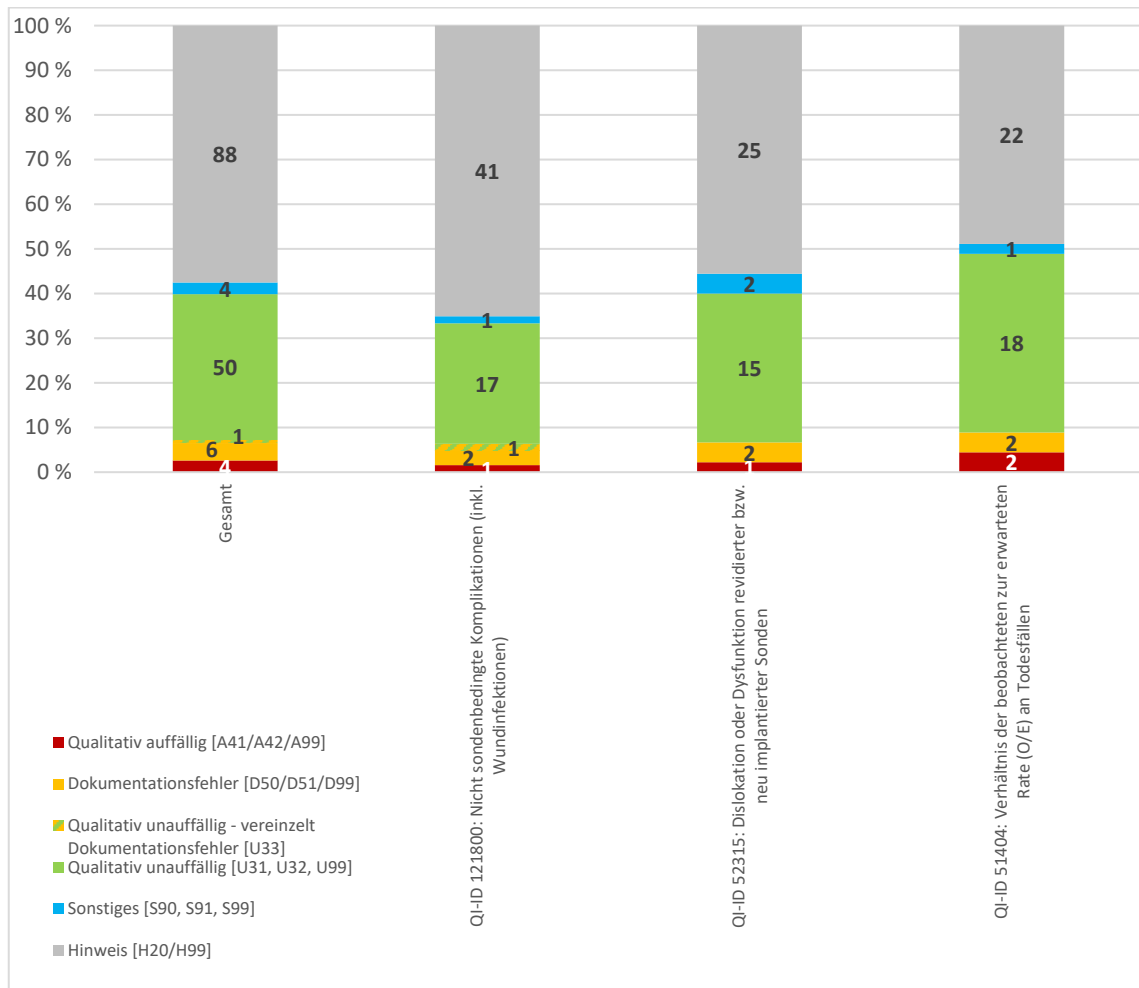


Abbildung 17: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)

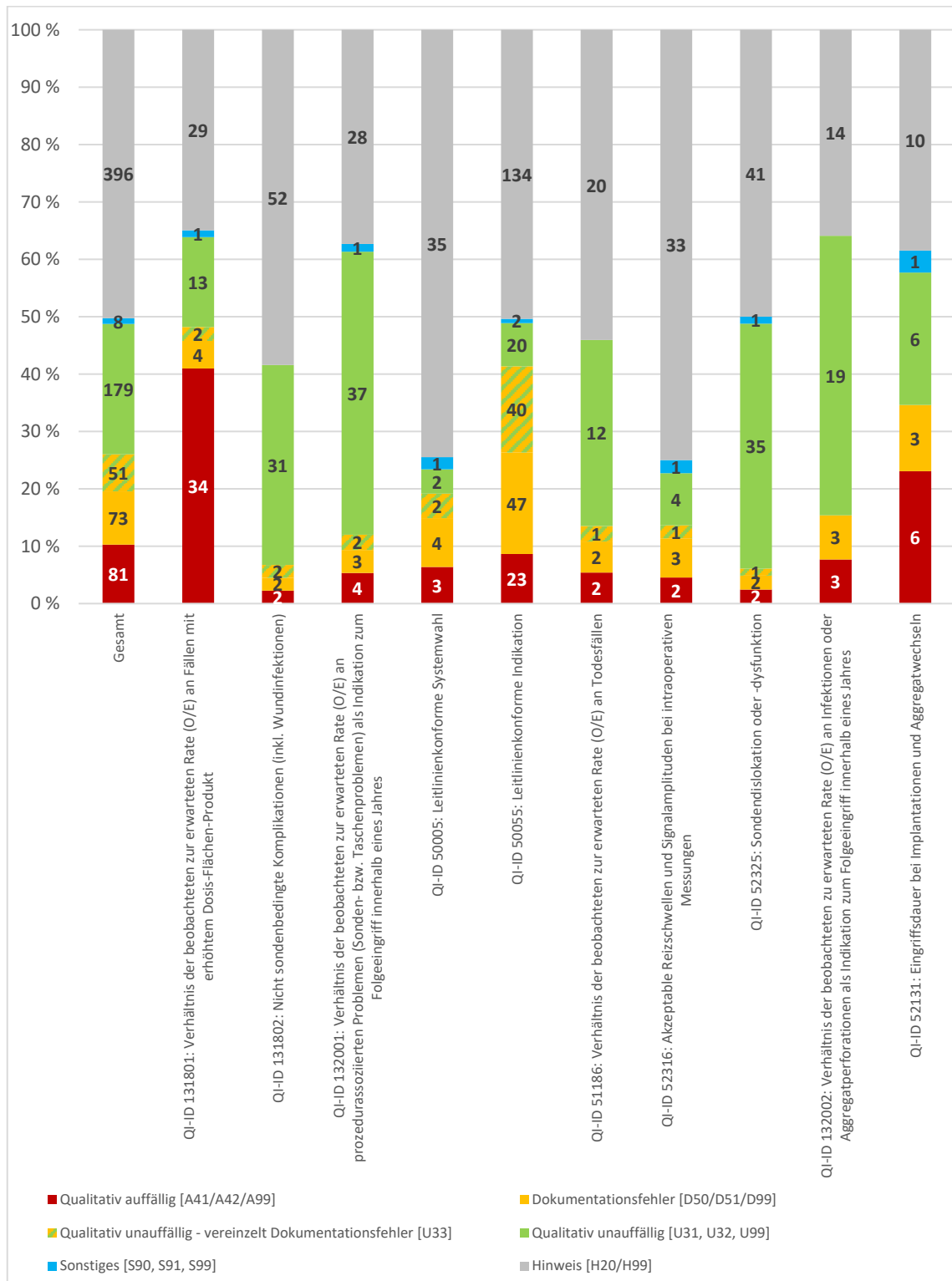


Abbildung 18: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

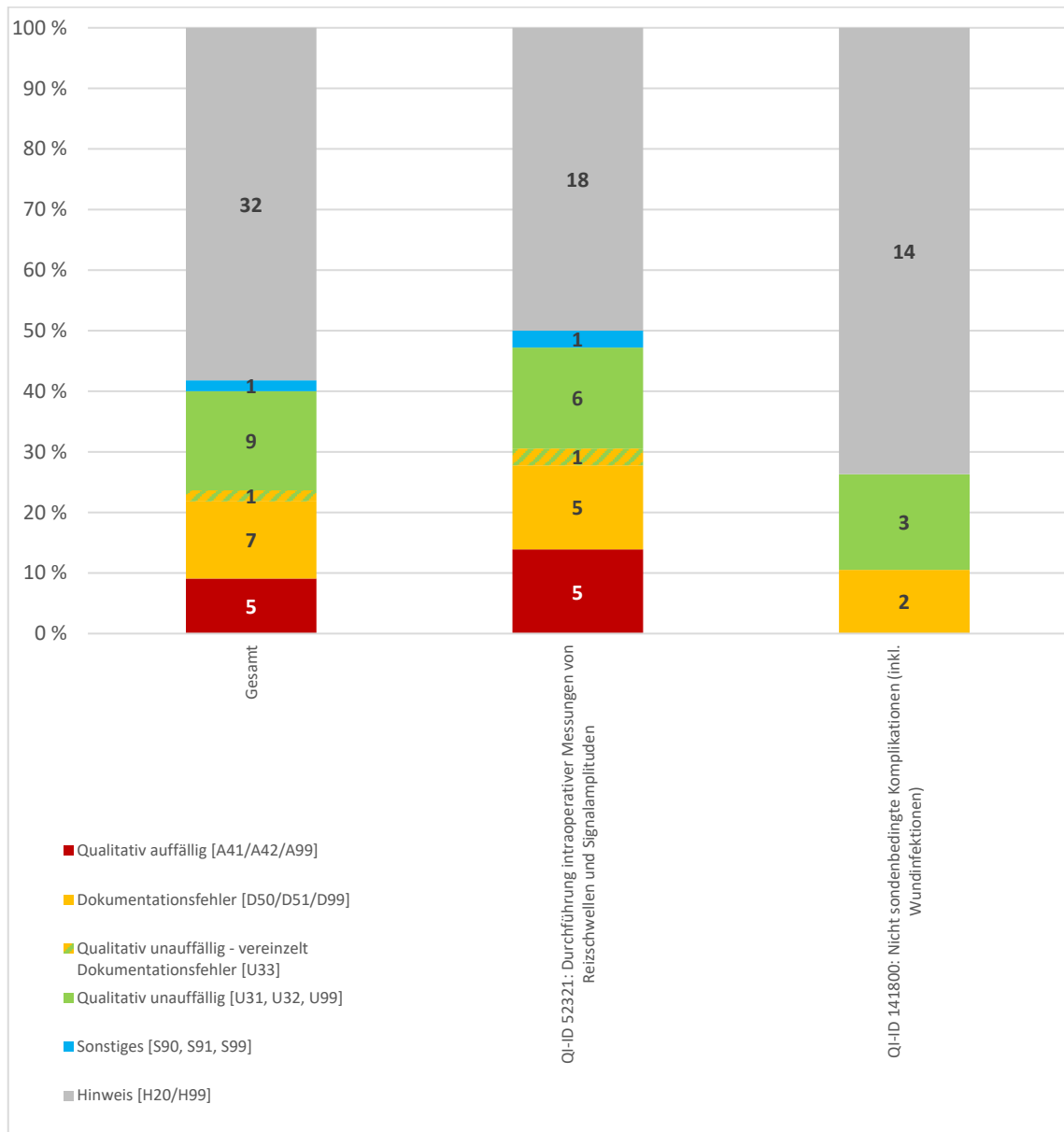


Abbildung 19: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

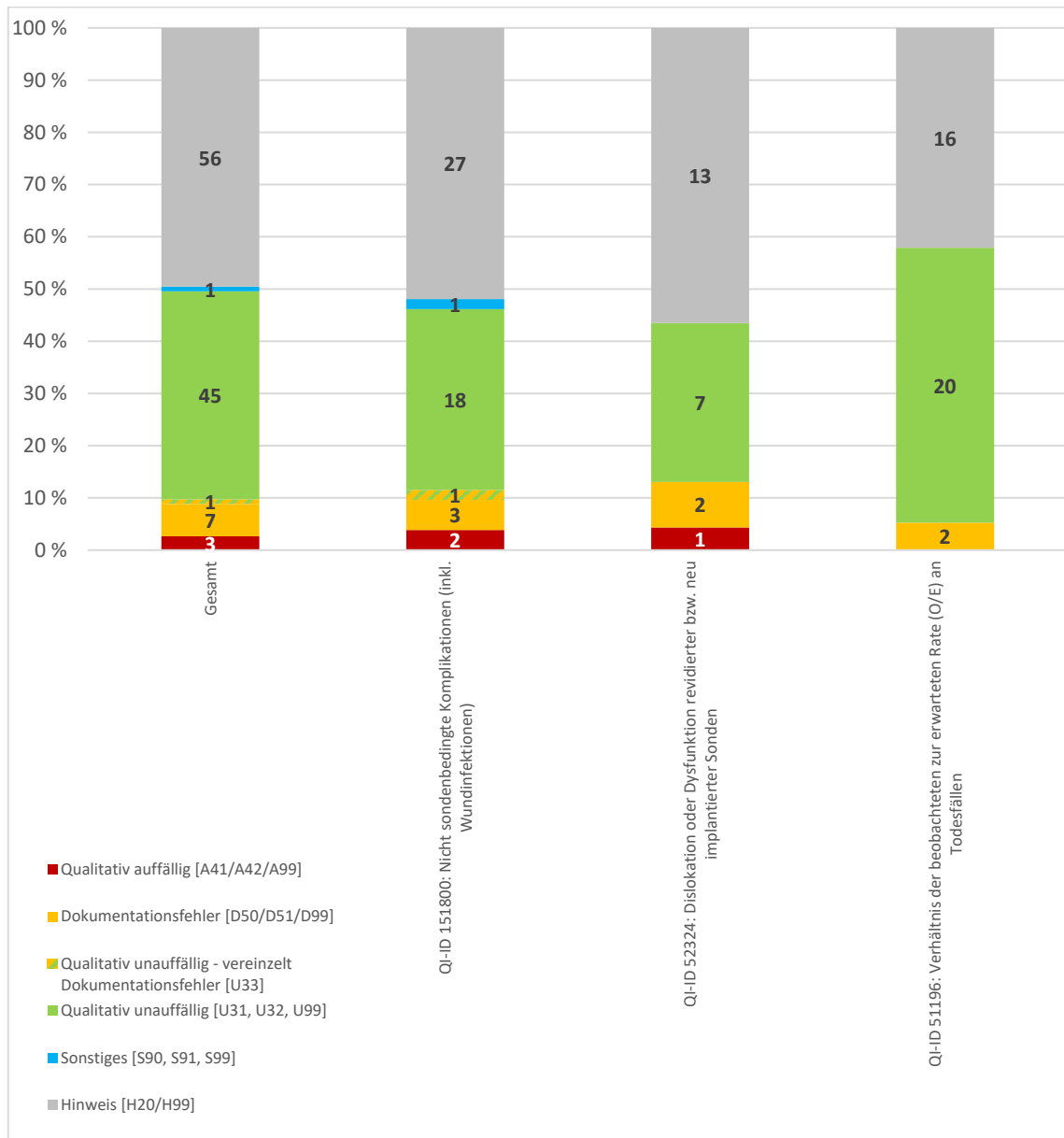


Abbildung 20: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

5.2.4 Herzchirurgie

Dr. Daniela Blaßfeld, Dr. Theresa Beddig, Katrin Krause, Dr. Sebastian von Podewils

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

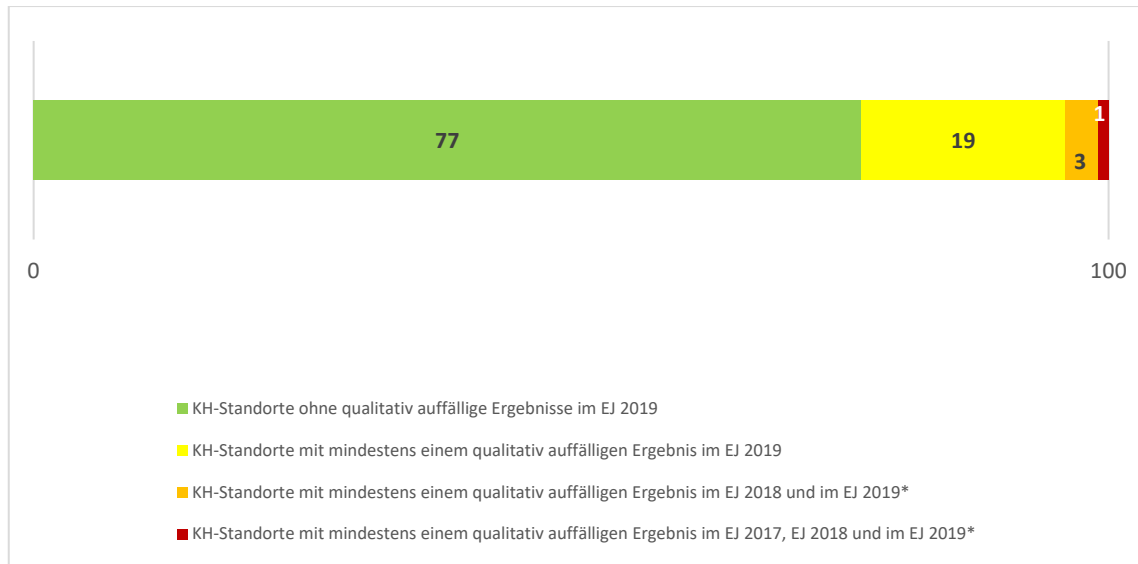


Abbildung 21: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Erfassungsjahr (EJ) 2019 haben im QS-Verfahren Herzchirurgie (QS HCH) insgesamt 100 Krankenhausstandorte QS-Datensätze geliefert. Im Rahmen der statistischen Auswertung dieser herzchirurgischen Datensätze wurden insgesamt 969 Indikatorergebnisse⁷ berechnet. Im Resultat zeigten sich 55 (5,7 %) rechnerische Abweichungen vom jeweiligen Referenzbereich, die – im Sinne eines Aufgreifkriteriums für potenzielle Qualitätsdefizite – zum Strukturierten Dialog (SD) mit 31 von 100 (31,0 %) Krankenhausstandorten führten. Im Vergleich zur Vorjahresrate von 31,3 % (31 von 99 Standorten) zeigt sich dieser Anteil nahezu unverändert, wobei im EJ 2017 diese Rate noch 46,0 % betrug. Im Rahmen des eingeleiteten Strukturierten Dialogs wurden diese 31 Standorte, bezogen auf die insgesamt 55 rechnerischen Auffälligkeiten, aufgefordert, eine Stellungnahme abzugeben. Dieser Aufforderung kamen alle Standorte ausnahmslos nach.

⁷ Die errechneten 969 Qualitätsindikatorergebnisse entsprechen nicht der Patientenfallzahl; vielmehr handelt es sich um die Anzahl der in der herzchirurgischen externen Qualitätssicherung eingesetzten Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich multipliziert mit der Anzahl an Krankenhausstandorten mit behandelten Patientenfällen in der Grundgesamtheit der jeweiligen Qualitätsindikatoren.

Für die notwendige Einhaltung des Datenschutzes wurden die Krankenhausstandorte in der Anforderung zur Stellungnahme, unverändert wie in den letzten Jahren, dazu angehalten, auf die vollständige Anonymisierung der Patientinnen und Patienten sowie der Zuweiser und Kooperationspartner zu achten.

Waren in Stellungnahmen dennoch Entanonymisierungen enthalten, mussten diese Stellungnahmen zurückgewiesen und gelöscht werden, da diese Daten dem IQTIG nicht vorliegen dürfen. Somit lag dem IQTIG zu diesen rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen keine Stellungnahme vor, sodass keine Beratung mit der Bundesfachgruppe sowie eine fachliche Bewertung durch das IQTIG vorgenommen werden konnte. Entsprechend musste eine Bewertung mit A42 „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ vergeben werden.

Um im Nachgang der offiziellen Bewertung dennoch eine medizinisch-fachliche Einschätzung der rechnerischen Auffälligkeit vornehmen zu können und im Sinne der Qualitätsförderung eine entsprechende Rückmeldung geben zu können, hat das IQTIG den Leistungserbringern einmalig die Möglichkeit eingeräumt, die ursprüngliche Stellungnahme oder Präzisierung erneut, unter Beachtung des Datenschutzes, einzureichen. Es erfolgte erneut die Information, welche Inhalte zwingend zu anonymisieren sind. Dieses Vorgehen erfolgte im Bereich HCH bei einem Standort zu einem QI.

Mit Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden alle rechnerischen Auffälligkeiten qualitativ bewertet. Bei 37 der 55 (67,3 %) rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren erfolgte die Bewertung im Sinne eines Defizitnachweises (positiv, qualitativ auffällig) und bei 18 (32,7 %) Indikatoren eine Bewertung im Sinne eines Verdachtsdementis (negativ, qualitativ unauffällig). Im Jahr zuvor betrug der Anteil der qualitativ auffälligen Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen noch 49,1 % (28 von 57). Hierbei ist zu beachten, dass im EJ 2018 neben der Bewertung als qualitativ auffällig bzw. unauffällig bei 14,0 % (n = 8) aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse eine Einstufung der Kategorie D „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ erfolgte. Eine Einstufung in diese Bewertungskategorie gab es im Strukturierten Dialog zum EJ 2019 nicht.

Insgesamt ist anzumerken, dass die qualitativen Auffälligkeiten in allen eingesetzten Qualitätsindikatoren festgestellt werden konnten, d. h., es gab keinen Qualitätsindikator, in dem kein Standort qualitativ auffällig wurde. Allerdings sind 22 (59,5 %) der 37 qualitativ auffälligen Ergebnisse allein auf den Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ zurückzuführen, wobei dieser auch in allen vier Auswertungsmodulen ausgewertet bzw. bewertet wurde. Bei diesem Indikator zeigte sich gleichzeitig die größte Deckungsgleichheit beim Verhältnis der rechnerischen zur qualitativen Auffälligkeit. So wurden in diesem Indikator von den 26 rechnerischen Auffälligkeiten im Rahmen des Strukturierten Dialogs tatsächlich 22 als qualitativ auffällig bewertet (84,6 %).

Der Indikator „Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation“ wird wie der Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ in allen vier Auswertungsmodulen eingesetzt. In diesem Qualitätsindikator wurden jedoch im Ver-

gleich nur 35,7 % (5/14) der Standorte mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen als qualitativ auffällig bewertet. Ab dem EJ 2020 werden zur Erfassung von bspw. Schlaganfällen auch Abrechnungsdaten der Krankenkassen (Sozialdaten) herangezogen, die eine Betrachtung über einen festgelegten postoperativen Zeitraum ermöglichen und ggf. mit einer höheren Messgüte einhergehen. Vor diesem Hintergrund wird perspektivisch in Betracht gezogen, auf den Indikator „Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation“ zukünftig gänzlich zu verzichten.

Die Abbildung 21 stellt die longitudinale Betrachtung der Krankenhausstandortergebnisse entlang der Zeitachse über die drei EJ 2019, 2018 und 2017 dar. Bei den 23 Krankenhausstandorten, die in der Abbildung gelb, orange und rot dargestellt sind, zeigte sich nach Durchführung des Strukturierten Dialogs bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen in mindestens einem der drei Jahre ein Qualitätsdefizit. Dabei erfolgte die wiederholte qualitativ auffällige Beurteilung von Krankenhausstandorten teilweise in den identischen Qualitätsindikatoren. Der Krankenhausstandort, der sowohl 2017 und 2018 als auch im EJ 2019 bei der Bewertung des Indikators „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ als qualitativ auffällig bewertet wurde, erhielt im Anschluss des Strukturierten Dialogs die Bewertung A99 „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“. Diese Einstufung erfolgte, da die im Verlauf von 2019 festgestellten Qualitäts- bzw. Strukturmängel im Rahmen einer dezidierten Aufarbeitung zur Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen führten, die erst Ende 2019 bzw. anschließend im Kalenderjahr 2020 umgesetzt werden konnten.

Im Anschluss des EJ 2019 wurden insgesamt fünf kollegiale Gespräche in den herzchirurgischen QS-Verfahren geführt. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurden diese Gespräche ausschließlich im Rahmen eines schriftlichen Austausches geführt, um die Qualität in diesen Standorten abschließend beurteilen zu können. Mit den Verantwortlichen der Einrichtungen werden Zielvereinbarungen getroffen und erforderliche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung festgehalten. Bei zwei dieser Standorte sind im Kalenderjahr 2021 zusätzlich Begehungen vorgesehen. Diese Standorte waren mehrfach im Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ qualitativ auffällig. Ein Standort wies qualitative Auffälligkeiten in vier Qualitätsindikatoren, verteilt auf alle vier Auswertungsmodule, auf. Der andere Standort wurde in drei Qualitätsindikatoren, verteilt auf drei Auswertungsmodule, qualitativ auffällig bewertet. Im Anschluss der Begehungen besteht die Möglichkeit, die Zielvereinbarungen mit den jeweiligen Leistungserbringern ggf. noch zu ergänzen.

Die fristgerechte Umsetzung der in den Zielvereinbarungen festgelegten Maßnahmen wird im Kalenderjahr 2022 geprüft.

In den Abbildungen und Tabellen ist der Datenstand zum 30. April 2021 aufgeführt. Das entspricht den bis zum Abschluss des Strukturierten Dialogs am 31. März 2021 vorgenommenen Bewertungen der Qualitätsindikatoren sowie den bis zu diesem Zeitpunkt bereits geplanten weiterführenden Maßnahmen. Im Text wird der Stand weiterer durchgeführter qualitätssichernder Maßnahmen bis zum 15. Juli 2021 beschrieben, sodass Abweichungen zwischen Texten und Abbildungen bzw. Tabellen bestehen.

Koronarchirurgie, isoliert

Im QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert* gab es 14 rechnerisch auffällige Ergebnisse an 13 verschiedenen Krankenhausstandorten, zu denen ein Strukturiertes Dialog geführt wurde. Die Bewertung A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ wurde 10-mal bei 9 Krankenhausstandorten vergeben, ein weiterer Standort erhielt die Bewertung A42 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“. Ein Standort, der wiederholt sowohl im EJ 2018 als auch 2017 im selben Qualitätsindikator als qualitativ auffällig mit A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ bewertet wurde, erhielt im EJ 2019 die Bewertung A99 „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“. Diese Einstufung erfolgte, da die im Verlauf von 2019 festgestellten Qualitäts- bzw. Struktur­mängel im Rahmen einer dezidierten Aufarbeitung zur Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen führten, die erst Ende 2019 bzw. anschließend im Kalenderjahr 2020 umgesetzt werden konnten. Laut Leistungserbringer zeichnet sich hier eine Verbesserung der Ergebnisse ohne rechnerische Auffälligkeit in diesen Qualitätsindikatoren ab.

Die übrigen beiden Standorte konnten im Rahmen ihrer Stellungnahmen glaubwürdig und umfassend darstellen, dass die rechnerische Auffälligkeit auf eine „besondere klinische Situation“ (Bewertung: U31) bzw. auf Einzelfälle (Bewertung: U32 „Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“) zurückzuführen ist, weshalb diese eine qualitativ unauffällige Bewertung erhielten.

Es zeigte sich, dass in diesem Auswertungsmodul alle 7 rechnerischen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit dem Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ abschließend mit qualitativ auffällig bewertet wurden. Die Bewertung A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ wurde dabei 6-mal vergeben. Einmal erfolgte die Bewertung mit A99 „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“, da sich, wie bereits vorhergehend dargestellt, aufgrund der Aufarbeitung der Qualitäts- und Struktur­mängel und der eingeleiteten Maßnahmen laut Leistungserbringer eine Verbesserung der Ergebnisse abzeichnet.

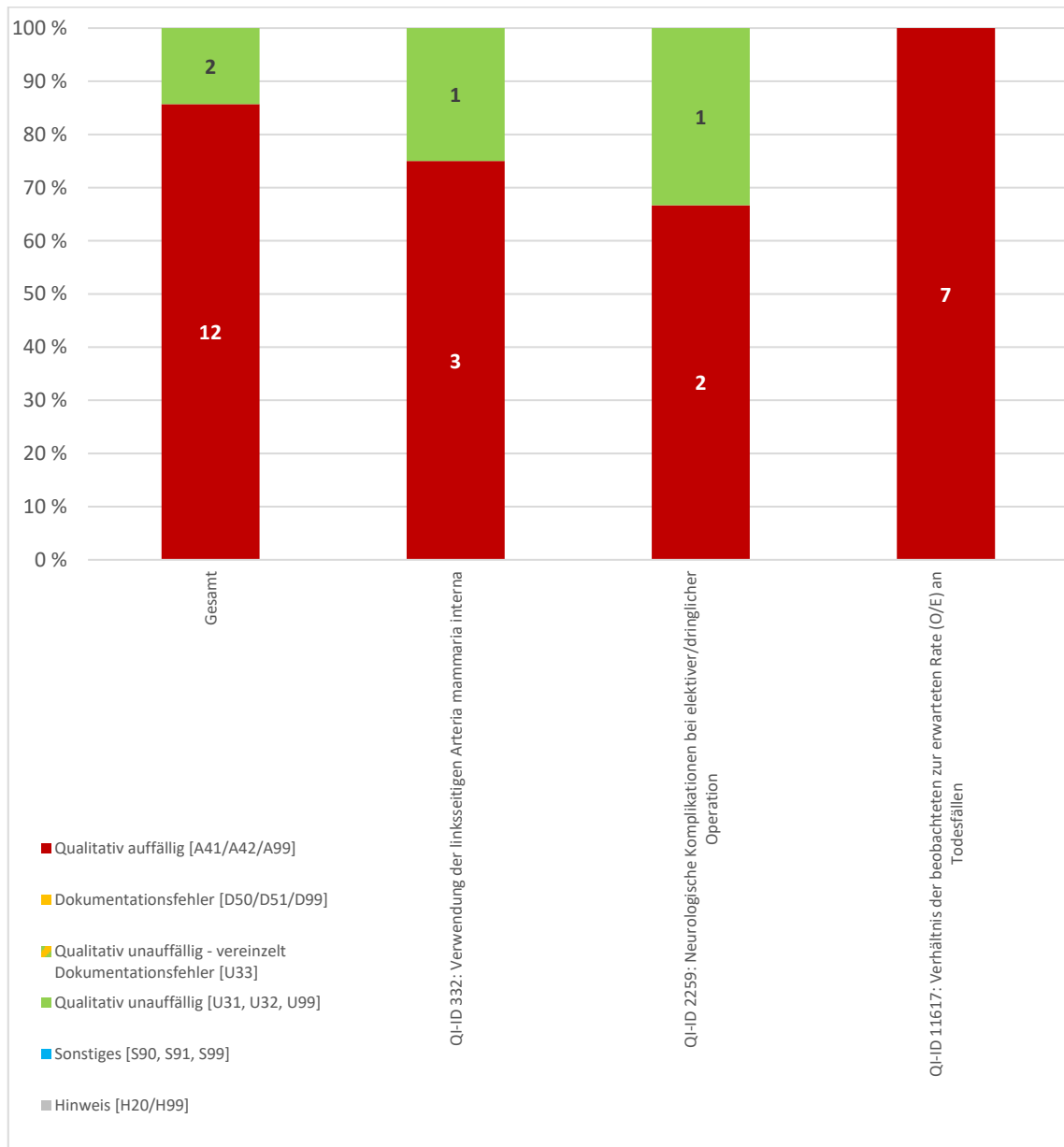


Abbildung 22: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarchirurgie, isoliert

Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)

Im Auswertungsmodul *Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)* sind 13 rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgetreten. Die Bewertung A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ wurde bei 6 Krankenhausstandorten vergeben, wobei keiner dieser Standorte wiederholt qualitativ auffällig war.

Vier der sechs Standorte haben innerhalb des Strukturierten Dialogs bereits mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen.

Die Stellungnahmen der übrigen sieben Standorte mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ließen mit teilweise ergänzenden Präzisierungen durch die Leistungserbringer keine gravierenden

Mängel hinsichtlich der medizinischen Qualität erkennen, sodass diese als qualitativ unauffällig bewertet wurden.

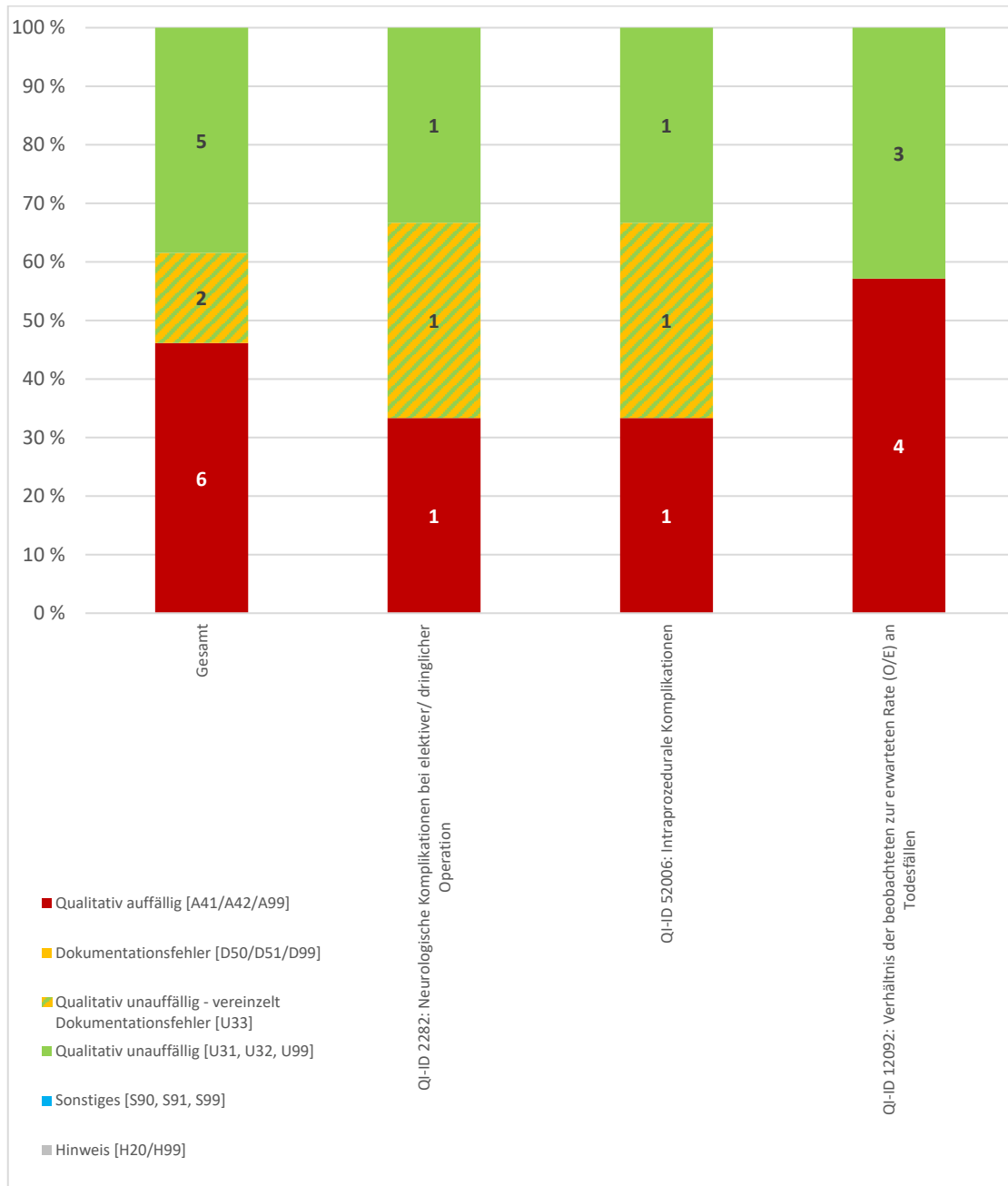


Abbildung 23: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)

Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)

Im EJ 2019 gab es 16 rechnerisch auffällige Ergebnisse. 11 Indikatorergebnisse an 10 Krankenhausstandorten wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die Bewertung A41 „Hinweise auf

Struktur- und Prozessmängel“ wurde 8-mal vergeben, 3 Standorte erhielten die Bewertung A42 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“. Keiner dieser Standorte war bereits im Vorjahr qualitativ auffällig. Auffallend ist in diesem Auswertungsmodul, dass alle Standorte mit einer rechnerischen Auffälligkeit im Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ auch eine qualitativ auffällige Bewertung erhielten.

Ein Standort, der bei zwei Qualitätsindikatoren mit A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ bewertet wurde, war bereits in ebendiesen Indikatoren 2017 auffällig und wurde damals mit A42 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Mit diesem Standort wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs eine Zielvereinbarung geschlossen, in der erforderliche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung festgehalten werden.

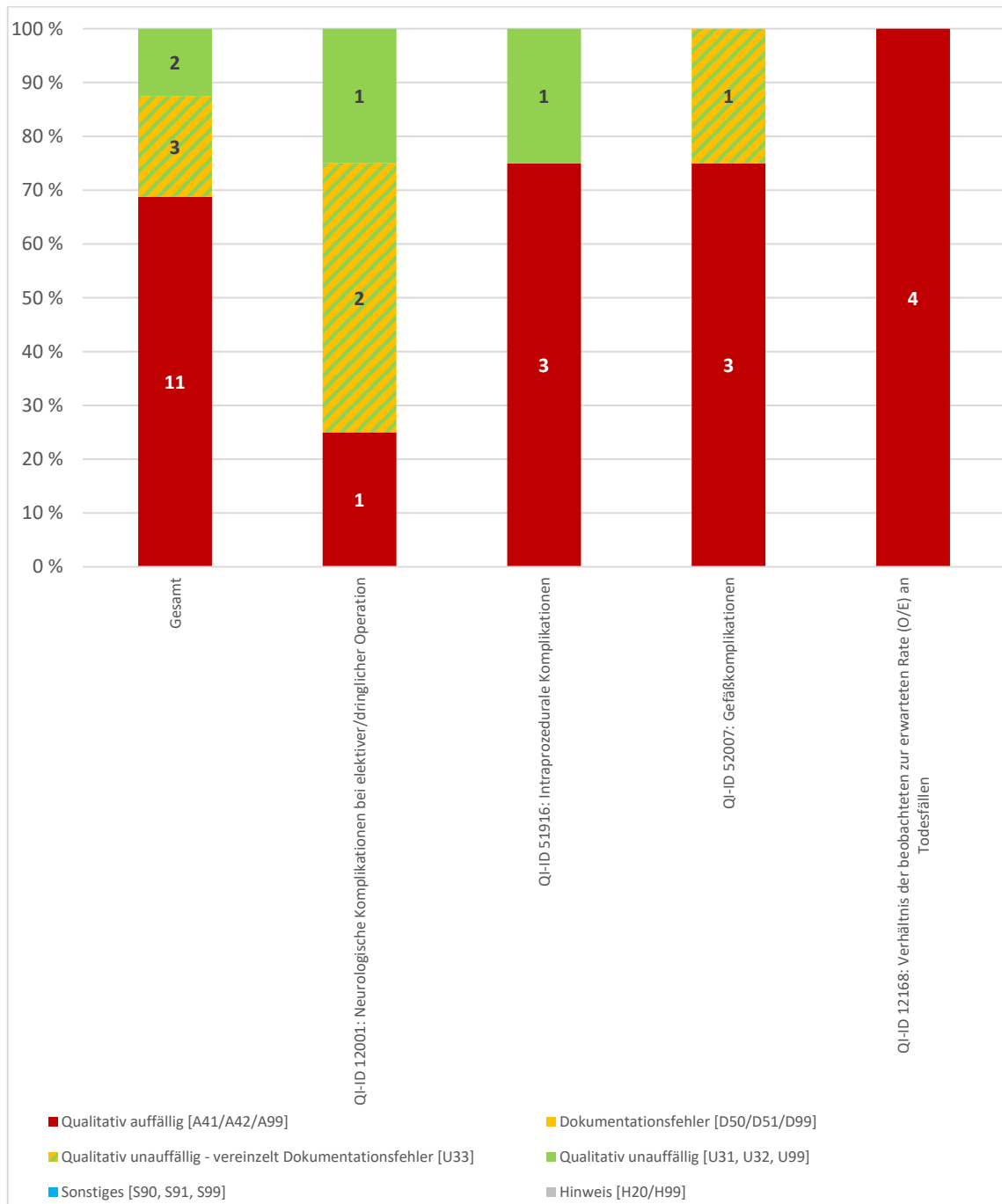


Abbildung 24: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* wurden nach 12 rechnerisch auffälligen Ergebnissen insgesamt 8 Indikatorergebnisse an ebenso vielen Krankenhausstandorten als qualitativ auffällig bewertet. Die Bewertung A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ wurde bei 7 Krankenhausstandorten vergeben, ein weiterer Standort erhielt die Bewertung A42 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“. Im Vorjahr war bereits einer dieser Krankenhausstandorte qualitativ auffällig und wurde demnach das zweite Jahr in Folge mit „A41“ bewertet. Mit den Verantwortlichen dieser Einrichtung wird eine Zielvereinbarung getroffen und erforderliche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung werden festgehalten. Des Weiteren ist im Kalenderjahr 2021 zusätzlich eine Begehung vorgesehen. Im Anschluss der Begehung besteht die Möglichkeit, die Zielvereinbarung mit dem Leistungserbringer ggf. zu ergänzen.

Bei drei der vier Standorte, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs qualitativ unauffällig bewertet wurden, war die rechnerische Auffälligkeit durch Einzelfälle zu erklären (Bewertung U32 „Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“), während an einem Standort neben vereinzelt Dokumentationsproblemen kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität vorlagen und damit die Bewertung mit U33 [„Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)“] erfolgte.

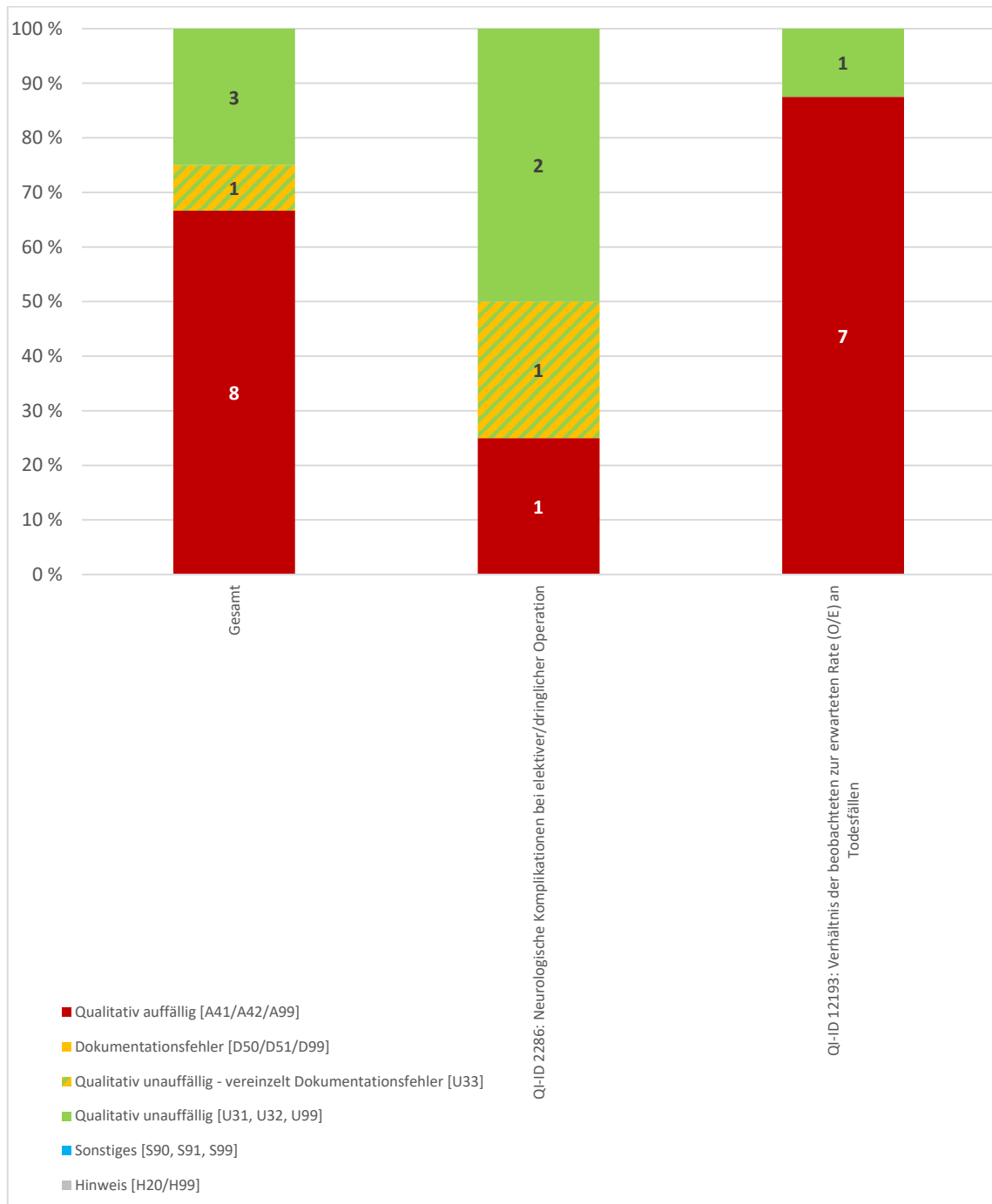


Abbildung 25: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

5.2.5 Transplantationsmedizin

Nadja Komm, Kathrin Rickert, Alexander Werwath

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

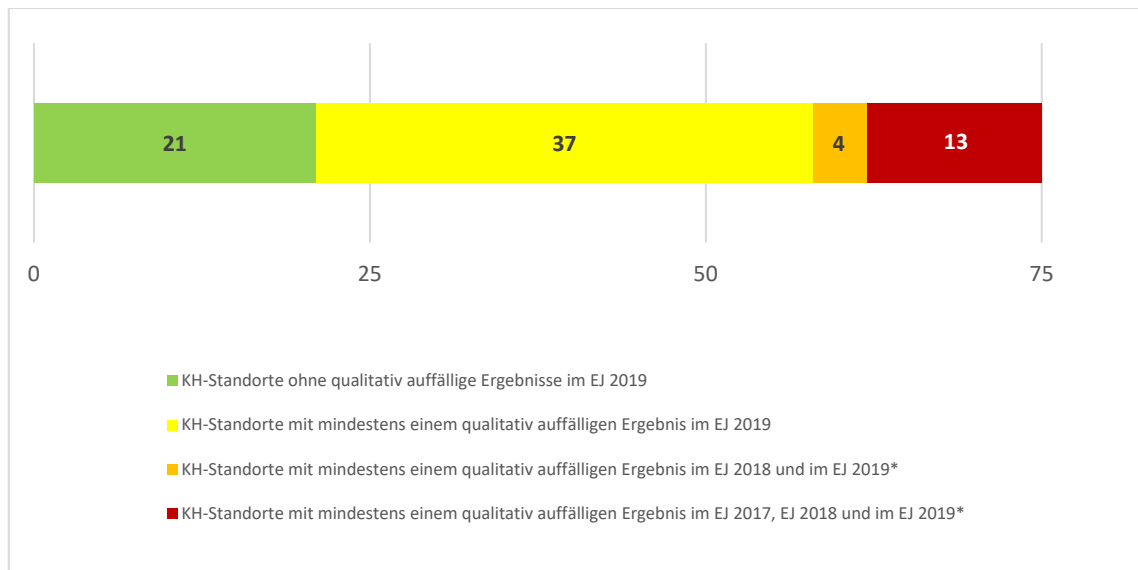


Abbildung 26: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im EJ 2019 waren im Bereich der Transplantationsmedizin 75 entlassende Krankenhausstandorte verpflichtet, Daten für die externe Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V an das IQTIG zu übermitteln. Je nach QS-Verfahren betraf diese Dokumentationspflicht zwischen 10 (Leberlebendspende) und 59 Leistungserbringer (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen).

Über alle QS-Verfahren und entlassenden Krankenhausstandorte der Transplantationsmedizin hinweg wurden für das EJ 2019 2.153⁸ Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren berechnet, von denen 296 Ergebnisse (13,7 %) rechnerisch auffällig waren. Für diese wurden zu Beginn des Strukturierten

⁸ Die errechneten 2.153 Ergebnisse entsprechen nicht der Patientenfallzahl; vielmehr handelt es sich um die Anzahl der in der transplantationsmedizinischen externen Qualitätssicherung eingesetzten Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich multipliziert mit der Anzahl an Krankenhausstandorten mit behandelten Patientenfällen in der Grundgesamtheit der jeweiligen Qualitätsindikatoren.

rierten Dialogs Stellungnahmen angefordert, sodass der Strukturierte Dialog für 60 aller 75 datenliefernden Krankenhausstandorte (80,0 %) ausgelöst wurde.

Die Qualität der Stellungnahmen hat, wie bereits in den Vorjahren, sowohl in formaler Hinsicht als auch bezüglich der spezifisch-fachlichen Genauigkeit stark zwischen den einzelnen Leistungserbringern und Fachabteilungen variiert. Bei unzureichender fachlicher Plausibilität der Stellungnahmen erfolgte eine Bewertung mit A42 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“.

In den Abbildungen und Tabellen ist der Datenstand zum 30. April 2021 aufgeführt. Das entspricht den bis zum 31. März 2021 vorgenommenen qualitativen Bewertungen der Qualitätsindikatoren sowie den bis zu diesem Zeitpunkt bereits geplanten weiterführenden qualitätssichernden Maßnahmen. Textuell beschrieben wird zudem der Stand weiterer durchgeführter qualitätssichernder Maßnahmen bis zum 15. Juli 2021, sodass es zu Abweichungen zwischen Texten und Abbildungen bzw. Tabellen kommt. Die qualitativen Bewertungen von Indikatorergebnissen, zu denen ein kollegiales Gespräch geführt wird bzw. wurde oder zu denen eine Begehung erfolgt, sind in den Tabellen und textuellen Beschreibungen noch nicht berücksichtigt.

Im SD 2020 wurden kollegiale Gespräche mit insgesamt 15 Krankenhausstandorten zu 32 Qualitätsindikatoren in 5 QS-Verfahren als notwendig erachtet (SD 2019: kollegiale Gespräche mit 15 Krankenhausstandorten zu insgesamt 30 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen). Bis zum 15. Juli 2021 konnte mit insgesamt 11 Leistungserbringern zu 21 Qualitätsindikatoren in 4 QS-Verfahren ein kollegiales Gespräch geführt werden. Hierunter fiel auch ein kollegiales Gespräch aus dem EJ 2018, welches aufgrund der COVID-19-Pandemie noch nicht stattfinden konnte. 5 weitere geplante kollegiale Gespräche zu 12 Qualitätsindikatoren konnten aufgrund der Verschiebung und Verkürzung des SD 2020 sowie des Starts des Stellungnahmeverfahrens 2021 noch nicht durchgeführt werden.

Anlass für die kollegialen Gespräche waren wiederholt qualitative Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren, gleichzeitige rechnerische Auffälligkeiten in mehreren Qualitätsindikatoren eines Leistungsbereiches oder Stellungnahmen bzw. Präzisierungen, die für eine abschließende Bewertung der Versorgungsqualität nicht ausreichten bzw. einen kritischen und demzufolge aufzuarbeitenden Sachverhalt offenbarten. Zudem sind 2 Begehungen geplant, die bisher nicht durchgeführt werden konnten. (SD 2019: Bei einem Krankenhausstandort Begehung erforderlich.)

Gemeinsam wurde mit 5 Leistungserbringern zu 10 Qualitätsindikatoren der Abschluss einer Zielvereinbarung vereinbart. Während einige Zielvereinbarungen bereits an die Krankenhausstandorte versandt werden konnten, befinden sich andere noch in Erstellung. Die Zielvereinbarungen sind numerisch in den Ergebnistabellen, wie oben beschrieben, mit einer „0“ dargestellt. Mit 6 Krankenhausstandorten, mit denen bisher ein kollegiales Gespräch zu 11 Qualitätsindikatoren geführt wurde, wird keine Zielvereinbarung geschlossen. Hier stellte sich im Gespräch entweder eine qualitative Unauffälligkeit des besprochenen Qualitätsindikators/der besprochenen Qualitätsindikatoren heraus oder es genügte bei festgestellter qualitativer Auffälligkeit eine unterstützende dezidierte Rückmeldung der erkannten Verbesserungspotenziale, da der Leistungserbringer bereits nachweislich für eine Verbesserung der Qualitätssituation gesorgt hat.

Wie bereits im letzten Bericht zum Strukturierten Dialog dargestellt, bestätigt sich, dass sich der rasante Anstieg an stattfindenden weiterführenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog auf einem hohen Niveau etabliert hat. Grund hierfür ist, dass aus den abgegebenen Bewertungen gerade bei wiederholter oder simultaner Auffälligkeit in mehreren Qualitätsindikatoren ein konsequentes Vorgehen bezüglich einzuleitender Maßnahmen seitens des IQTIG etabliert wurde. Es ist erneut darauf hinzuweisen, dass sich hieraus im Hinblick auf die folgenden Jahre voraussichtlich ein erheblicher Mehraufwand für das IQTIG ergibt. Zusammen mit der Verkürzung des Strukturierten Dialogs (zukünftig Stellungnahmeverfahren) zeigte sich bereits für den SD 2020, dass mit Start des neuen Stellungnahmeverfahrens 2021 nicht alle geplanten weiterführenden Maßnahmen der Qualitätssicherung aus dem SD 2020 durchgeführt werden konnten.

Für 75 aller rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse (25,3 %), die sich auf 41 Krankenhausstandorte verteilen, wurde bis zum offiziellen Abschluss des Strukturierten Dialogs zum 31. März 2021 die Bewertung „qualitativ auffällig“ vorgenommen. Anzumerken ist, dass jeder Leistungserbringer eine individuelle und sehr dezidierte Rückmeldung zu seinen qualitativ auffälligen Indikatorergebnissen erhält sowie, sofern notwendig, für andere Indikatorergebnisse (D-, U- und S-Kategorien).

Für 49 Indikatorergebnisse (16,6 % aller Indikatorergebnisse) wurde bis zum 31. März 2021 eine Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten mit qualitativ unauffällig vorgenommen, da es sich um typische Verläufe von Einzelfällen oder um vereinzelte Dokumentationsprobleme handelte bzw. dem Krankenhaus ein Hinweis zu Verbesserungsmöglichkeiten gegeben wurde.

Mit „Sonstiges“ wurden bis zum 31. März 2021 zunächst 168 Indikatorergebnisse (56,8 % aller Indikatorergebnisse) bewertet. Dies ist in der überwiegenden Anzahl der Fälle dadurch begründet, dass rechnerisch auffällige Ergebnisse in Follow-up-Indikatoren bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres bzw. der Vorjahre evaluiert wurden, sodass eine erneute Bewertung nicht sachgerecht gewesen wäre. Wenn allerdings im Vergleich zum Vorjahr bzw. den Vorjahren Fälle hinzukamen, wurde eine erneute Evaluation aller Fälle vorgenommen, um keine durch die zusätzlichen Informationen sichtbar gewordenen Ursachen möglicher qualitativer Mängel zu übersehen. 43 dieser 168 Indikatorergebnisse wurden zunächst mit S91 „Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen“ bewertet. Diese werden im Anschluss an die kollegialen Gespräche bzw. Begehungen in eine qualitativ auffällige oder qualitativ unauffällige Bewertung angepasst, sodass insgesamt 42,2 % der Indikatorergebnisse mit „Sonstiges“ bewertet wurden.

Im SD 2020 musste in 4 Qualitätsindikatoren (1,4 % aller Indikatorergebnisse) eine Bewertung wegen unvollzähliger oder falscher Dokumentation mit „D50“ vorgenommen werden.

Für die notwendige Einhaltung des Datenschutzes wurden die Krankenhausstandorte in der Aufforderung zu Stellungnahme, unverändert wie in den letzten Jahren, dazu angehalten, auf die vollständige Anonymisierung der Patientinnen und Patienten sowie der Zuweiser und Kooperationspartner zu achten.

Waren in Stellungnahmen dennoch Entanonymisierungen enthalten, mussten diese Stellungnahmen zurückgewiesen und gelöscht werden, da diese Daten dem IQTIG nicht vorliegen dür-

fen. Somit lag dem IQTIG zu diesen rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen keine Stellungnahme vor, sodass keine Beratung mit der Bundesfachgruppe und auch keine fachliche Bewertung durch das IQTIG vorgenommen werden konnte. Entsprechend musste eine Bewertung mit A42 „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ vergeben werden. Um im Nachgang der offiziellen Bewertung dennoch eine medizinisch-fachliche Einschätzung der rechnerischen Auffälligkeit vornehmen zu können und im Sinne der Qualitätsförderung eine entsprechende Rückmeldung geben zu können, hat das IQTIG den Leistungserbringern einmalig die Möglichkeit eingeräumt, die ursprüngliche Stellungnahme oder Präzisierung erneut, unter Beachtung des Datenschutzes, einzureichen. Es erfolgte erneut die Information, welche Inhalte zwingend zu anonymisieren sind. Gebrauch von diesem Angebot des IQTIG machten 8 von 10 Standorten zu 9 Qualitätsindikatoren. 2 Krankenhausstandorte reichten zu 3 Qualitätsindikatoren ihre Stellungnahme nicht noch einmal ein.

Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme – Herztransplantation

Im Auswertungsmodul *Herztransplantation* wurde zu Beginn des Strukturierten Dialogs zu zunächst 51 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen in 18 Krankenhausstandorten eine Stellungnahme angefordert.

Nach ausführlichen Diskussionen wurden zunächst 8 Indikatorergebnisse in 6 Krankenhausstandorten als qualitativ auffällig bewertet. In 3 Fällen (2 Krankenhausstandorte) wurden seitens des Leistungserbringers die fachlich angefragten Inhalte in der Stellungnahme nur sehr rudimentär adressiert und eine selbstkritische und klinische Aufarbeitung der Fälle wurde nicht vorgenommen, weshalb im Ergebnis mit „A42“ bewertet wurde. In 3 weiteren Indikatorergebnissen in 3 Krankenhausstandorten wurden Struktur- und Prozessmängel („A41“) festgestellt. Gründe waren verbesserungswürdige klinikinterne Strukturen und Prozessabläufe postoperativ, die mangelhafte interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie in einem Fall die extrem grenzwertige Organakzeptanz, welche als kritisch beurteilt wurde. Daneben wurde eine Überprüfung unterschiedlicher Faktoren als notwendig erachtet – hierunter fallen die Evaluationsstruktur vor der Transplantation, das Volumen- und Gerinnungsmanagement, das infektiologische Management sowie die Nachsorgestruktur. Ein Krankenhausstandort hat das Herztransplantationsprogramm laut eigener Aussage dauerhaft eingestellt – beide rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren wurden aufgrund von Defiziten in der interdisziplinären Zusammenarbeit, der Einschätzung präoperativer Risiken, der technischen Durchführung sowie Mängeln im Prozessablauf mit „A99“ bewertet. 6 Qualitätsindikatoren in 2 Krankenhausstandorten sind derzeit noch mit „S91“ bewertet dargestellt, da weiterführende Maßnahmen im Strukturierten Dialog geplant sind und dieser damit noch nicht abgeschlossen ist.

Der überwiegende Anteil der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurde mit „S99“ bewertet (35/51; 68,6 % aller Indikatorergebnisse), da entweder der Fall bzw. die Fälle in einem anderen Qualitätsindikator oder in dem Vorjahr bzw. den Vorjahren vollständig oder zu einem überwiegenden Teil evaluiert wurde(n) (34/35; 97,1 %) oder es durch einen neu hinzugekommenen Fall zu einem Dokumentationsfehler kam (1/35; 2,9 %). Die Bewertungen verteilten sich auf 17 Krankenhausstandorte.

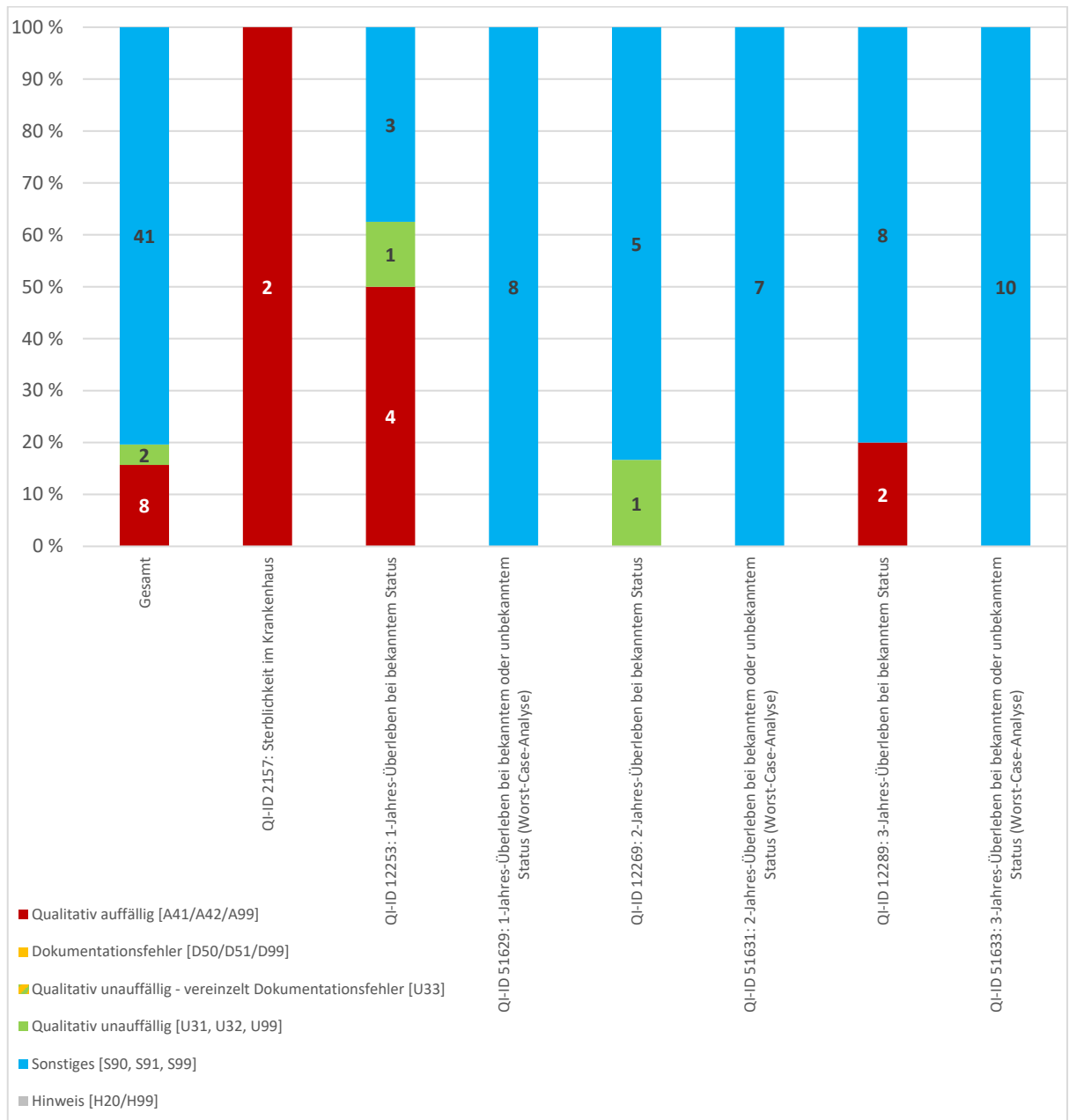


Abbildung 27: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (Auswertungsmodul Herztransplantation).

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

Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Im EJ 2019 waren mit 59 Krankenhausstandorten im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2018: 61) weniger Leistungserbringer zur Datenlieferung im Auswertungsmodul *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* verpflichtet. Rechnerische Auffälligkeiten zeigten sich in insgesamt 48 Indikatorergebnissen bei 33 Krankenhausstandorten.

Mit 5 Krankenhausstandorten wurde zu 7 Qualitätsindikatoren ein kollegiales Gespräch geführt. In allen Krankenhausstandorten konnten Verbesserungspotenziale hinsichtlich Qualitätsförderung und -sicherung erkannt werden, welche sich u. a. auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) hinsichtlich Strukturen einschließlich Evaluationsprozessen inkl. Indikationsstellung und Ablehnungskriterien sowie Prozessabläufen oder die Durchführung von M&M-Konferenzen bezogen. Ebenfalls wurde z. T. angemerkt, dass bei zukünftig ggf. erforderlichen Stellungnahmen die Anforderungen des IQTIG zu beachten sind. Mit 2 von 5 Krankenhausstandorten wurde der Abschluss einer Zielvereinbarung vereinbart, in die unterstützende, gemeinsam eruierte Verbesserungsmaßnahmen aufgenommen werden. Für die 3 anderen Krankenhausstandorte war der Abschluss einer Zielvereinbarung nicht erforderlich, da bereits zielführende Verbesserungsmaßnahmen aus der betrachteten Qualitätssituation abgeleitet und (teilweise) umgesetzt wurden. Diese erhalten allerdings ein unterstützendes Schreiben des IQTIG, in dem Hinweise zu möglichem Verbesserungspotenzial dargelegt sind.

21 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse in 20 Krankenhausstandorten mussten bis zum 31. März 2021 als qualitativ auffällig bewertet werden. Gründe waren in 3 Fällen Anonymisierungsverstöße und in 7 Fällen eine unzureichende fachliche Plausibilität der Stellungnahme, woraufhin eine „A42“ als Bewertung resultierte. Hierunter fällt auch ein Krankenhausstandort, mit dem aufgrund wiederholter qualitativer Auffälligkeit in einem Qualitätsindikator im vergangenen Strukturierten Dialog ein kollegiales Gespräch geführt werden musste. Das Ziel der abgeschlossenen Zielvereinbarung bezieht sich auf die qualitative Unauffälligkeit in den Strukturierten Dialogen 2020 und 2021.

In 9 weiteren Indikatorergebnissen (9 Krankenhausstandorte) wurden Struktur- und Prozessmängel unterschiedlicher Genese festgestellt, eine Bewertung mit „A41“ erfolgte. So wurden u. a. Mängel in der präoperativen Evaluation (insb. der vorliegenden Risikofaktoren und der RV-Funktion) und hinsichtlich der Indikationsstellung kritisch und als stark verbesserungswürdig gesehen. Zudem finden sich Mängel im perioperativen Prozess der Diagnostik sowie der Durchführung von Interventionen. Fehlende SOPs und unklare Verantwortlichkeiten bei der Entscheidungsfindung sowie eine mangelhafte interdisziplinäre, fachärztliche Abklärung bei unklarer medizinischer (insb. neurologischer) Situation wurden ebenfalls als kritisch erachtet. In vielen Fällen werden seitens der Leistungserbringer keine Verbesserungspotenziale erkannt bzw. abgeleitet.

2 Indikatorergebnisse in 2 Krankenhausstandorten wurden mit „A99“ bewertet, da zum einen zwar Verbesserungsmaßnahmen seitens des Leistungserbringers eingeleitet wurden, das Risikoprofil der Patientin bzw. des Patienten aber als überhöht eingeschätzt wird sowie die Ursachen und Zusammenhänge der Komplikationen teilweise nur lückenhaft dargestellt sind. Zum anderen bleiben in einem weiteren Fall bei sehr hohem präoperativen Risikoprofil des Patientenkollektivs Fragen im prä- und postoperativen Verlauf bezüglich der ausreichenden Diagnostik und Intervention offen.

Aufgrund unvollzähliger oder falscher Dokumentation wurde ein Krankenhausstandort in zwei Indikatorergebnissen mit „D50“ bewertet und in einem Qualitätsindikator der Hinweis gegeben, die ausführliche, aktuell gültige Sepsis-Definition (International Consensus Definitions) zu beachten. Bezüglich der in den letzten Jahren aufgetretenen ungelösten Kodierproblematik von temporären Herzunterstützungssystemen, die laut Angabe der Leistungserbringer aufgrund eines komplexeren Implantationsvorgangs als beispielsweise bei der Implantation von VA-ECMO-Systemen als permanente Herzunterstützungssysteme kodiert wurden und damit eine QS-Dokumentation ausgelöst haben, sind in diesem Strukturierten Dialog keine Probleme erkennbar.

17 Indikatorergebnisse in 13 Krankenhausstandorten wurden als qualitativ unauffällig bewertet. In einigen Fällen wurden den Leistungserbringern aber dennoch Hinweise zu möglichen Verbesserungspotenzialen gegeben bzw. die als kritisch erachteten Sachverhalte zurückgemeldet. So wurde u. a. bei vorliegendem hohem Risikoprofil (bspw. Risikofaktoren, Vorerkrankungen, hohes Alter) auf eine kritische Überprüfung der Indikationsstellung hingewiesen. Daneben wurden Hinweise sowohl zur Anwendung der aktuell gültigen Sepsis-Definition, zu offengebliebenen Fragen hinsichtlich des infektiologischen Managements als auch bezüglich der fachlich ausreichenden Detailgenauigkeit von SOPs gegeben.

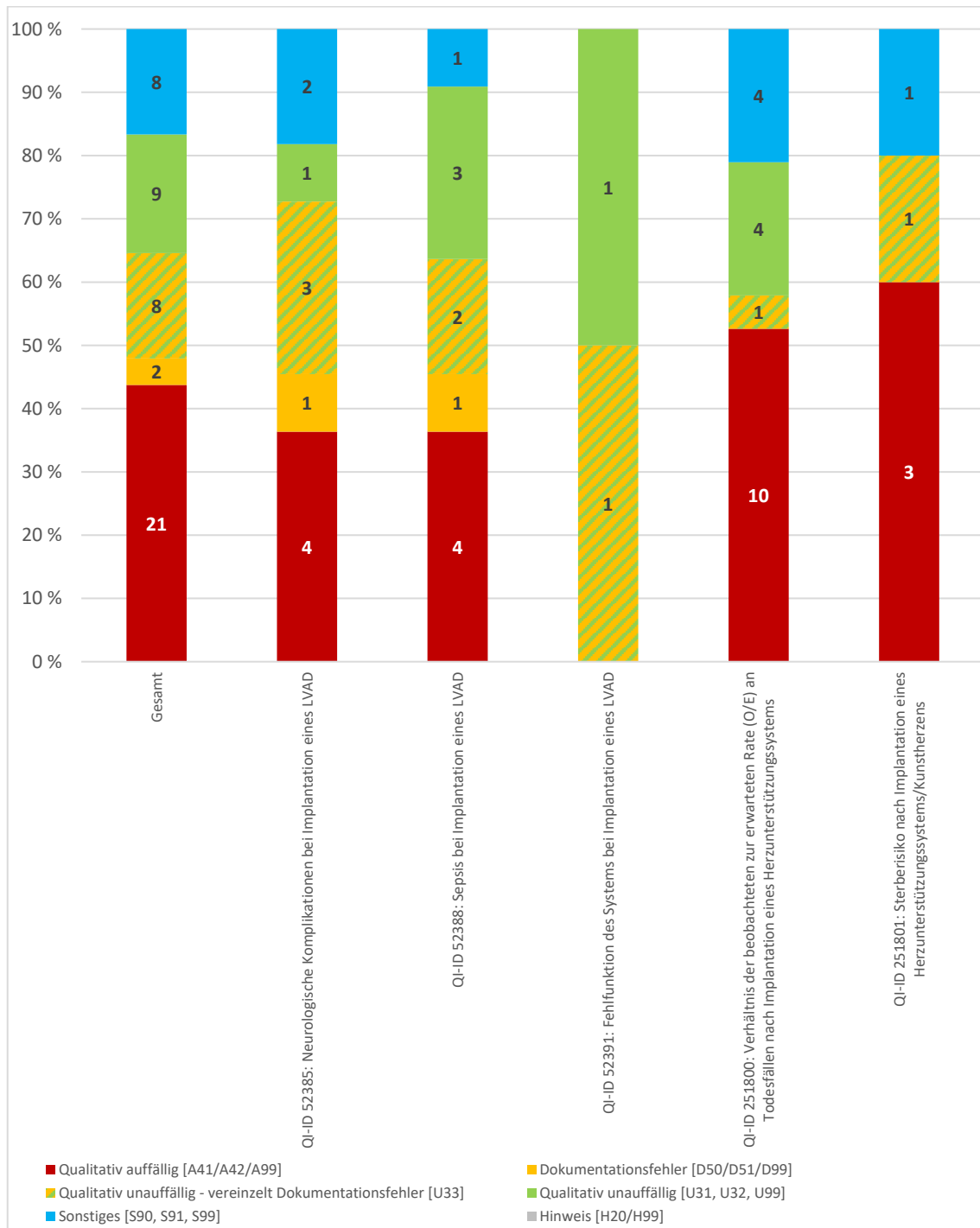


Abbildung 28: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Im QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* kam es in 11 Krankenhausstandorten zu 34 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen.

10 Indikatorergebnisse in 4 Krankenhausstandorten wurden qualitativ auffällig bewertet. In 4 Fällen (ein Krankenhausstandort) kam es zu Anonymisierungsverstößen, weshalb mit „A42“ bewertet werden musste. Da sich dieser Krankenhausstandort in einer Zielvereinbarung befindet, wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs die entsprechenden Stellungnahmen in vollständig anonymisierter Form nachgefordert, damit eine fachlich-inhaltliche Einschätzung möglich wird. 3 Krankenhausstandorte, darunter auch der eben beschriebene, wurden in jeweils einem Qualitätsindikator mit „A41“ bewertet. Die Gründe hierfür sind vielfältig und liegen u. a. sowohl in der mangelnden Aufteilung der Verantwortlichkeiten im Evaluations- als auch Nachsorgeprozess, der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie den unklaren Ableitungen aus (Re-)Evaluationsuntersuchungen. Ferner wurden Hinweise auf ein zu hohes Risikoprofil der Empfängerpatientinnen und -patienten und ein inadäquates Empfänger-Spender-Matching gesehen. Äußerst kritisch wurde zudem die Indikationsstellung bzw. Listungsentscheidung bei fehlenden Listungsuntersuchungen gesehen, insbesondere da bei Höchstisikokonstellation ein entsprechend komplexes perioperatives und interdisziplinäres Management sowie entsprechende Strukturen vorausgesetzt werden müssen. Außerdem werden im Hygiene- und Infektionsmanagement sowie im intensiv- bzw. anästhesiologischen Management Kritikpunkte gesehen.

3 Qualitätsindikatoren eines Krankenhausstandortes wurden mit „A99“ bewertet, da qualitative Mängel hinsichtlich der psychosozialen Evaluation präoperativ, des Hygiene- und antiinfektiven Konzeptes sowie der Strukturen und Prozesse ersichtlich wurden. Der Krankenhausstandort hat das Transplantationsprogramm pausiert. Das IQTIG hat um Mitteilung bei Wiederaufnahme gebeten.

Aufgrund unvollzähliger oder falscher Dokumentation wurde ein Krankenhausstandort in einem Indikatorergebnis mit „D50“ bewertet.

Der überwiegende Anteil der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurde mit „S99“ bewertet (21/34; 61,8 % aller Indikatorergebnisse), da entweder der Fall bzw. die Fälle in einem anderen Qualitätsindikator oder in dem Vorjahr bzw. den Vorjahren vollständig oder zu einem überwiegenden Teil evaluiert wurde(n) (20/21; 95,2 %) oder es durch einen neu hinzugekommenen Fall zu einem Dokumentationsfehler kam (1/21; 4,8 %). Die Bewertungen verteilten sich auf 10 Krankenhausstandorte.

Bezüglich der Zielvereinbarung des oben bereits dargestellten Leistungserbringers mit dem Ziel der rechnerischen Unauffälligkeit in den Erfassungsjahren 2018 und 2019 berät das IQTIG mit den Mitgliedern der Bundesfachgruppe das weitere Vorgehen.

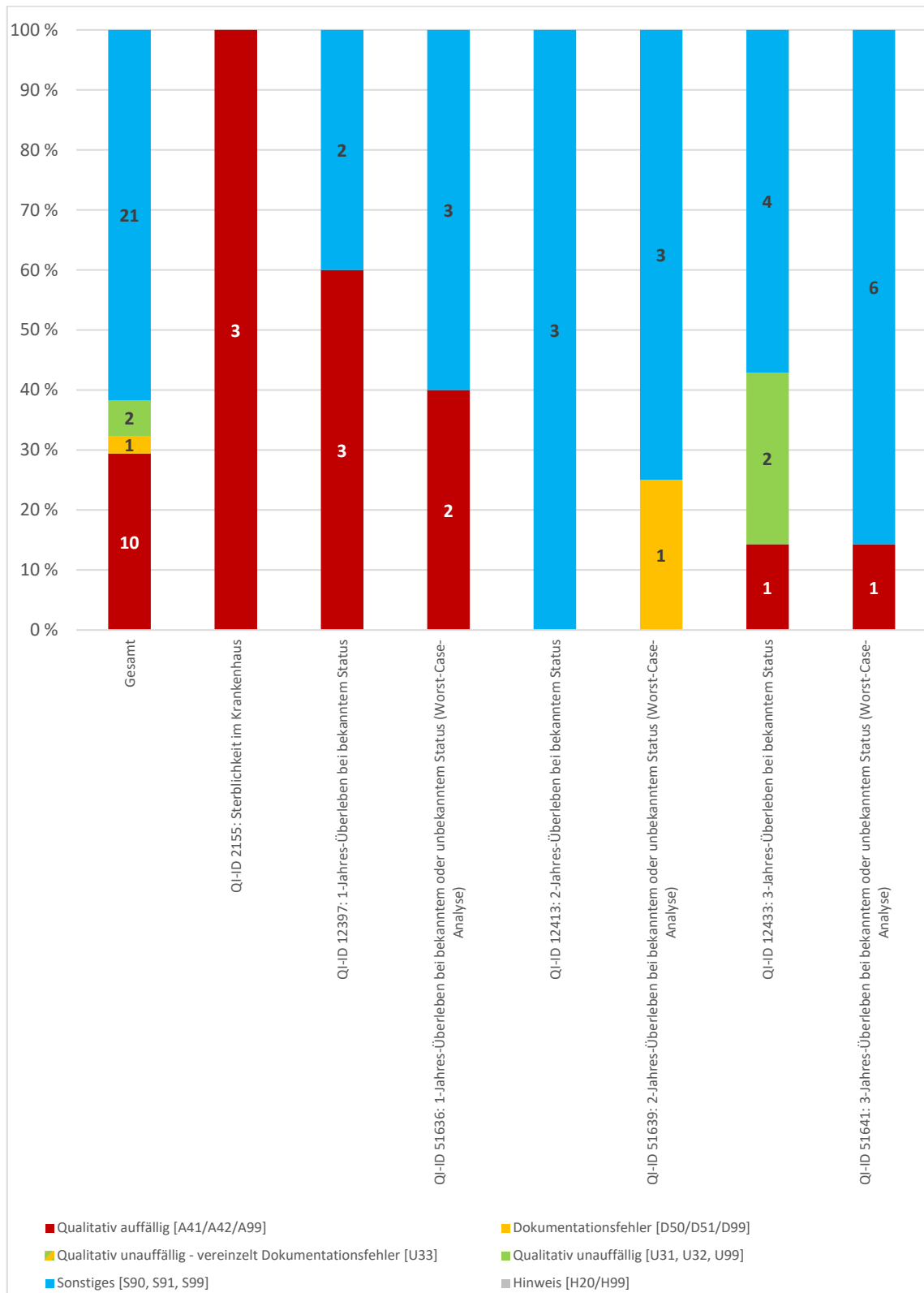


Abbildung 29: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation

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

Lebertransplantation

Im QS-Verfahren der Lebertransplantation kam es zu 27 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen, verteilt auf 12 Krankenhausstandorte.

Insgesamt wurden zunächst 9 Indikatorergebnisse von 6 Krankenhausstandorten als qualitativ auffällig bewertet, darunter 2 Indikatorergebnisse von 2 Krankenhausstandorten mit „A42“ wegen der unzureichenden fachlichen Plausibilität der Stellungnahme. Zusätzlich wurden zu diesen Ergebnissen unterschiedliche Kritikpunkte angemerkt, u. a. die nicht plausible und ursachenorientierte Darlegung der Ursachen (Komplikationen) für die verlängerte postoperative Verweildauer. Auch zeitliche Abläufe sowie klinische Details blieben offen und die Indikationsstellung sowie ggf. die Akzeptanz marginaler Organe sollten kritisch überprüft werden. Zudem wurden keine abgeleiteten Maßnahmen beschrieben. Verbesserungspotenziale werden außerdem im Bereich Immunsuppression und Infektionsgeschehen gesehen.

5 Indikatorergebnisse aus 4 Krankenhausstandorten wurden mit „A41“ bewertet. Gründe hierfür waren u. a. ein verbesserungswürdiges Spender-Empfänger-Matching mit Berücksichtigung der Spenderorganrisiken sowie Optimierungspotenziale bei der Indikationsstellung, im Evaluationsprozess und Monitoring, insbesondere der ausreichenden Berücksichtigung von Risikofaktoren, der Compliance und des neurologischen Status der Patientinnen und Patienten. Zudem deuteten Komplikationen auf chirurgische Defizite hin, die dann zu weiteren Folgekomplikationen, wie bspw. Infektionen, führen. Ebenfalls wurden die Interdisziplinarität sowie die Definition von Verantwortlichkeiten und standardisierten Prozessen für Behandlungsabschnitte inkl. der präoperativen Planung, bspw. als SOPs, als verbesserungswürdig angesehen.

2 Indikatorergebnisse aus 2 Krankenhausstandorten wurden mit „A99“ bewertet. Einer der Krankenhausstandorte hat bereits Verbesserungspotenzial abgeleitet, weitere Hinweise zu Optimierungspotenzialen wurden gegeben. Gründe für die qualitativ auffälligen Bewertungen waren u. a. das Erfordernis der Intensivierung der präoperativen Evaluation von Risikofaktoren und der präoperativen psychologischen bzw. neurologischen Status der Patientinnen bzw. Patienten mit Berücksichtigung dieser bei der Indikationsstellung sowie Mängel in den Prozessen.

Ein Krankenhausstandort befindet sich derzeit noch in einer Zielvereinbarung aus dem EJ 2016. Die Zielstellung war eine qualitative Unauffälligkeit im Indikator „Postoperative Verweildauer“ (ID 2133) in den Erfassungsjahren 2018 und 2019. Dieser Indikator wurde in diesem Strukturierten Dialog das vierte Mal in Folge als qualitativ auffällig bewertet. Zudem wird ein weiterer Qualitätsindikator dieses Krankenhausstandortes nach dem letzten Strukturierten Dialog erneut qualitativ auffällig bewertet. Das IQTIG berät mit den Mitgliedern der Bundesfachgruppe das weitere Vorgehen.

Ein weiterer, mit „A42“ in einem Qualitätsindikator qualitativ auffällig bewerteter Krankenhausstandort befindet sich derzeit in einer Zielvereinbarung zu 4 Qualitätsindikatoren aus dem Erfassungsjahr 2017, u. a. auch zu einem in diesem Jahr mit „A42“ bewerteten. Als Ziel wurde die qualitative Unauffälligkeit im Erfassungsjahr 2019 formuliert. Das IQTIG berät auch hier mit den Mitgliedern der Bundesfachgruppe das weitere Vorgehen.

Mit 2 Krankenhausstandorten wurden kollegiale Gespräche zu insgesamt 4 Qualitätsindikatoren geführt. Bei einem Krankenhausstandort wurden zielführende qualitätsfördernde Optimierungen in Strukturen und Prozessen erkannt sowie Sachverhalte, die bisher keine eindeutige Beurteilung der Qualitätssituation durch das IQTIG zuließen, durch die anwesenden Krankenhausvertreter nachvollziehbar erläutert, sodass für den betrachteten Qualitätsindikator auf den Abschluss einer Zielvereinbarung verzichtet wurde. Bei dem anderen Krankenhausstandort wurden Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Interdisziplinarität, der (Risiko-)Evaluation und der Berücksichtigung dieser bei Leistung sowie der Nachsorgestruktur gesehen, sodass mit dem Krankenhausstandort zu den 3 auffälligen Qualitätsindikatoren eine Zielvereinbarung mit besprochenen Verbesserungsmaßnahmen abgeschlossen wird.

11 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse wurde mit „S99“ bewertet, da entweder der Fall bzw. die Fälle in einem anderen Qualitätsindikator oder in dem Vorjahr bzw. den Vorjahren vollständig oder zu einem überwiegenden Teil evaluiert wurde(n) (10/11; 90,9 %) oder es durch einen neu hinzugekommenen Fall zu einem Dokumentationsfehler kam (1/11; 9,1 %). Die Bewertungen verteilten sich auf 10 Krankenhausstandorte.

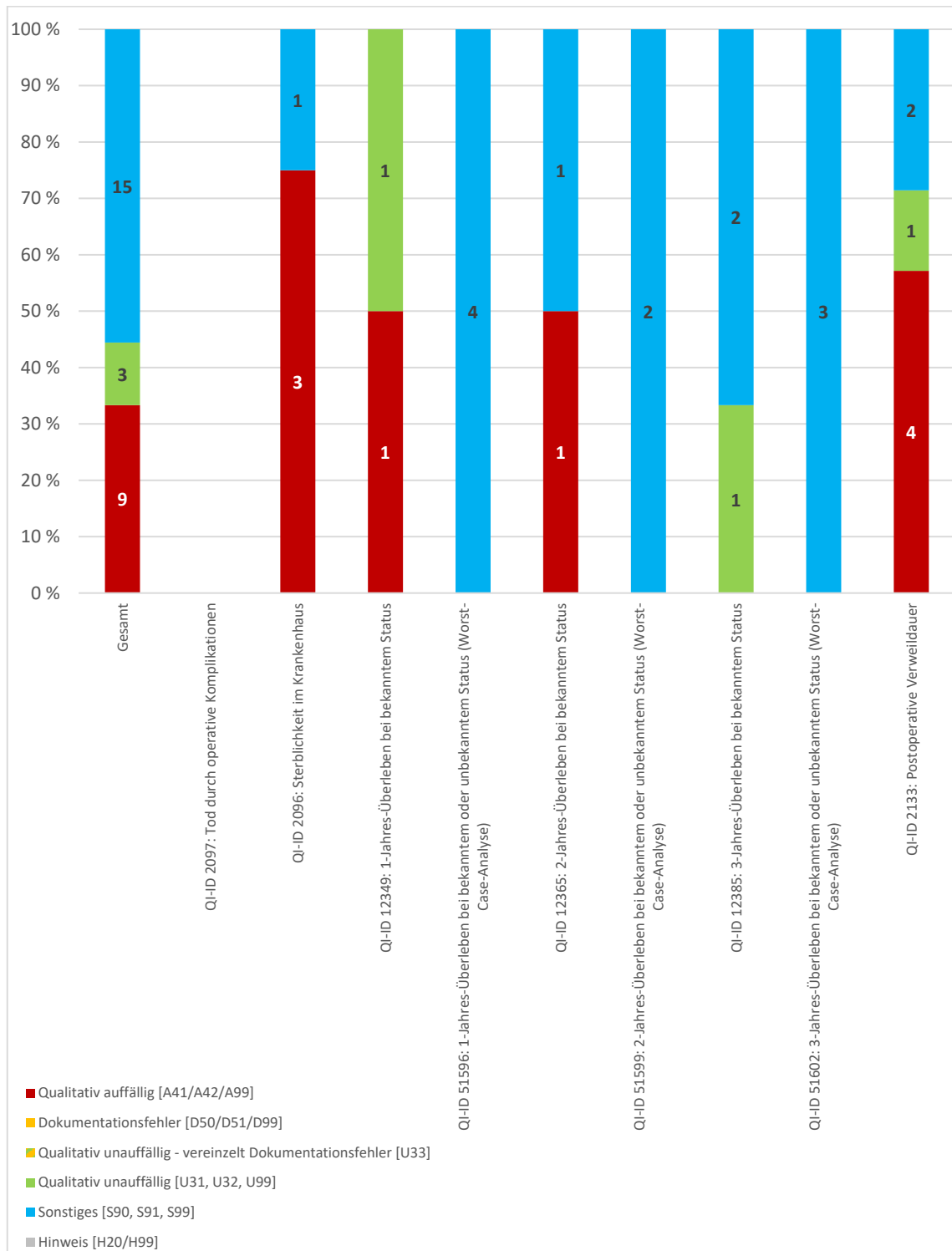


Abbildung 30: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lebertransplantation

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

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

Leberlebenspende

Im Erfassungsjahr 2019 mussten im Leistungsbereich *Leberlebenspende* 7 Krankenhausstandorte zu 8 Indikatorergebnissen Stellung nehmen.

Ein Indikatorergebnis eines Krankenhausstandortes, mit dem im vergangenen Strukturierten Dialog ein kollegiales Gespräch geführt wurde, musste in diesem Strukturierten Dialog erneut qualitativ auffällig bewertet werden, da keine vollständige Aufklärung der Auffälligkeiten seitens des Leistungserbringers erfolgen konnte. Das Ziel der Zielvereinbarung, die qualitative Unauffälligkeit der Worst-Case-Indikatoren des Follow-ups, bezieht sich auf das Erfassungsjahr 2020.

In einem Fall kam es zu einem Dokumentationsfehler und das Indikatorergebnis wurde entsprechend mit „D50“ bewertet.

Ein Krankenhausstandort, bei dem ein Indikatorergebnis nach Präzisierung im vergangenen Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig aufgrund qualitativer Mängel hinsichtlich des präoperativen Managements bewertet werden musste, wurde in diesem Strukturierten Dialog mit qualitativ unauffällig bewertet, da sich das Ergebnis durch Einzelfälle erklären ließ.

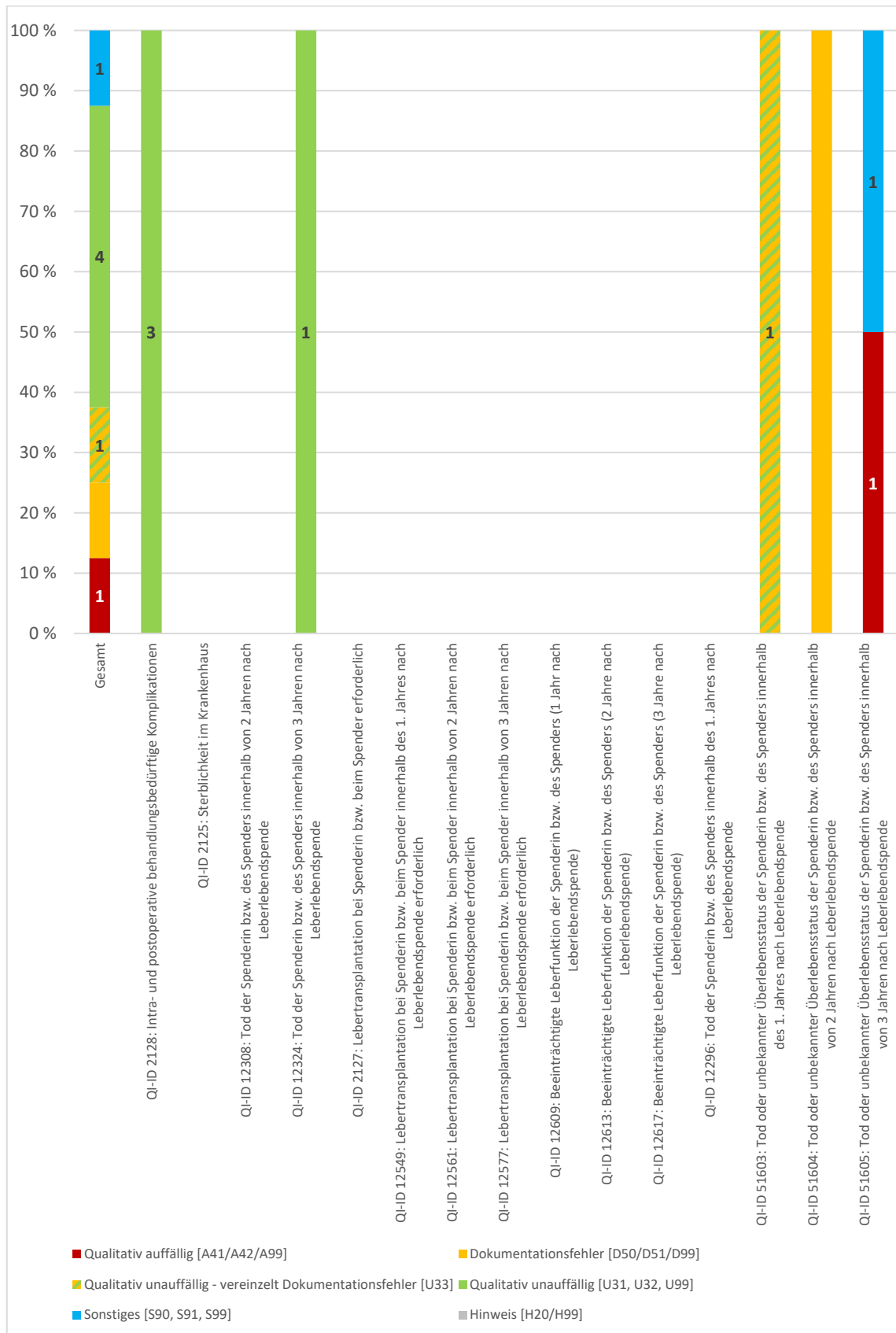


Abbildung 31: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Leberlebendspende

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

Nierentransplantation

Zu dem QS-Verfahren *Nierentransplantation* zeigten sich für 17 Krankenhausstandorte bei 35 Indikatorergebnissen rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Insgesamt wurden zunächst 11 von 35 Indikatorergebnissen als qualitativ auffällig bewertet, 2 Krankenhausstandorte zu 3 Indikatorergebnissen aufgrund unzureichender fachlicher Plausibilität der Stellungnahmen (n = 2) oder Anonymisierungsverstößen mit „A42“. 4 Indikatorergebnisse in 3 Krankenhausstandorten wurden aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln mit „A41“ bewertet. Gründe hierfür sind u. a. die Akzeptanz von zu hohen Risikoprofilen, verbesserungswürdige Evaluationsprozesse und die entsprechende Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse bei der Indikationsstellung, eine zu hohe Anzahl an aufgetretenen Komplikationen, fehlende ursachengerechte bzw. zielorientierte Aufarbeitungen der Fälle, um Verbesserungspotenziale erkennen zu können oder ein erheblich verbesserungswürdiges perioperatives Notfallmanagement und -monitoring. Eine Bewertung mit „A99“ und entsprechende Hinweise bzgl. Verbesserungspotenzialen, sowohl fachlich als auch QS-spezifisch, erhielten 3 Krankenhausstandorte zu 4 Qualitätsindikatoren. Gründe für die qualitative Auffälligkeit waren Managementprobleme der klinischen Situation, chirurgisch-technische Ursachen inkl. zu hinterfragender Einhaltung von operativen und perioperativen Standards, kritisch erachtete Hochrisikokonstellationen der Empfängerinnen bzw. Empfänger oder Hinweise auf ein verbesserungswürdiges postoperatives Management hinsichtlich Strukturen und Verantwortlichkeiten inkl. kritischer Überprüfungen des immunsuppressiven Managements.

Ein Krankenhausstandort, der in mehreren Qualitätsindikatoren qualitativ auffällig bewertet werden musste, wurde in einem dieser Qualitätsindikatoren erneut qualitativ auffällig bewertet. Mit diesem wurden bereits umfangreiche qualitätssichernde und -fördernde Maßnahmen durchgeführt. Eine abschließende Bewertung der Qualitätssituation wird noch in diesem Jahr erfolgen.

Mit insgesamt 4 Krankenhausstandorten zu 8 Indikatorergebnissen wurden kollegiale Gespräche geführt, darunter mit einem Krankenhausstandort, dessen ausstehendes kollegiales Gespräch aus dem Erfassungsjahr 2018 nachgeholt wurde. Die Ergebnisse dieses Standortes sind nicht in den Tabellen enthalten. Während bei 6 dieser Indikatorergebnisse aus 4 Krankenhausstandorten Struktur- und Prozessauffälligkeiten erkannt wurden, zeigte sich in einem dieser Standorte zudem für 2 Qualitätsindikatoren eine mangelhafte Dokumentationsqualität in den Follow-up-Erhebungen. Mit 2 Krankenhausstandorten wird zu 4 Qualitätsindikatoren eine Zielvereinbarung geschlossen, da in einem Fall zwar positiv wahrgenommen wurde, dass bereits Maßnahmen in Bezug auf eine verbesserte Dokumentationsqualität unternommen wurden, allerdings im Rahmen des Gespräches weitere Qualitätsdefizite hinsichtlich Strukturen und Prozessen erkannt wurden. Zudem wurde eine kritischere Prüfung der Indikationsstellung empfohlen, insbesondere für die Abklärung der prä- und postoperativen kardiovaskulären Risiken. Mit dem anderen Krankenhausstandort wurde eine unterstützende Zielvereinbarung zu einem Qualitätsindikator aus dem Erfassungsjahr 2018 geschlossen, da im Rahmen des aus dem letzten Strukturierten Dialog nachgeholt kollegialen Gesprächs gemeinsam Qualitätsmängel in Bezug auf Strukturen

und Prozesse zum damaligen Zeitpunkt gesehen wurden. Auch hier wurde erkanntes Verbesserungspotenzial durch den Leistungserbringer abgeleitet und es wurden umfangreiche Maßnahmen initiiert, die zu einer Verbesserung der Qualitätssituation führen sollen und vom IQTIG sowie der Bundesfachgruppe als zielführend angesehen wurden. Die 2 anderen Krankenhausstandorte erhalten zu 4 weiteren Qualitätsindikatoren eine unterstützende dezidierte Rückmeldung der erkannten Verbesserungspotenziale. Mit einem weiteren Krankenhausstandort konnte zu 2 Qualitätsindikatoren noch kein kollegiales Gespräch geführt werden.

Ebenso sind 2 Begehungen zu 6 Qualitätsindikatoren ausstehend. Bei einem Krankenhausstandort, mit dem bereits eine Zielvereinbarung nach stattgefundenem kollegialen Gespräch im SD 2019 geschlossen wurde, wurden erneut Hinweise auf ein zu hohes kardiales Risiko, operative-technische Mängel und Verbesserungspotenziale im intensivmedizinischen Management gesehen. Zudem war nicht in allen Fällen die Indikationsstellung nachzuvollziehen, da zum Teil das präoperative Risiko gegenüber dem Nutzen der Transplantation als zu hoch erachtet wurde. Auch das Spender(organo)-Empfänger-Matching erscheint in einigen Fällen verbesserungswürdig. Da das IQTIG im Konsens mit der Bundesfachgruppe hier Handlungsbedarf sieht, wurde eine Begehung als weitere qualitätssichernde Maßnahme als erforderlich angesehen. Bei dem anderen Krankenhausstandort wird die Begehung aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln mindestens bei der QS-Dokumentation durchgeführt. Weitere Struktur- und Prozessmängel können aufgrund der knappen Stellungnahme nicht ausgeschlossen werden. Bei diesem Krankenhausstandort wird ebenfalls eine Begehung zum Auswertungsmodul Nierenlebendspende durchgeführt.

Bei zunächst 4 qualitativ unauffälligen Indikatorergebnissen wurden 2 Ergebnisse mit „U99“ bewertet, da den Krankenhausstandorten Hinweise zu möglichen Verbesserungspotenzialen hinsichtlich der klinischen Behandlung gegeben wurden.

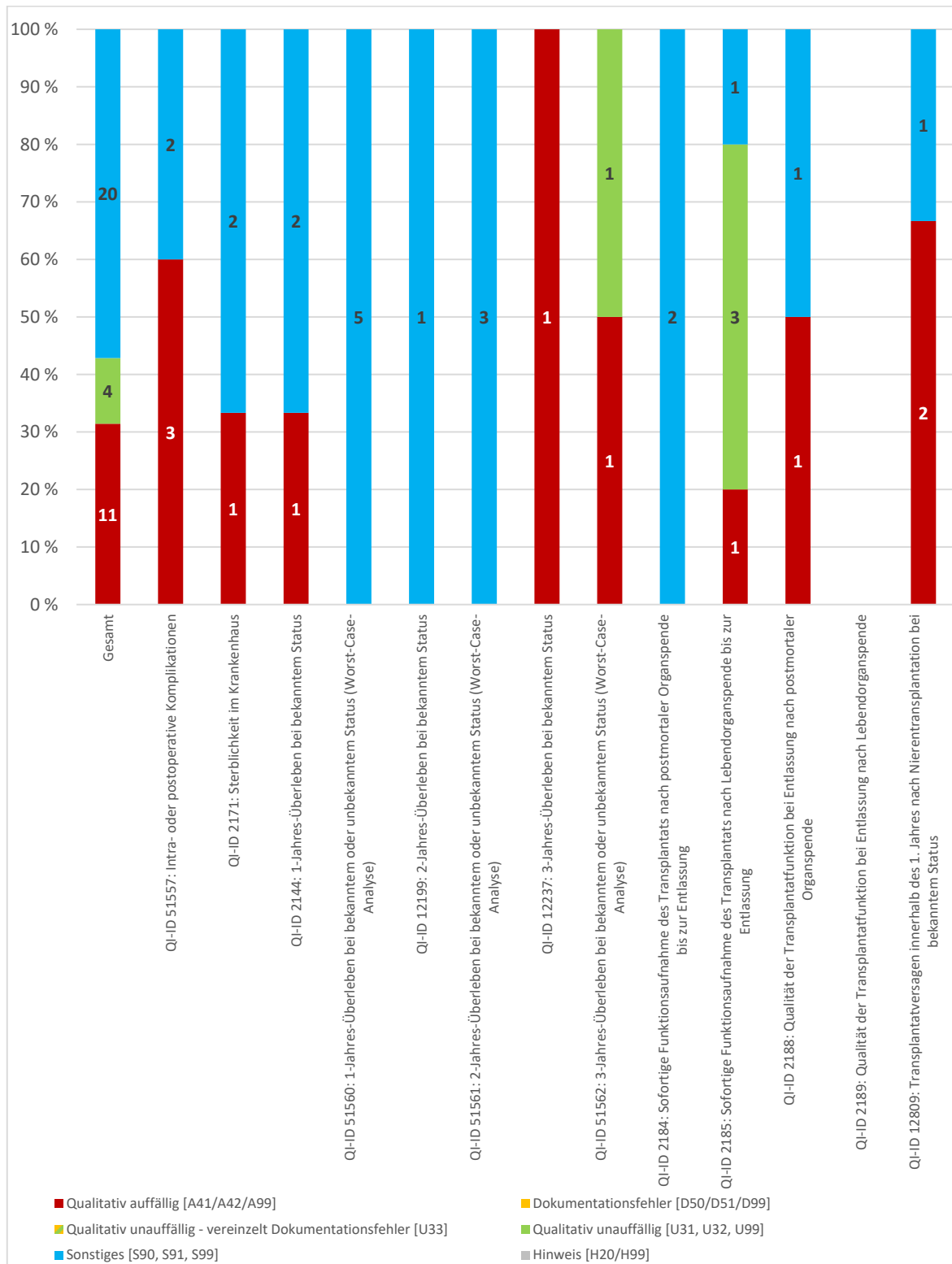


Abbildung 32: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierentransplantation

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

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

Nierenlebenspende

Im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* wurden 19 Krankenhausstandorte mit 39 Indikatorergebnissen rechnerisch auffällig.

Mit einem Krankenhausstandort wird eine Begehung zu insgesamt 5 Qualitätsindikatoren aufgrund der erkannten und bestehenden Mängel in der Nachsorgesituation, hinsichtlich der QS-Compliance sowie einer mangelhaften Aufarbeitung der Fälle durchgeführt. Mit diesem Krankenhausstandort wurde bereits zum EJ 2017 ein kollegiales Gespräch zu einem Indikator geführt, der jetzt erneut auffällig wurde. Es erfolgte zum damaligen Zeitpunkt bereits der Abschluss einer Zielvereinbarung mit dem Ziel der qualitativen Unauffälligkeit in diesem Indikator. Folgerichtig wird als nächste Maßnahme die Begehung durchgeführt.

Insgesamt wurden zunächst 10 von 39 Indikatorergebnissen als qualitativ auffällig bewertet, 5 Krankenhausstandorte zu 7 Indikatorergebnissen aufgrund unzureichender fachlicher Plausibilität der Stellungnahmen (n = 4) oder Anonymisierungsverstößen mit „A42“.

3 Krankenhausstandorte wurden zu 3 Indikatorergebnissen mit „A99“ bewertet. In einem Fall wurde vonseiten des Krankenhausstandortes Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Dokumentationsqualität erkannt und abgeleitet, die Anforderungen an die Stellungnahme wurden aber nicht erfüllt. In den beiden anderen Fällen fielen zum einen eine sehr grenzwertige Indikationsstellung zur Nierenlebenspende hinsichtlich der Risiken für die Nierenlebenspenderin bzw. den Nierenlebenspender auf sowie zum anderen eine verbesserungswürdige (Re-)Evaluation bei auffälligen Laborbefunden bzw. hinsichtlich der kardialen Situation, insbesondere bei Patientinnen bzw. Patienten in hohem Alter und mit erhöhtem Risiko für kardiovaskuläre Vorerkrankungen. In allen Fällen erhielten die Krankenhausstandorte eine Rückmeldung zum erkannten Verbesserungspotenzial.

3 Indikatorergebnisse in 3 Krankenhausstandorten wurden mit „U99“ bewertet. Den Leistungserbringern wurden Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Berücksichtigung von Risikofaktoren sowie der ggf. resultierenden Folgen für die Indikationsstellung mitgeteilt oder es wurde eine aktivere Nachsorgebemühung empfohlen. Zudem wurde auf die vollständige Erfüllung der Stellungnahmeanforderungen hingewiesen.

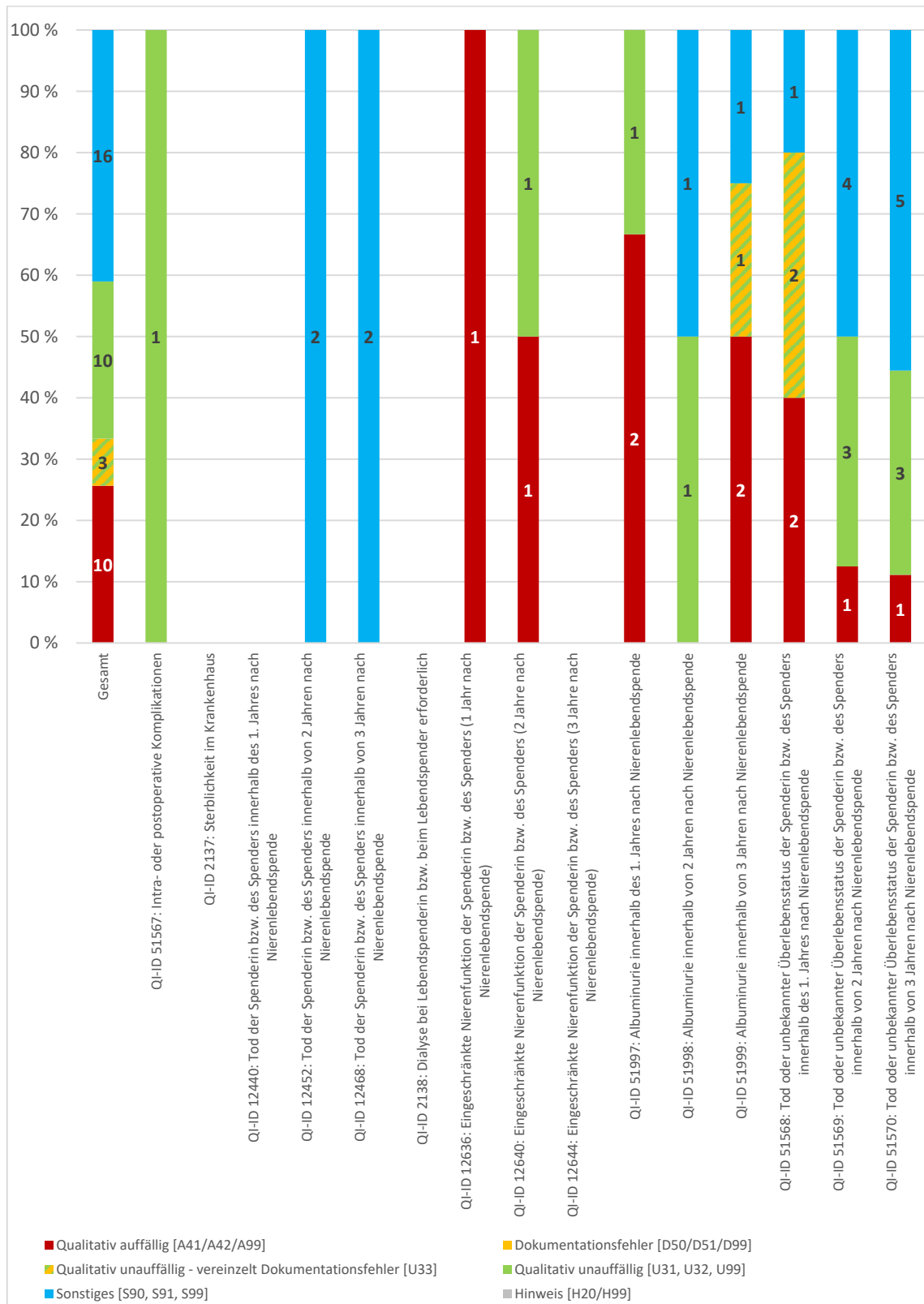


Abbildung 33: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierenlebenspende

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

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Im QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* wurden insgesamt 54 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, die sich auf 18 Krankenhausstandorte verteilten.

Qualitativ auffällig wurden zunächst 4 Krankenhausstandorte mit 5 Indikatorergebnissen bewertet. Während 3 Stellungnahmen bei 2 Krankenhausstandorten aufgrund unzureichender fachlicher Plausibilität mit „A42“ bewertet wurden, wurde ein Fall aufgrund einer kritischen Indikationsstellung, insbesondere hinsichtlich bestehender Risikofaktoren, mit „A41“ bewertet. Bei einem weiteren Krankenhausstandort wurde zu einem Indikatorergebnis eine kritische Spenderorganselektion erkannt, was zu entsprechenden Folgekomplikationen führte. Eine Überprüfung des postoperativen Managements bei Verwendung marginaler Organe wurde dem Krankenhausstandort empfohlen. Positiv wurde wahrgenommen, dass der Leistungserbringer bereits Maßnahmen zur Re-Evaluation der Akzeptanzkriterien abgeleitet hat.

Mit einem Krankenhausstandort wurde zu 2 Indikatorergebnissen ein kollegiales Gespräch geführt (kollegiales Gespräch fand ebenso im QS-Verfahren *Nierentransplantation* statt). Es wurden zielführende qualitätsfördernde Optimierungen in Strukturen und Prozessen erkannt, sodass auf den Abschluss einer Zielvereinbarung verzichtet wurde. Mit 2 weiteren Krankenhausstandorten zu 4 Indikatorergebnissen ist ein kollegiales Gespräch noch ausstehend.

2 Krankenhausstandorten wurden zu 2 Indikatorergebnissen Hinweise zu Verbesserungspotenzialen gegeben und die Indikatorergebnisse mit „U99“ bewertet. Zum einen wurde auf einen frühzeitigeren Interventionsbedarf zur Vermeidung weiterer Komplikationen hingewiesen, zum anderen auf eine ggf. förderliche stärkere Anbindung von vorbelasteten Patientinnen und Patienten sowie kürzere Re-Evaluationsintervalle.

Der überwiegende Anteil der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurde mit „S99“ bewertet (40/54; 74,1 % aller Indikatorergebnisse), da entweder der Fall bzw. die Fälle in einem anderen Qualitätsindikator oder in dem Vorjahr bzw. den Vorjahren evaluiert wurde(n). Die Bewertungen verteilten sich auf 14 Krankenhausstandorte.

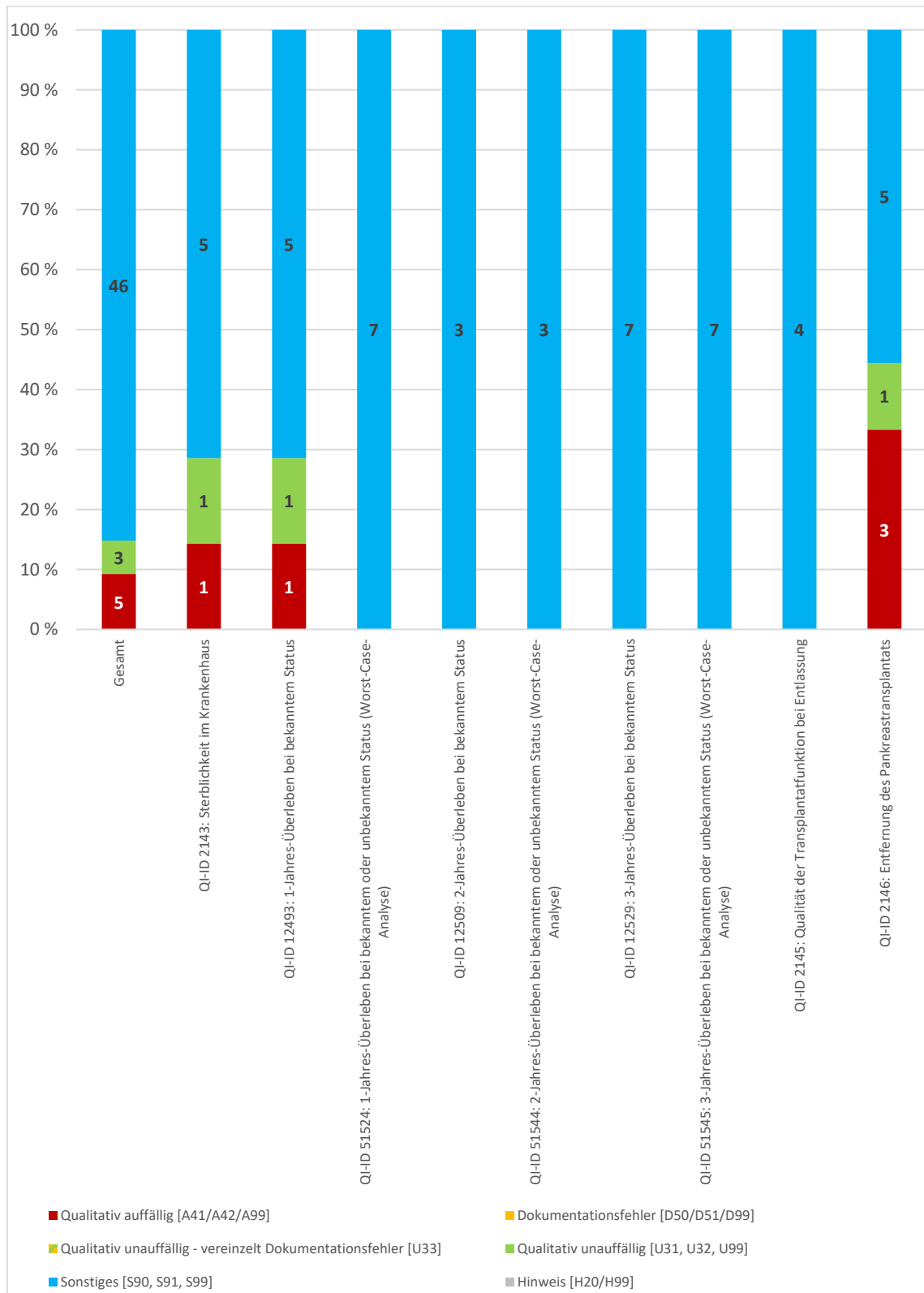


Abbildung 34: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

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

5.2.6 Gynäkologie

Martina Dost, Dr. Susanne Nolte

■ QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*

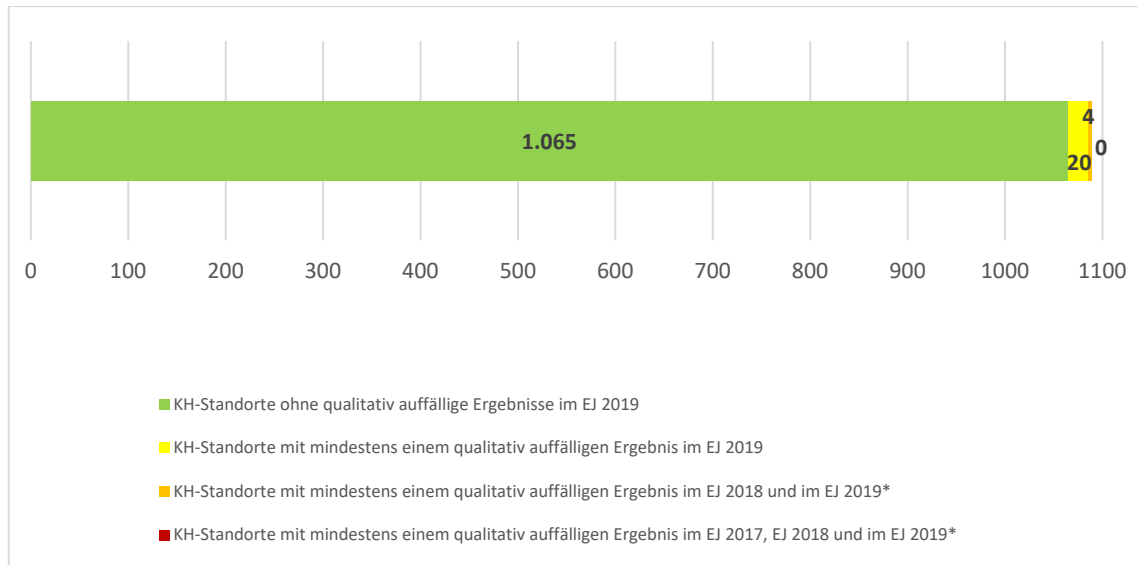


Abbildung 35: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Vom Erfassungsjahr 2018 zum Erfassungsjahr 2019 wurden im Rahmen der Verfahrenspflege keine neuen Qualitätsindikatoren eingeführt oder gestrichen, sodass dieselben Qualitätsindikatoren wie im Vorjahr im Strukturierten Dialog bearbeitet wurden. Im Erfassungsjahr 2019 wurden 699 von insgesamt 6.446 Indikatorergebnissen rechnerisch auffällig, dies entspricht einem Anteil von 10,8 %. Die reine Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse hat sich im Vergleich zu den Vorjahren verringert (2018: 786; 2017: 922; 2016: 941). Auch der Anteil ist im Vergleich zu den Vorjahren verringert (2018: 11,9 %; 2017: 13,2 %; 2016 12,9 %).

Im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen* wurden von insgesamt 1.089 Krankenhausstandorten 24 mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis bewertet. Bei 4 dieser Standorte gab es bereits im Vorjahr qualitativ auffällige Ergebnisse. Nur bei 2 Standorten handelte es sich auch um den gleichen Qualitätsindikator. Bei keinem Standort bestand eine qualitative Auffälligkeit dann auch schon im Vorvorjahr. Insgesamt wurde bei 26 Indikatorergebnissen die Bewertung „qualitativ auffällig“ vergeben. Dies entspricht einem Anteil an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen von 3,7 %, im Vorjahr waren dies 6,5 %. Ob diese Abnahme mit einer geänderten Durchführung des Strukturierten Dialogs aufgrund der COVID-19-Pandemie zusammenhängt oder mit einer verbesserten Versorgungslage, kann nicht beantwortet werden, wird aber bei der Betrachtung der Ergebnisse im Folgejahr berücksichtigt werden.

Bei 699 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde 3-mal auf eine Maßnahme verzichtet. Hier wurde jeweils ein Standort oder eine Abteilung geschlossen. In 32,5 % der Fälle wurde nur mit einem Hinweis auf das rechnerisch auffällige Ergebnis reagiert. Die meisten Hinweise (knapp 60 %) entfielen auf die ID 612 („Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre“) und ID 60686 („Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“), die wenigsten Hinweise (7 %) auf den ID 60685 („Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“). Sehr unterschiedlich fällt auch der Vergleich der Bundesländer aus. Hier liegt die Spanne zwischen 0 und 56,5 %. Weitere Informationen über die Hintergründe liegen nicht vor. Auf Begehungen und kollegiale Gespräche wurde im Dialogjahr 2020 verzichtet. Da im Vorjahr 11 Gespräche geführt wurden, kann hier die COVID-19-Pandemie als Ursache vermutet werden. Zielvereinbarungen wurden im Ergebnis von 14 Strukturierten Dialogen abgeschlossen, davon 6 nach qualitativ auffälliger Bewertung. Weiterhin wurden nach qualitativ auffälliger Bewertung 9-mal Maßnahmen empfohlen, in weiteren 5 Fällen hatte der Krankenhausstandort bereits Maßnahmen ergriffen und bei einem Standort war das Problem nachweislich behoben. Bei 3 Standorten wurden mit „A99“ bewertet, hier wurden jeweils auch konkrete Handlungsempfehlungen gegeben. 48 rechnerisch auffällige Ergebnisse wurden mit „S99“ bewertet, dabei wurde die Bewertung in einem Bundesland 44-mal vergeben. Die Kommentare lassen die Bewertung nicht immer nachvollziehbar erscheinen, sondern hätten eine qualitativ unauffällige bzw. auffällige Bewertung erwarten lassen.

Betrachtet man die Ergebnisse in den einzelnen Qualitätsindikatoren (Abbildung 36), lässt sich insgesamt eine gute Versorgungssituation ableiten. Die als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse sind über die einzelnen QI ähnlich verteilt. 51,1 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig bewertet. Bei 51 Indikatorergebnissen (7,3 %) war eine Bewertung aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht möglich. Hier fällt auf, dass sich die Dokumentationsfehler auf lediglich 6 Bundesländer aufteilen.

Besonders der Sentinel-Event-Qualitätsindikator 60685 „Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ wurde im Strukturierten Dialog berücksichtigt. Hier kann festgestellt werden, dass von 938 Standorten bei 31,8 % (2018: 32,9 %, 2017:43,6 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt wurden. Insgesamt wurden 21 (7,0 %) Hinweise verschickt. Dies erfolgte in 3 Bundesländern. Warum bei einem Sentinel-Event-Indikator diese Maßnahme ergriffen wurde, ist nicht bekannt. Wie im Vorjahr ist nach dem Strukturierten Dialog die Anzahl der qualitativ unauffälligen Bewertungen mit 74,2 % (2018: 62,5 %; 2017: 59,2 %) besonders hoch. Begründet wurde dies seitens der Fachgruppen der LQS vor allem durch medizinisch begründete Einzelfälle (n = 162), Dokumentationsprobleme (n = 68) sowie eine besondere klinische Situation (n = 11) und sonstige Gründe (n = 28). Die Anzahl an qualitativ auffälligen Ergebnissen dieses Indikators

liegt bei 8 Standorten, dies entspricht in Bezug zu den rechnerisch auffälligen Bewertungen dieses Indikators 2,7 %. (2018: 6,9 %, 2017: 2,7%). Dies stellt zumindest im Vergleich zum Vorjahr eine deutliche Verbesserung dar.

Da zum EJ 2019 kein Stellungnahmeverfahren nach plan. QI-RL durchgeführt wurde, werden die planungsrelevanten Indikatoren im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* dargestellt.

Für den QI 51906 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ ergibt sich von 22 rechnerisch auffälligen Ergebnissen eine qualitativ auffällige Bewertung (2018: n = 3, 10 %, keine unzureichende Qualität). Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine geringfügige Verbesserung dar.

Für den QI 12874 „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung“ ergibt sich von 44 rechnerisch auffälligen Ergebnissen eine qualitativ auffällige Bewertung bei vier Standorten (2018: n = 2, 5,9 % unzureichende Qualität n = 5 71,4 %). Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine Verbesserung dar.

Für den QI 10211 „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ ergibt sich von 70 rechnerisch auffälligen Ergebnissen eine qualitativ auffällige Bewertung (2018: n = 11, 15,9 %, keine unzureichende Qualität). Auch dies stellt eine Verbesserung dar.

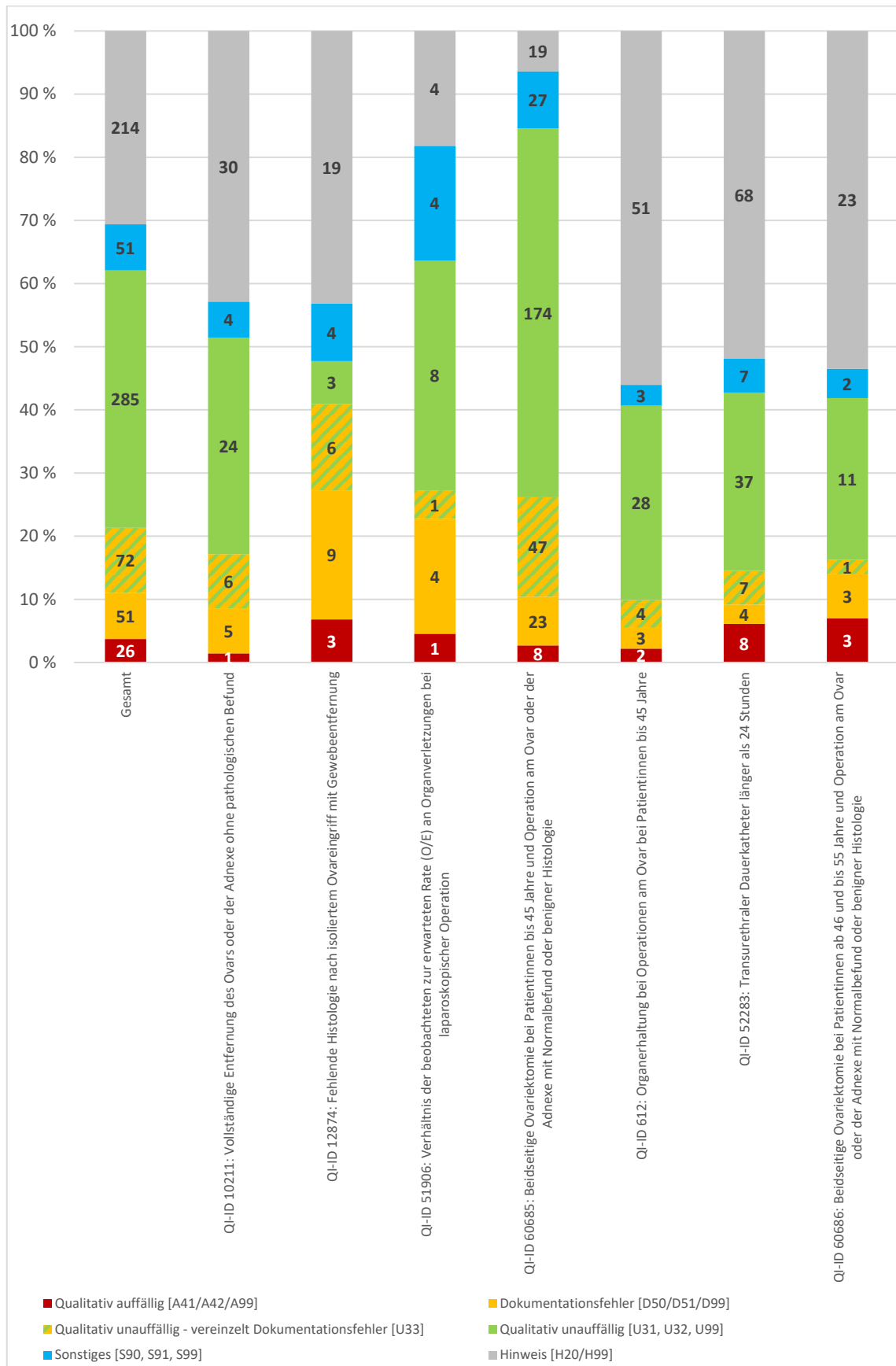


Abbildung 36: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen

5.2.7 Mammachirurgie

Dr. Susanne Nolte

■ QS-Verfahren Mammachirurgie

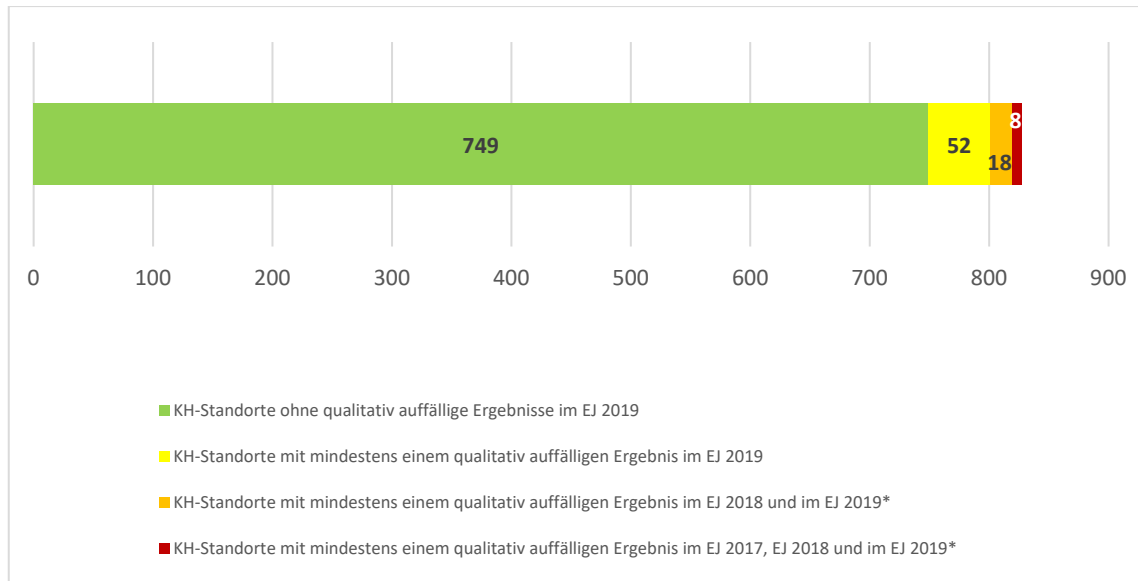


Abbildung 37: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Nach Durchführung des Strukturierten Dialogs wurde bundesweit im QS-Verfahren *Mammachirurgie* in 82 Fällen die Bewertung „qualitativ auffällig“ vergeben.

Den höchsten Anteil an allen Standorten mit qualitativ auffälligen Ergebnissen in diesem Verfahren hatte mit $n = 21$ (entsprechend 23,1 %) der Qualitätsindikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“, gefolgt vom Qualitätsindikator „Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ mit $n = 16$ (entsprechend 23,1 %).

Der Indikator 51370 „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ hatte im EJ 2018 einen Anteil von 20,6 % ($n = 18$) unter den qualitativ auffälligen Indikatoren aufgewiesen, im EJ 2019 waren es nur noch 4,9 % ($n = 4$).

ID 51846: „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“

Beim Indikator 51846 „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ gab es 2019 die meisten qualitativen Auffälligkeiten. Bundesweit wurden 21 Standorte als qualitativ auffällig bewertet, das entspricht 18 % der rechnerisch auffälligen und 3 % der beobachteten Standorte. Damit übersteigt die Anzahl der Standorte mit qualitativ auffälligen Ergebnissen den Wert von

2017 (n = 19), während es 2018 mit n = 12 bereits zu einer Verbesserung gekommen war. Bundesweit wurden nach einer Begehung und zwei kollegialen Gesprächen drei Zielvereinbarungen abgeschlossen.

ID 211800: „Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“

Der Indikator 211800 „Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ gehört mit 86 Standorten (von 675) zu denjenigen mit einer hohen Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten. Nach Anforderung von insgesamt 44 Stellungnahmen wurden 16 dieser Standorte als qualitativ auffällig bewertet, entsprechend 19 % der rechnerisch auffälligen und 2,4 % aller beobachteten Standorte. Es ist somit auch der Indikator mit der zweithöchsten Anzahl an qualitativen Auffälligkeiten.

Die Länder mit der höchsten Zahl von Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind Bayern (n = 21), Baden-Württemberg (n = 16), Nordrhein-Westfalen (n = 12) und Rheinland-Pfalz (n = 10). Die Anteile der als qualitativ auffällig bewerteten Standorte sind in diesen Ländern unterschiedlich hoch und rangieren zwischen 6 % und 38 % der Standorte mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen.

Mit zwei Standorten (in Nordrhein-Westfalen) wurden Zielvereinbarungen getroffen. Von den anderen Ländern wurden keine weiteren Maßnahmen genannt.

ID 51370: „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“

Für den Indikator 51370 hatte sich im Strukturierten Dialog des Vorjahres (EJ 2018) ein hoher Anteil von Standorten mit qualitativ auffälligen Ergebnissen gezeigt (18 von 73 rechnerisch auffälligen). 2019 waren bundesweit erneut 74 Standorte rechnerisch auffällig, 26 von diesen zum wiederholten Mal. Es wurden jedoch nach Anforderung von insgesamt 35 Stellungnahmen nur 4 Standorte als qualitativ auffällig bewertet. Das stellt eine wesentliche Verbesserung zum Vorjahr dar.

ID 50719: „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“

Im Erfassungsjahr 2019 haben sich die qualitativen Auffälligkeiten beim Indikator 50719 deutlich reduziert. Es waren zwar insgesamt 23,6 % aller Krankenhausstandorte rechnerisch auffällig (115 von insgesamt 487 Krankenhausstandorten), bundesweit haben jedoch nur 10 Standorte die Bewertung „qualitativ auffällig“ erhalten (9 % der rechnerisch auffälligen und 2,1 % der insgesamt beobachteten). Damit sind weniger Standorte betroffen als in den Vorjahren, in denen der Indikator zu denjenigen mit den meisten qualitativen Auffälligkeiten gehörte (18 Standorte in 2018, entsprechend 13,6 % der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte).

In den meisten Ländern, in denen ein bis elf Standorte auffällig waren, wurden von allen Leistungserbringern Stellungnahmen angefordert. In einem Bundesland wurden an alle betroffenen Leistungserbringer Hinweise versandt. In anderen Ländern wurden an Leistungserbringer, die

erstmalig oder nur durch einen Fall auffällig waren (entsprechend § 10 Abs. 2 der QSKH-RL), Hinweise versandt und von den anderen Stellungnahmen angefordert. Bundesweit wurden somit an 46 von 115 Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen Hinweise versandt.

In Nordrhein-Westfalen wurden mit allen 4 Standorten mit qualitativ auffälligen Ergebnissen Zielvereinbarungen getroffen, andere Maßnahmen wurden von keinem Land genannt.

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

Der Indikator 51847 „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ hat in 13 Fällen zur Bewertung „qualitativ auffällig“ geführt, das entspricht einem Anteil von 15 %, den dieser Indikator an allen qualitativen Auffälligkeiten hat. Im Vergleich zum Vorjahr liegt eine Verbesserung vor (2018: n = 18, entsprechend 22,5 % der Standorte mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen, 2019: n = 13, entsprechend 20 % der Standorte mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen).

ID 60659: „Nachresektionsrate“

Beim Indikator 60659 „Nachresektionsrate“ gab es bundesweit 8 Standorte mit qualitativ auffälligen Ergebnissen von insgesamt 38 Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen. Für diesen Indikator haben sich 2019 Zähler und Nenner geändert, sodass die Ergebnisse nicht mit dem Vorjahr vergleichbar sind.

ID 2163: „Primäre Axilladissektion bei DCIS“

Der Indikator 2163 „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ ist ein Sentinel-Event-Indikator und fällt gemäß plan. QI-RL unter das entsprechende Stellungnahmeverfahren. Hier werden die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nach QSKH-RL betrachtet, da das Stellungnahmeverfahren plan. QI-RL für das EJ 2019 im Rahmen der Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie des G-BA ausgesetzt wurde.

Bundesweit wurden 8 Standorte in diesem Indikator rechnerisch auffällig. Nach Bewertung von insgesamt 5 angeforderten Stellungnahmen nach QSKH-RL wurde ein Standort als qualitativ auffällig bewertet. Das entspricht dem Ergebnis vom Vorjahr.

ID 52279: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ und ID 52330: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“

Die Indikatoren 52279 „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ und 52330 „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ fallen auch unter das Stellungnahmeverfahren gemäß plan. QI-RL. Hier werden die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nach QSKH-RL betrachtet, da das Stellungnahmeverfahren plan. QI-RL für das EJ 2019 im Rahmen der Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie des G-BA ausgesetzt wurde.

Im EJ 2019 waren im Indikator 52279 35 Standorte rechnerisch auffällig, das sind um die Hälfte weniger als im Vorjahr (2018: n = 76). Von zwei Dritteln der Standorte (n = 24) wurden Stellung-

nahmen angefordert, die in 4 Fällen qualitative Auffälligkeiten in Form von Struktur- und Prozessmängeln zeigten. Damit hat sich das Ergebnis qualitativ auffälliger Krankenhausstandorte für diesen Indikator deutlich gebessert.

Beim Indikator 52330 wurden 2 von 16 Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen als qualitativ auffällig bewertet, im Vorjahr waren es insgesamt vier.

ID 52267: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate“ und ID 52278: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate“

Die beiden Qualitätsindikatoren 52267 und 52278 befinden sich in einer prolongierten Erprobung. Wie in den Vorjahren war der Strukturierte Dialog für Einrichtungen ab 4 Fällen in der Grundgesamtheit des Indikators zu führen. Der Strukturierte Dialog soll darauf abzielen, die Kernpunkte etwaiger Qualitätsdefizite unter den möglichen Einflussfaktoren herauszufinden, um in der Folge die Qualitätsindikatoren zu präzisieren. Diese fachlich-inhaltlichen Angaben der Länder stehen wie bei den anderen Indikatoren aufgrund der Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie nicht zur Verfügung.

Für das EJ 2019 wurden 66 Standorte rechnerisch auffällig für den Indikator 52267 und 57 Standorte für den Indikator 52278. Als qualitativ auffällig wurden zwei Standorte beim Indikator 52267 bewertet und ein Standort beim Indikator 52278.

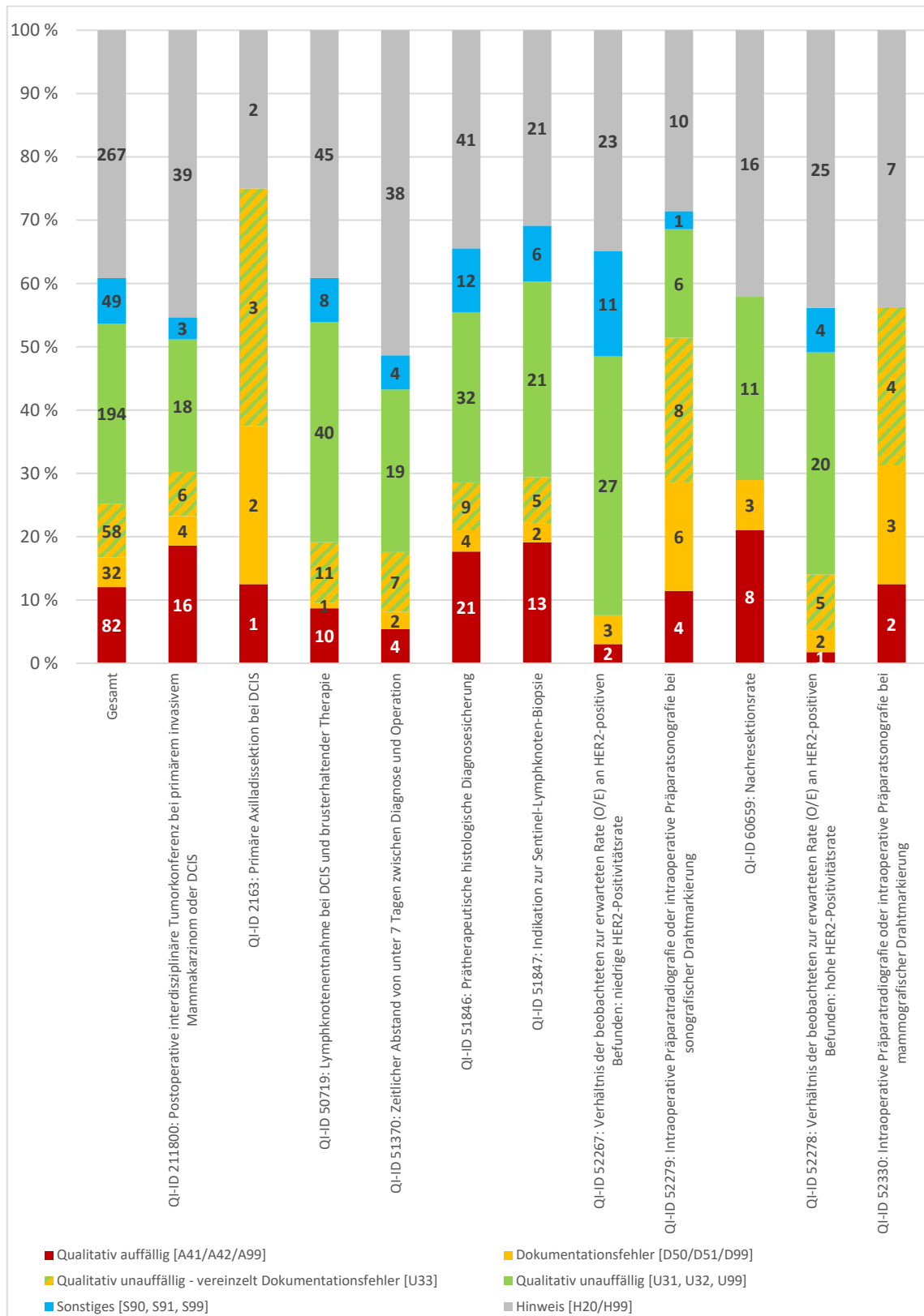


Abbildung 38: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie

5.2.8 Perinatalmedizin

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

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

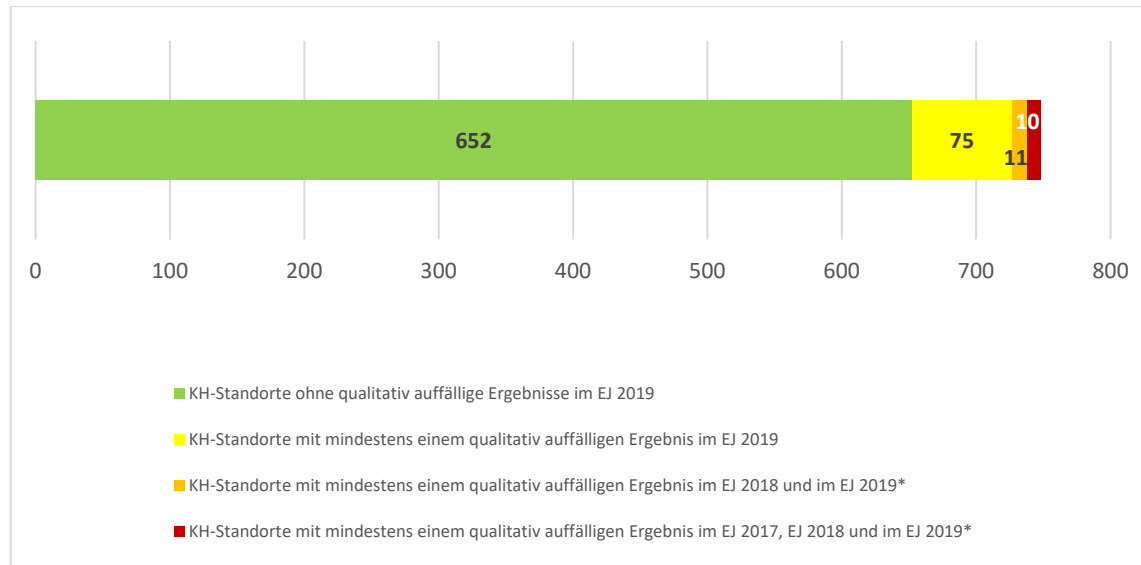


Abbildung 39: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Perinatalmedizin – Geburtshilfe

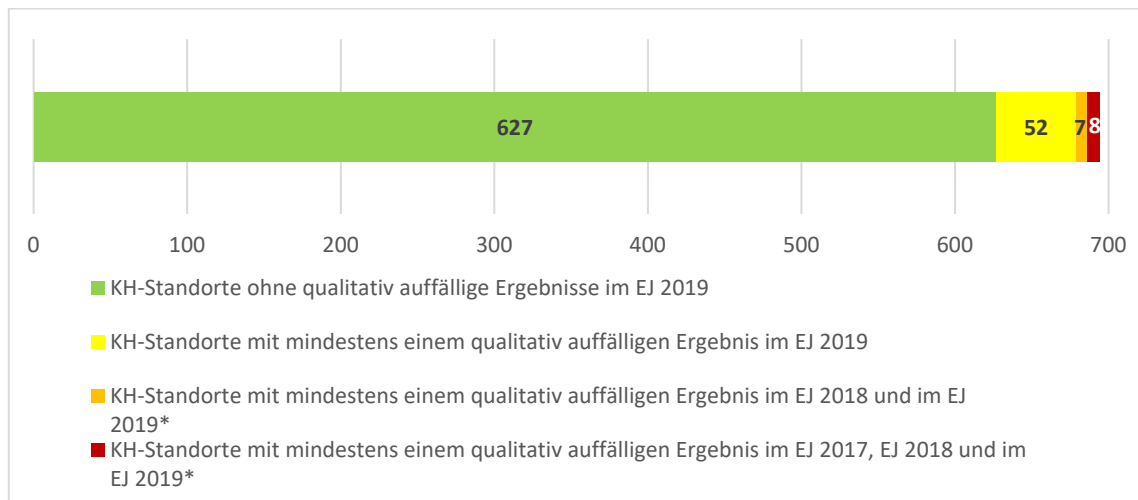


Abbildung 40: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2019 wurden im QS-Verfahren *Geburtshilfe* insgesamt 308 rechnerische Auffälligkeiten in 8 Qualitätsindikatoren festgestellt (EJ 2018: n = 239). Hierzu wurden insgesamt 69 Hinweise (22,40 %) versandt, 239 Stellungnahmen (77,60 %) angefordert, 19 kollegiale Gespräche (6,17 %) durchgeführt, 3 Begehungen (1,00 %) unternommen und 25 Zielvereinbarungen (8,12 %) mit den betroffenen Krankenhäusern geschlossen. Die meisten der kollegialen Gespräche (52,63 %) und Zielvereinbarungen (52,0 %) wurden zum Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten“ (ID 52249) geführt bzw. geschlossen.

Seit dem EJ 2017 wird bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Bei rechnerischen Auffälligkeiten dieser Qualitätsindikatoren findet ein Strukturierter Dialog nach der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) statt. Der vorliegende Bericht bezieht sich vorwiegend auf die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog nach QSKH-RL. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde mit Wirkung zum 27. März 2020 für das Erfassungsjahr 2019 u. a. der § 11 „Stellungnahmeverfahren“ der plan. QI-RL ausgesetzt. Da die statistischen Auffälligkeiten gemäß plan. QI-RL zugleich eine rechnerische Auffälligkeit gemäß QSKH-RL darstellen, wurden diese für das Erfassungsjahr 2019 gemäß QSKH-RL als rechnerische Auffälligkeiten behandelt und im Strukturierten Dialog der QSKH-RL berücksichtigt. Daher werden im Bericht zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2019 – im Vergleich zu den Vorjahren – in der Regel mehr rechnerische Auffälligkeiten in den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und somit auch im gesamten QS-Verfahren

ren betrachtet. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten über alle Qualitätsindikatoren eines QS-Verfahrens gemäß plan. QI-RL nicht mit den Vorjahresergebnissen des Strukturierten Dialogs gemäß QSKH-RL vergleichbar.

Der Strukturierte Dialog zum Erfassungsjahr 2019 wurde am häufigsten zum planungsrelevanten Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiateers bei Frühgeburten“ (ID 318) (n = 89) und zum Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten (O/E) Rate an Kaiserschnittgeburten“ (ID 52249) (n = 65) geführt. Im Erfassungsjahr 2018 wurden im Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten (O/E) Rate an Kaiserschnittgeburten“ (ID 52249) 73 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt, im Erfassungsjahr 2017 waren es 72 rechnerische Auffälligkeiten.

Von den insgesamt 308 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden 64 Indikatorergebnisse im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2019 als qualitativ auffällig bewertet (20,78 %). Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) fanden sich, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, die meisten als qualitativ auffällig eingestuft Ergebnisse (n = 15 von 25; 60,00 %). In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 wurden für die Einstufung als qualitativ auffälliges Ergebnis wiederholte rechnerische Abweichungen, Struktur- und Prozessmängel sowie Ablauf- und Dokumentationsfehler genannt. Im Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten (O/E) Rate an Kaiserschnittgeburten“ (ID 52249) wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, 44,62 % (n = 29 von 65) als qualitativ auffällig bewertet (EJ 2018: n = 26 von 73; 35,62 %; EJ 2017: n = 31 von 72; 43,06 %). In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 wurde zum Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten (O/E) Rate an Kaiserschnittgeburten“ (ID 52249) erwähnt, dass rechnerisch auffällige Krankenhäuser ihre hohe Rate an durchgeführten Kaiserschnitten nicht ausreichend medizinisch-fachlich begründeten, sodass bei diesen Standorten Struktur-, Prozess- oder Indikationsprobleme hinter den hohen Raten vermutet werden mussten.

Im QS-Verfahren *Geburtshilfe* wurden im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2019 zu 22,40 % (n = 65) der 308 rechnerisch auffälligen Ergebnisse Hinweise versandt. Dabei wurden zum Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung“ (ID 51831) die meisten Hinweise übermittelt (n = 17 von 33 rechnerischen Auffälligkeiten; 51,52 %). Vonseiten der Bundesländer wurde angegeben, dass insbesondere bei Einzelfällen und erstmaligen und minimalen rechnerischen Abweichungen vom Referenzbereich Hinweise versandt werden.

Der Anteil der Ergebnisse, die im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2019 aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation rechnerisch auffällig waren, liegt bei 7,14 % (n = 22 von 308 rechnerischen Auffälligkeiten). Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045) wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2019 bei 33,33 % (n = 1) der rechnerisch auffälligen Ereignisse im Indikator Dokumentationsfehler festgestellt, wobei in diesem Indikator nur 3 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt wurden. In den Berichten der Bundesländer zum Strukturierten Dialog zum

Erfassungsjahr 2018 wurde in diesem Indikator überwiegend von Fehldokumentationen des Gestationsalters berichtet, sodass fälschlicherweise von Frühgeburten ausgegangen war. Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058) wurden zu den 22 rechnerischen Auffälligkeiten im Qualitätsindikator 5 Dokumentationsfehler (22, 73 %) identifiziert.

Der Anteil aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die innerhalb des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, liegt für das Erfassungsjahr 2019 bei 39,61 % (n = 122 von 308). Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058) wurden 68,18 % (n = 15) der rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator (n = 22) als qualitativ unauffällig eingestuft. Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) wurde ein hoher Anteil bzw. eine hohe Anzahl an qualitativ unauffällig bewerteten Ereignissen ermittelt (65,17 %; n = 58 von 89 rechnerischen Auffälligkeiten). Nach Einschätzung der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin werden rechnerische Auffälligkeiten häufig bei Geburtskliniken ohne angeschlossene Kinderklinik identifiziert, da hier nur wenige Frühgeburten stattfinden und bei diesen selten Pädiaterinnen bzw. Pädiater anwesend sind; somit wird der Referenzbereich von ≥ 90 % bei wenigen Fällen in der Grundgesamtheit verfehlt. Daher soll auch jede rechnerische Auffälligkeit im Strukturierten Dialog untersucht werden. Rückmeldungen der Krankenhäuser zu Auffälligkeiten weisen oftmals auf Notfälle und anfänglich nicht planbare geburtshilfliche Einzelsituationen hin, bei denen es nicht zu vermeiden sei, dass die Pädiaterin bzw. der Pädiater – selbst in einer pädiatrischen Fachabteilung – erst nach der Geburt eintrifft oder dass eine Verlegung kurz vor der Geburt nicht erfolgen konnte. Solche Situationen werden allerdings insofern bereits im Indikator berücksichtigt, als nur in 90 % (Referenzbereich) der Frühgeburten eine Pädiaterin oder ein Pädiater anwesend sein muss. Zudem zeigen sich bei Schwangeren häufig schon weit im Voraus Anzeichen einer Frühgeburt, wodurch diese in der Regel planbar und ggf. verlegbar ist. Darüber hinaus wurden als Begründungen Fehldokumentationen in der QS-Dokumentation genannt (z. B. ausbleibende Dokumentation der bereits präpartal eingetroffenen Pädiaterin bzw. des Pädiaters, Fehldokumentationen des Gestationsalters).

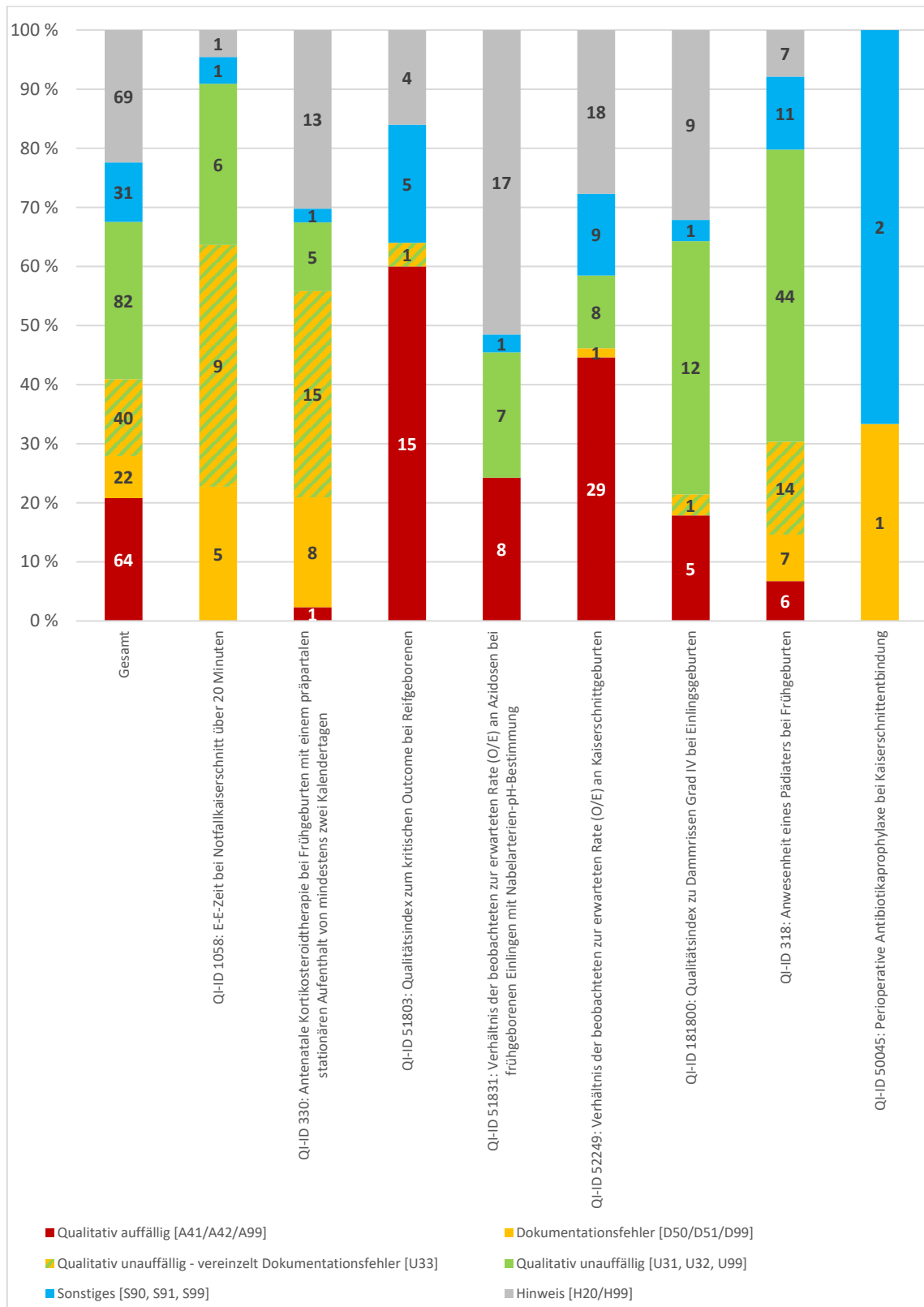


Abbildung 41: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe

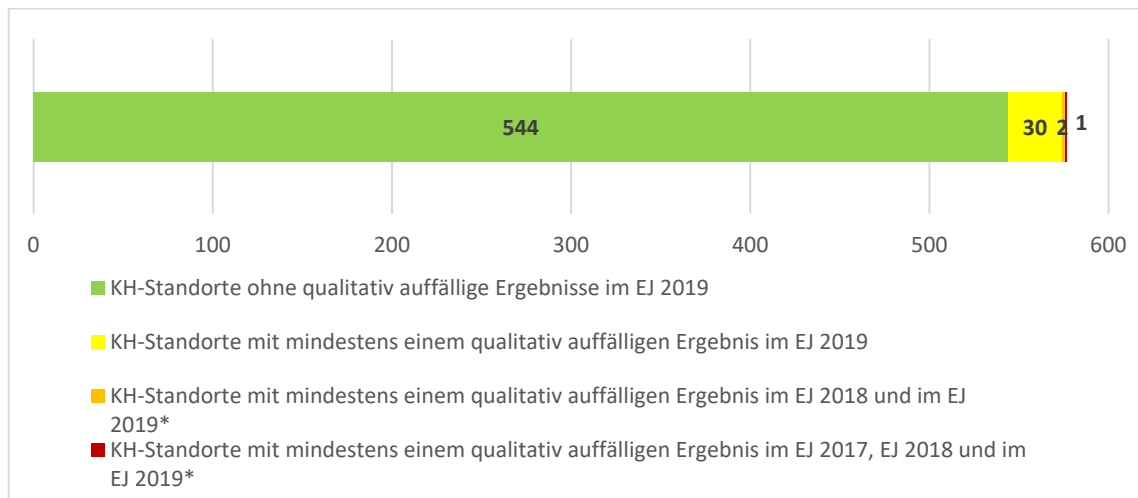
Perinatalmedizin – Neonatologie

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

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im QS-Verfahren *Neonatalogie* wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2019 insgesamt 312 rechnerische Auffälligkeiten basierend auf 8 Qualitätsindikatoren identifiziert (EJ 2018: n = 305). Zu den 312 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2019 wurden 29 Hinweise (9,29 %) versandt, im Erfassungsjahr 2018 lag die Anzahl noch bei 44 Hinweisen (14,43 %), im Erfassungsjahr 2017 sogar bei 88 Hinweisen (26,51 %). Im Vergleich zu den Vorjahren wurden im Erfassungsjahr 2019 hingegen prozentual mehr Stellungnahmen angefordert (EJ 2019: 90,7 %; n = 283; EJ 2018: 85,25 %; n = 260; EJ 2017: 73,49 %; n = 244). Der stark reduzierte Anteil der versandten Hinweise bzw. der gestiegene Anteil an angeforderten Stellungnahmen kann darauf zurückgeführt werden, dass das IQTIG und die Bundesfachgruppe Perinatalmedizin aufgrund der Vielzahl der in der Vergangenheit übermittelten Hinweise zu einigen Qualitätsindikatoren die auf Landesebene beauftragten Stellen für Qualitätssicherung gebeten haben, die Vergabe von Hinweisen möglichst zu vermeiden und dafür Stellungnahmen anzufordern. Als weiterführende Maßnahme wurden im Erfassungsjahr 2019 in 6 Fällen (1,92 %) kollegiale Gespräche durchgeführt, im Erfassungsjahr 2018 lag diese Anzahl bei 10 (3,28 %). Insgesamt wurden 15 Zielvereinbarungen (4,81 %) für das Erfassungsjahr 2019 getroffen (EJ 2018: n = 18; 5,90 %).

Im Erfassungsjahr 2019 wurden die meisten rechnerischen Auffälligkeiten, wie bereits in den Vorjahren, insbesondere zum Qualitätsindikator „Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ (ID 51070; EJ 2019: n = 155; EJ 2018: n = 140; EJ 2017: n = 143) ermittelt.

Innerhalb des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2019 wurden insgesamt 39 rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (EJ 2018: n = 38). Dies ergibt einen Anteil

von 12,50 % (EJ 2018: 12,46 %). Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Krankenhäuser wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, wie bereits im Vorjahr, in den Qualitätsindikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C“ (ID 50074; EJ 2019: n = 9 von 25; 36,00 %; EJ 2018: n = 12 von 18; 66,67 %; EJ 2017: n = 7 von 20; 35,00 %) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C“ (ID 50069, EJ 2019: n = 5 von 18; 27,78 %; EJ 2018: n = 9 von 24; 37,50 %; EJ 2017: n = 10 von 31; 32,26 %) festgestellt. Bezogen auf diese Qualitätsindikatoren wurden vonseiten der Länder Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel (z. B. bauliche Maßnahmen/Umbaumaßnahmen, technische und apparative Probleme, Transportschwierigkeiten, Problematiken in der verlegenden Geburtshilfe) genannt.

Im Erfassungsjahr 2019 wurde im QS-Verfahren *Neonatalogie* der größte Anteil an Hinweisen, wie bereits in den Vorjahren, zu den Qualitätsindikatoren „Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063; EJ 2019: 29,41%; EJ 2018: 43,18 %; EJ 2017: 38,64 %) und „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262; EJ 2019: 22,22 %; EJ 2018: 47,62 %; EJ 2017: 60,00 %) versandt – wobei der Anteil insgesamt, insbesondere im Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262), stark zurückgegangen ist.

Im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2019 wurden 4,49 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation auffällig (EJ 2018: 4,59 %). Die meisten Dokumentationsfehler (n = 3; 18,75 %) wurden für das Erfassungsjahr 2019 im Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)“ (ID 50060) festgestellt, im Erfassungsjahr 2018 lag der Anteil an Fehldokumentationen in diesem Indikator bei 5,56 % (n = 1).

Der Anteil aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die im Strukturierten Dialog als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, ist von 66,23 % (n = 202) im Erfassungsjahr 2018 auf 69,87 % (n = 218) im Erfassungsjahr 2019 gestiegen. Im Qualitätsindikator „Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ (ID 51070) fanden sich für das Erfassungsjahr 2019, wie bereits im Vorjahr, die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig (n = 141; 90,97 %). Im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 betrug die Rate an qualitativen Unauffälligkeiten in diesem Indikator 92,86 % (n = 130). In den Rückmeldungen der Bundesländer zum Strukturierten Dialog wurden unvermeidliche, schicksalhaft verlaufende und medizinisch begründete Einzelfälle, bei denen keine Mängel in der Qualität der medizinischen Leistungserbringung zu erkennen waren, als Begründung für eine Einstufung als qualitativ unauffällig genannt. In vielen Fällen handelte es sich hierbei um Kinder mit angeborenen schweren oder letalen (tödlichen) Fehlbildungen (Sterbefälle pränatalen Ursprungs). Perinatal aufgetretene Sterbefälle wurden zumeist durch schwere, im Rahmen der Geburt aufgetretene Asphyxien (bei aus externen Geburtskliniken zuverlegten Kindern) verursacht; als Asphyxie wird die Minderversorgung lebenswichtiger Organe mit Sauerstoff bezeichnet, die eine temporäre oder bleibende Schädigung zur Folge haben kann. Als Begründungen wurden aber auch eine Early-Onset-Sepsis (eine Sepsis innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt), Gerinnungsstörung infolge eines hämorrhagischen Schocks (stark eingeschränkte Organdurchblutung aufgrund von Blutverlust) und komplizierte

Mehrlingsschwangerschaft genannt. Seit dem Jahr 2019 ist mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz die Rechtsgrundlage geschaffen worden, dass Informationen zum klinischen Verlauf aus der beteiligten Geburtsklinik der Neonatologie zur Verfügung gestellt werden dürfen. Somit soll ab dem Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2019 die beteiligte Geburtsklinik bei auftretenden Sterbefällen in der Neonatologie in den Strukturierten Dialog eingebunden werden.

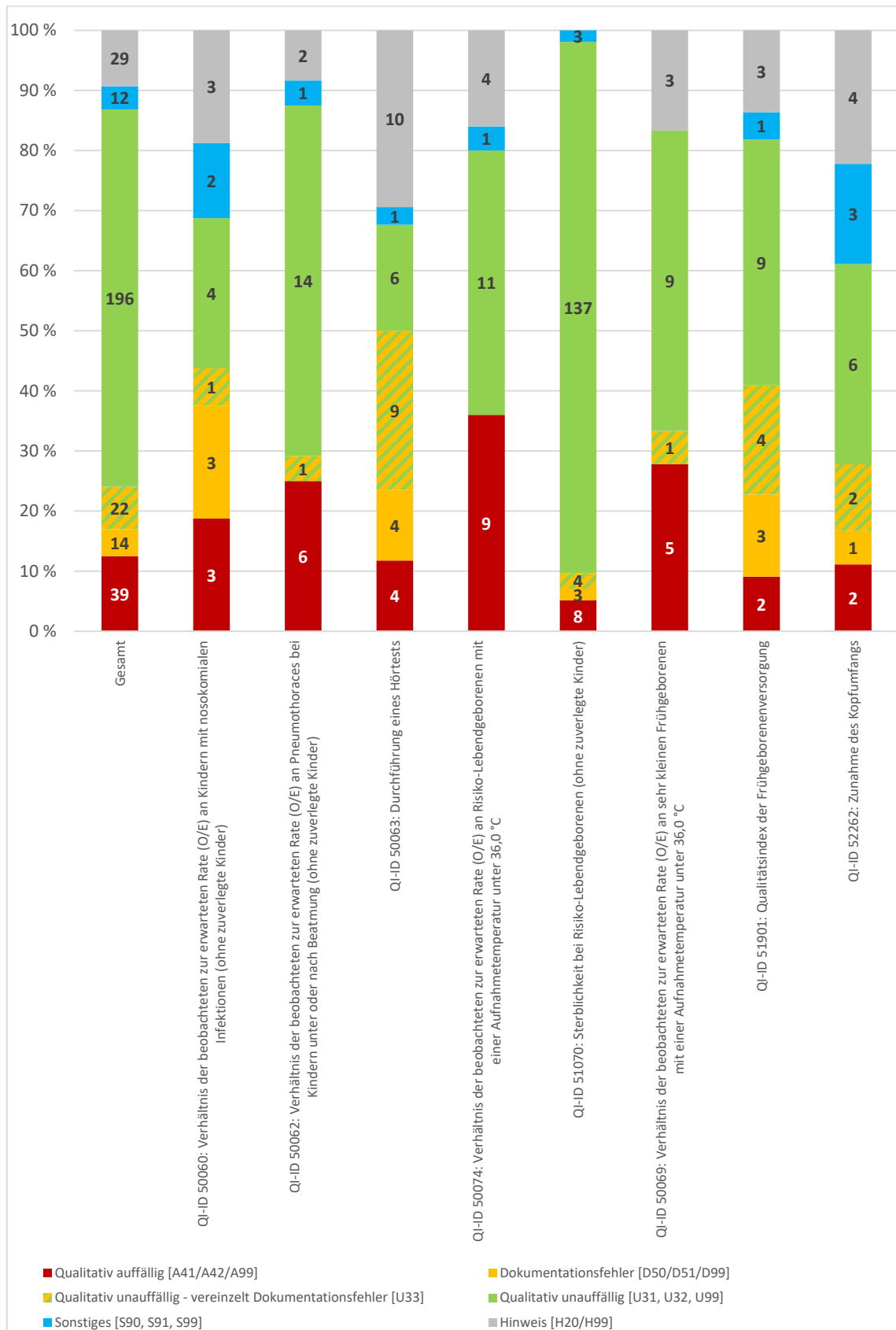


Abbildung 43: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie

5.2.9 Orthopädie und Unfallchirurgie

Christine Krabbe, Dr. Arne Deiseroth, Theresa Schröder, Brina Stare

- QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)*
- QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung (HEP)*
- QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung (KEP)*

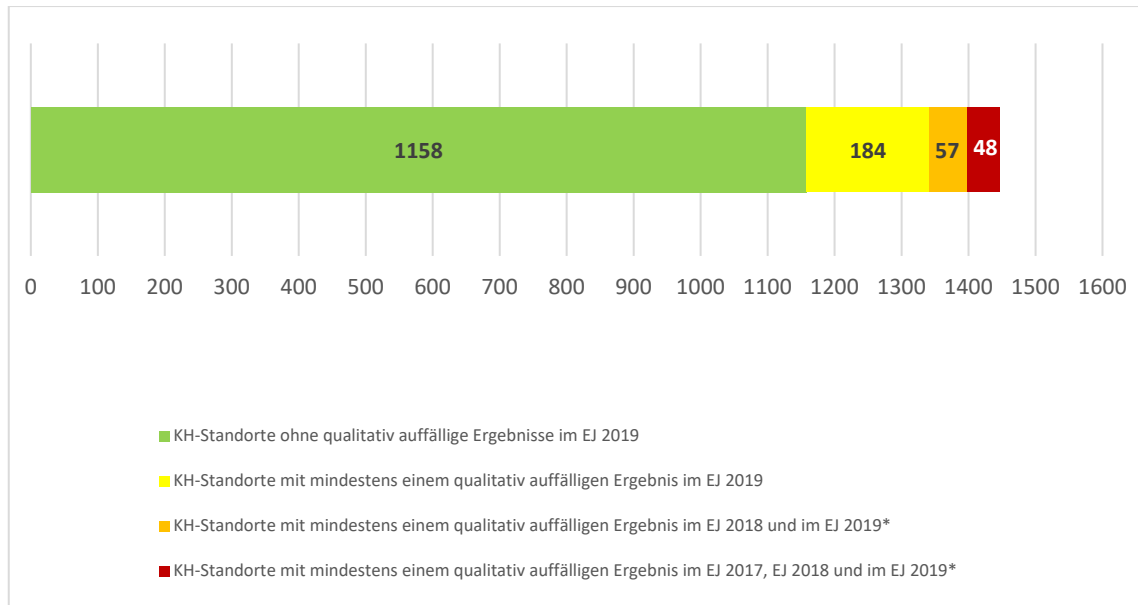


Abbildung 44: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Der Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie umfasste im Erfassungsjahr 2019 insgesamt 28 Qualitätsindikatoren (QI), die in 1.447 Krankenhausstandorten erhoben wurden. Für 289 Standorte (20 %) zeigte sich hierbei mindestens ein qualitativ auffälliges Ergebnis. Dies stellt eine leichte Verbesserung zum Vorjahr (EJ 2018: 25 %) dar.

Wie in den Jahren zuvor wurden auch im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2019 in allen drei Verfahren häufig Hinweise an rechnerisch auffällige Leistungserbringer verschickt (17/1 = 33,7 %, HEP = 42,5 %, KEP = 52,3 %). In den übrigen Fällen forderten die Landesgeschäftsstellen Stellungnahmen an. Sonstige eingeleitete Maßnahmen fanden nicht statt.

Die verfahrensübergreifende Betrachtung der Anzahl qualitativ auffälliger Ergebnisse pro Qualitätsindikator verzeichnet im Vergleich zum Vorjahr einen deutlichen Rückgang (EJ 2019 = 337 qualitativ auffällige Indikatorergebnisse; EJ 2018 = 435), welcher alle drei Verfahren betrifft, jedoch verfahrensindividuelle Ursachen hat.

Im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* ergibt sich die geringere Anzahl qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse (2019: n = 126, 2018: n = 165) u. a. aufgrund der deutlichen Verringerung der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse (EJ 2018 = 865; EJ 2019 = 597). Ursache dafür ist u. a. die Streichung des Qualitätsindikators „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54040) zum Erfassungsjahr 2019. Die zugehörigen Komplikationen gehen ab dem Erfassungsjahr 2019 in den Qualitätsindikator „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54029) ein. Darüber hinaus wurde der Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ ab dem Erfassungsjahr 2019 in eine Kennzahl umgewandelt. Unter anderem waren aufgrund dieser Änderungen weniger Indikatorergebnisse rechnerisch auffällig, woraufhin auch für weniger Ergebnisse überhaupt eine Bewertung im Strukturierten Dialog vorgenommen werden musste.

Im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* ist bei fast allen Qualitätsindikatoren eine zum Teil deutliche Verringerung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse festzustellen, sodass weniger Ergebnisse im Strukturierten Dialog betrachtet und bewertet wurden. Durch die Teilung des ehemaligen Qualitätsindikators zu Todesfällen in den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ (ID 54013) und in die Kennzahl „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (Kennzahl-ID 191914) wurden deutlich weniger rechnerisch auffällige Ergebnisse (2018 = 320; 2019 = 79) detektiert.

Im QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* wurden hingegen bei nahezu gleichbleibender Anzahl an rechnerisch auffälligen Ergebnissen (2019 = 755; 2018 = 756) nach dem Strukturierten Dialog weniger Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (2019 = 30; 2018 = 55). Dies lässt sich v. a. auf die Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung zurückführen.

Über alle Qualitätsindikatoren hinweg führten überwiegend Struktur- und Prozessmängel (EJ 2019 = 78 %; EJ 2018 = 76 %) zu einer qualitativ auffälligen Bewertung, wobei wie im Vorjahr der Einfluss der Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer maßgeblich war.

Wie im Erfassungsjahr 2018 wurden in allen drei Verfahren viele Leistungserbringer nach Abschluss des Strukturierten Dialogs nur auf ihr rechnerisch auffälliges Ergebnis (Einstufung „H20“ oder „H99“) hingewiesen (1.186 Hinweise von 2.818 Fällen mit rechnerisch auffälligem Ergebnis; 42,1 %). Dabei spielt es für den Leistungserbringer eine Rolle, in welchem Bundesland er die Versorgung übernimmt. Je nach Qualitätsindikator verschicken einige Landesstellen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen ausschließlich Hinweise, wohingegen andere Landesstellen hierfür Stellungnahmen anfordern. Das unterschiedliche Vorgehen beeinflusst somit auch das Endergebnis „qualitativ auffällig“ bzw. „qualitativ unauffällig“ im Bundesland.

Präoperative Verweildauer

Am häufigsten wurden Krankenhäuser aufgrund rechnerisch auffälliger Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer (*HEP*: ID 54003, *17/1*: ID 54030) qualitativ auffällig. Die Landesstellen haben ähnlich wie im Vorjahr bei mehr als 30 % der Standorte mit rechnerisch auffälligem Ergebnis in diesen Qualitätsindikatoren keine Stellungnahme angefordert, sondern einen Hinweis an die betroffenen Standorte verschickt. Gründe dafür können dieses Jahr nicht wiedergegeben werden, da die Übermittlung der schriftlichen Länderberichte zum Strukturierten Dialog für das Erfassungsjahr 2019 vom G-BA ausgesetzt wurde.

Wenn ein Leistungserbringer in den Qualitätsindikatoren zur Präoperativen Verweildauer rechnerisch auffällig wird, so bleibt die Wahrscheinlichkeit, als qualitativ auffällig bewertet zu werden, im Vergleich zu den vergangenen Jahren unverändert. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden weiterhin ca. 30 % der in den Qualitätsindikatoren „Präoperative Verweildauer“ (*17/1*: ID 54030; *HEP*: ID 54003) rechnerisch auffälligen Leistungserbringer als qualitativ auffällig beurteilt.

Gehunfähigkeit

Alle drei Verfahren beinhalten Qualitätsindikatoren zur Gehunfähigkeit; im Vergleich zum Vorjahr sind jedoch v. a. im Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* Veränderungen festzustellen. Von 2018 zu 2019 waren beim Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54012) bei fast gleichbleibender Anzahl betrachteter Standorte (2018 = 1.206; 2019 = 1.192) deutlich weniger rechnerisch auffällige Ergebnisse (2018 = 111; 2019 = 77) festzustellen. Der Anteil der verschickten Hinweise hat sich jedoch deutlich erhöht (2018 = 22 / 19,8 %; 2019 = 31 / 40,3 %).

Nach dem Strukturierten Dialog wurden wie im Vorjahr ähnlich viele Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (2018 = 6 / 5,4 %; 2019 = 5 / 6,5 %), jedoch deutlich weniger als qualitativ unauffällig (2018 = 65 / 58,6 %; 2019 = 29 / 37,7). Die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen (2018 = 16 / 14,4 %; 2019 = 12 / 15,6 %) und sonstiger Bewertungen (2018 = 2; 2019 = 1) blieb unverändert.

Komplikationen

Bei Betrachtung der Qualitätsindikatoren zu Komplikationen in den drei QS-Verfahren fällt auf, dass weiterhin verhältnismäßig viele Hinweise verschickt (zwischen je 43,5 % für ID 54042 in *17/1* und ID 54015 in *HEP* und 70,1 % für ID 50481 in *KEP*), selten Ergebnisse als qualitativ auffällig beschrieben und wenige weiterführende Maßnahmen durchgeführt wurden (*17/1*: 0 kollegiale Gespräche und zwei Zielvereinbarungen; *HEP*: zwei kollegiale Gespräche und sieben Zielvereinbarungen; *KEP*: 0 kollegiale Gespräche und eine Zielvereinbarung).

FU-Indikatoren

Die Follow-up-Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf“ (ID 10271; *HEP*) und „Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf“ (ID 54128; *KEP*) gehören erneut zu den Qualitätsindikatoren, bei denen verhältnismäßig viele Stellungnahmen zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen angefordert wurden (*HEP* = 77,6 %; *KEP* = 64,2 %). Nichtsdestotrotz nehmen die anteilig angeforderten Stellungnahmen im Vergleich zum Vorjahr ab (2018 = 84,5 % in *HEP* und 74,0 % in *KEP*), obwohl die Anzahl der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer unverändert ist (*HEP*: 2019 = 67, 2018 = 66; *KEP*: 2019 = 53, 2018 = 50). Der Anteil eingeforderter Stellungnahmen nähert sich somit dem Niveau des Erfassungsjahres 2017 an (*HEP*: 2017 = 76,5 %; *KEP*: 2017 = 54,3 %).

Bei beiden Qualitätsindikatoren kann darüber hinaus festgestellt werden, dass anteilig weniger rechnerisch auffällige Ergebnisse nach dem Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig bewertet wurden als im Vorjahr. 2019 lag der Anteil in *HEP* bei 15 % (n = 10) und in *KEP* bei 5,6 % (n = 3). 2018 waren es in *HEP* noch 24,3 % (n = 16) und in *KEP* 18 % (n = 9).

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Ergebnisübersicht

Im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* wurden in Deutschland über alle fünf Qualitätsindikatoren (5.526 Indikatorergebnisse) insgesamt 597 (10,8 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt (EJ 2019 = 11 %).

Maßnahmen

Bei etwa einem Drittel (33,7 %) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 597) endete der Strukturierte Dialog mit dem Versand eines Hinweises (n = 201), sodass keine Beurteilung dieser Ergebnisse vorgenommen werden konnte. Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen-Anhalt haben bei weniger als 50 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis Stellungnahmen angefordert (19–41 %). In Berlin, Brandenburg, Bremen, im Saarland, in Sachsen und Schleswig-Holstein wurden hingegen wie im Vorjahr zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen Stellungnahmen eingeholt. Dies zeigt einmal mehr das unterschiedliche Vorgehen der Landesstellen auf. Der Anteil der Stellungnahmen an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen war bei den Qualitätsindikatoren „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030; 74,9 %) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033; 67,7 %) am höchsten.

Bundesweit schlossen sich an 394 schriftliche Stellungnahmen 76 (19 %) weiterführende Maßnahmen wie kollegiale Gespräche (n = 27) und Zielvereinbarungen (n = 49) an. Im EJ 2018 lag dieser Anteil mit 21 % (540 Stellungnahmen; 111 weiterführende Maßnahmen = 37 kollegiale Gespräche, eine Begehung und 73 Zielvereinbarungen) nur geringfügig höher. Die mit Abstand meisten kollegialen Gespräche (24) und Zielvereinbarungen (36) mit den Krankenhäusern wurden zum Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) geführt bzw. geschlossen.

Zu den anderen vier Qualitätsindikatoren fanden je maximal drei kollegiale Gespräche und zwischen ein und sechs Zielvereinbarungen statt.

Ergebnisbewertungen

In 10 der 16 Bundesländer ist der Anteil der Standorte mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen, die nach dem Strukturierten Dialog auch als qualitativ auffällig (A41, A42, A99) bewertet wurden, mit maximal 25 % relativ niedrig. Sachsen hingegen ist wie im Vorjahr das Bundesland, in dem mit Abstand die meisten Standorte mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (8 von 15; 53 %) als qualitativ auffällig bewertet wurden. Bundesweit konnte im Erfassungsjahr 2019 bei fast einem Drittel (n = 41) der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse keine Verbesserung zum Vorjahr festgestellt werden, d. h., dass die Ergebnisse dieser Krankenhäuser sowohl 2019 als auch 2018 als qualitativ auffällig bewertet worden sind.

Die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse in diesem QS-Verfahren betrafen den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030; 81,0 %; 102 von 126). Qualitativ auffällige Bewertungen kommen mit einem Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen von 30 % (102 von 338 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) wie im Vorjahr ebenfalls am häufigsten bei diesem Indikator vor. Im Gegensatz dazu wurden für den Qualitätsindikator „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54029) im Erfassungsjahr 2019 nur in vier Fällen (6,6 %) die Bewertung „qualitativ auffällig“ vorgenommen.

Wie auch in den Erfassungsjahren 2017 und 2018 lässt sich außergewöhnlich oft ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in dem Qualitätsindikator „Sturzprophylaxe“ (ID 54050; 23 %) auf Dokumentationsprobleme zurückführen.

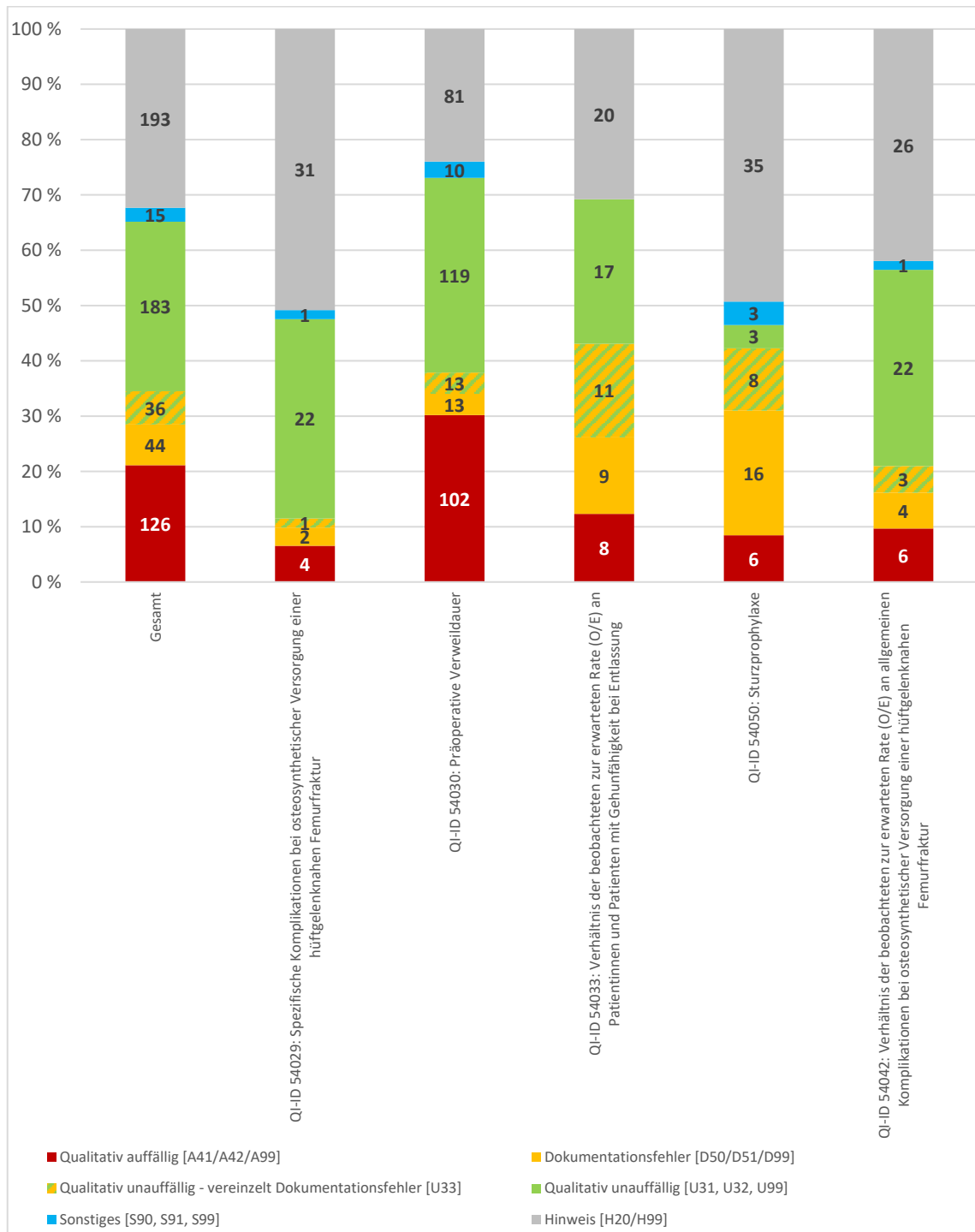


Abbildung 45: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftendoprothesenversorgung

Ergebnisübersicht

Im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* wurden im Erfassungsjahr 2019 in Deutschland über alle 13 Qualitätsindikatoren (14.719 Indikatorergebnisse) insgesamt 1.466 (10 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt (EJ 2018 = 15.028 Indikatorergebnisse; 1.859 rechnerisch auffällige Ergebnisse; 12,4 %).

Maßnahmen

Maßnahmen wurden in Form von schriftlichen Stellungnahmen bei 57 % und in Form von Hinweisen bei 43 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse eingeleitet. Anhand der Ergebnisbewertung der Qualitätsindikatoren wird der über alle Qualitätsindikatoren sehr hohe Anteil an verschickten Hinweisen deutlich. Vor allem bei den Qualitätsindikatoren zu Komplikationen beträgt dieser wie im Vorjahr um die 50 %. Es ist jedoch festzustellen, dass drei Bundesländer (Brandenburg, Bremen und Saarland) erneut gar keine Hinweise verschickt haben, sondern zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen Stellungnahmen anforderten.

Weiterführende Maßnahmen wie kollegiale Gespräche (15) und Zielvereinbarungen (65) fanden im Vergleich zum Vorjahr deutlich weniger statt (2018 = 60 kollegiale Gespräche und 128 Zielvereinbarungen). Zudem wurden zum Erfassungsjahr 2018 zu fast allen Qualitätsindikatoren kollegiale Gespräche durchgeführt und Zielvereinbarungen geschlossen. Zum Erfassungsjahr 2019 fanden hingegen nur zu 5 der 13 Qualitätsindikatoren kollegiale Gespräche statt. Bezüglich der Schließung von Zielvereinbarungen ist ebenfalls ein zum Teil deutlicher Rückgang festzustellen. Ursächlich könnten die Kontaktbeschränkungen während der COVID-19-Pandemie sein.

Ergebnisbewertungen

Im gesamten QS-Verfahren wurden 12 % als qualitativ auffällig und 37 % der Indikatorergebnisse als qualitativ unauffällig eingestuft. Bei fast einem Viertel (n = 44) der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse des Erfassungsjahres 2019 konnte keine Verbesserung zum Vorjahr verzeichnet werden, d. h., dass die Ergebnisse der Krankenhäuser sowohl im Erfassungsjahr 2019 als auch im Erfassungsjahr 2018 als qualitativ auffällig bewertet wurden. Bei 7 % (n = 107) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse war eine fehlerhafte Dokumentation (Einstufung „D50“, „D51“ oder „D99“) für die Auffälligkeit verantwortlich. Insbesondere bei fünf Qualitätsindikatoren (ID 54001, ID 54002, ID 54003, ID 5404 und ID 540012) wurden Dokumentationsfehler angeführt, die entweder dazu beitrugen, dass rechnerisch auffällige Ergebnisse als unauffällig eingestuft wurden oder eine Bewertung des Qualitätsindikators aufgrund von Dokumentationsproblemen nicht vorgenommen werden konnte.

Wie im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* gehen die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* auf den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54003; 113 von 181 qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen; 62,4 %) zurück. In diesem Indikator wurden darüber hinaus anteilig die meisten Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (113 von 367 rechnerisch auffälligen Ergebnissen, 30,8 %).

In der Darstellung der Follow-up-QIs werden wegen der Übersichtlichkeit die gleichen Jahresangaben verwendet wie bei den anderen Indikatoren. Hierbei ist zu beachten, dass sich der Nachbeobachtungsraum von 90 Tagen für einen Wechsel erst im Folgejahr der Erstimplantationen abgeschlossen ist. Der Strukturierte Dialog verschiebt sich somit um ein Jahr. Dies bedeutet, dass im Strukturierten Dialog zum EJ 2019 die Wechsel resultierend aus den Erstimplantationen des EJ 2018 bewertet wurden.

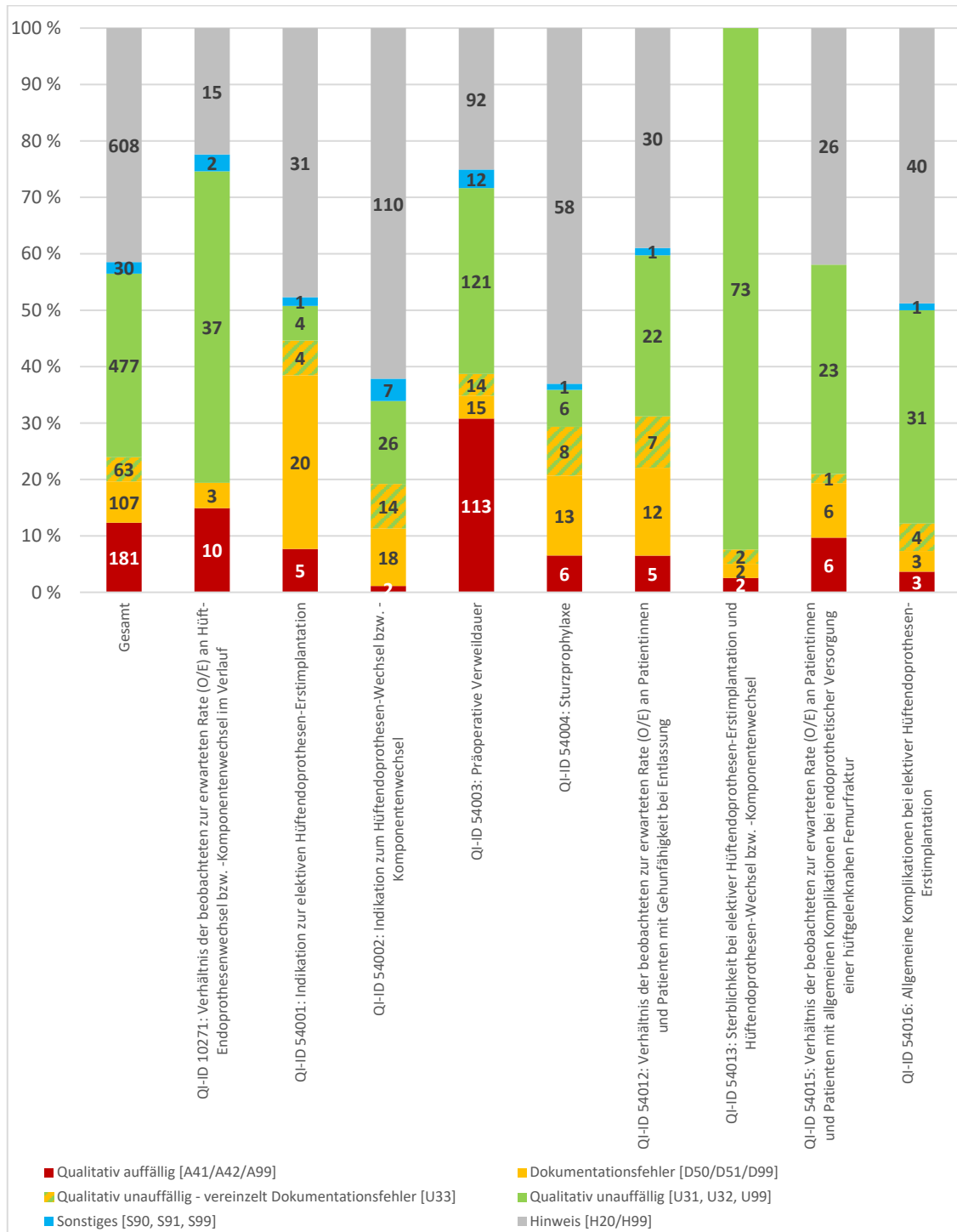


Abbildung 46: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung

Knieendoprothesenversorgung

Ergebnisübersicht

Im QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* sind in Deutschland über alle zehn Qualitätsindikatoren (9.967 Indikatorergebnisse) insgesamt 755 (7,6 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt worden (EJ 2018 = 7,5 %).

Maßnahmen

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden in 52,3 % der Fälle Hinweise verschickt und zu 47,0 % Stellungnahmen angefordert. 4 der 16 Bundesländer verschickten überhaupt keine Hinweise zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen, wohingegen 3 Bundesländer dies bei mehr als 70 % der Fälle taten. Die Spanne der verschickten Hinweise pro Qualitätsindikator betrug zwischen 3,2 % („Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“; ID 54127) und 70,1 % („Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“; ID 50481).

Als weiterführende Maßnahmen sind ein kollegiales Gespräch (2018 = 5) durchgeführt und 15 Zielvereinbarungen (2018 = 38) geschlossen worden. Wie im Vorjahr betrafen die meisten Zielvereinbarungen den Qualitätsindikator „Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54022).

Ergebnisbewertungen

Von 755 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden nach dem Strukturierten Dialog 4,0 % (n = 30; EJ 2018 = 7,3 %; n = 55) als qualitativ auffällig und 33,4 % (n = 252; EJ 2018 = 34 %; n = 259) als qualitativ unauffällig eingestuft. Bemerkenswert ist, dass 6 der 16 Bundesländer die Einstufung „qualitativ auffällig“ gar nicht vorgenommen haben. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass dies auch Bundesländer sind, die zum Teil zwar wenigen rechnerisch auffälligen Ergebnissen nachgehen mussten, hierfür aber oftmals Stellungnahmen einforderten. In den restlichen Bundesländern wurden jeweils maximal sechs rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet.

Die Einstufung als qualitativ auffällig erfolgte in 16 der 30 Fälle aufgrund von Hinweisen auf Struktur- oder Prozessmängel. Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen über alle Qualitätsindikatoren, die aufgrund von Dokumentationsfehlern („D50“, „D51“ oder „D99“) nicht in die Bewertung eingegangen sind, steigerte sich im Vergleich zum Vorjahr auf 10,6 % (2018: 6,0 %). Dies betraf vor allem die drei Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (ID 54021, ID 54002 und ID 54020), bei denen meist eine unvollständige oder falsche Dokumentation (Einstufung „D50“) vorlag.

In der Darstellung der Follow-up-QIs werden wegen der Übersichtlichkeit die gleichen Jahresangaben verwendet wie bei den anderen Indikatoren. Hierbei ist zu beachten, dass sich der Nachbeobachtungsraum von 90 Tagen für einen Wechsel erst im Folgejahr der Erstimplantationen abgeschlossen ist. Der Strukturierte Dialog verschiebt sich somit um ein Jahr. Dies bedeutet, dass im Strukturierten Dialog zum EJ 2019 die Wechsel resultierend aus den Erstimplantationen des EJ 2018 bewertet wurden.

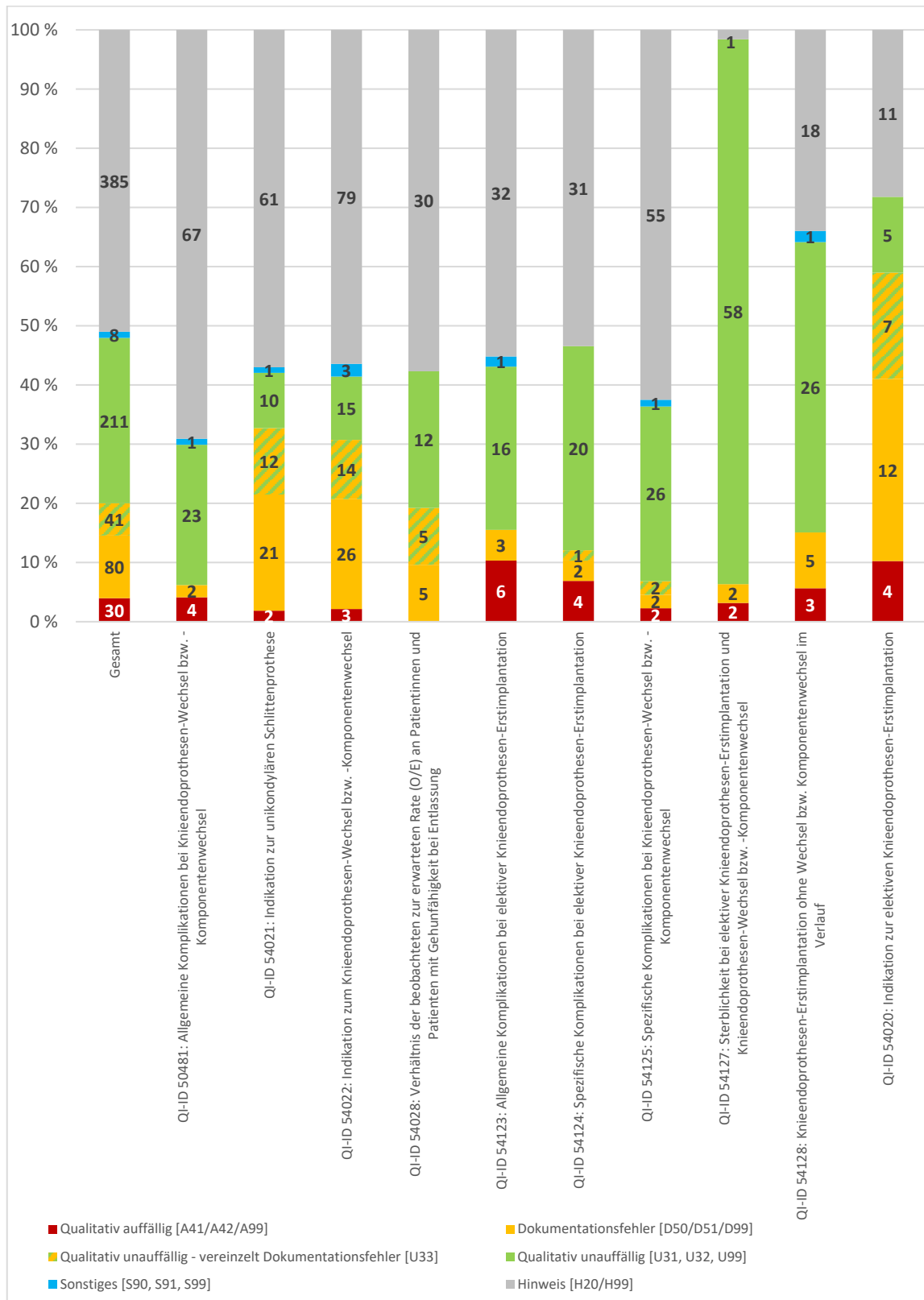


Abbildung 47: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung

5.2.10 Pflege

Martina Dost

■ QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*

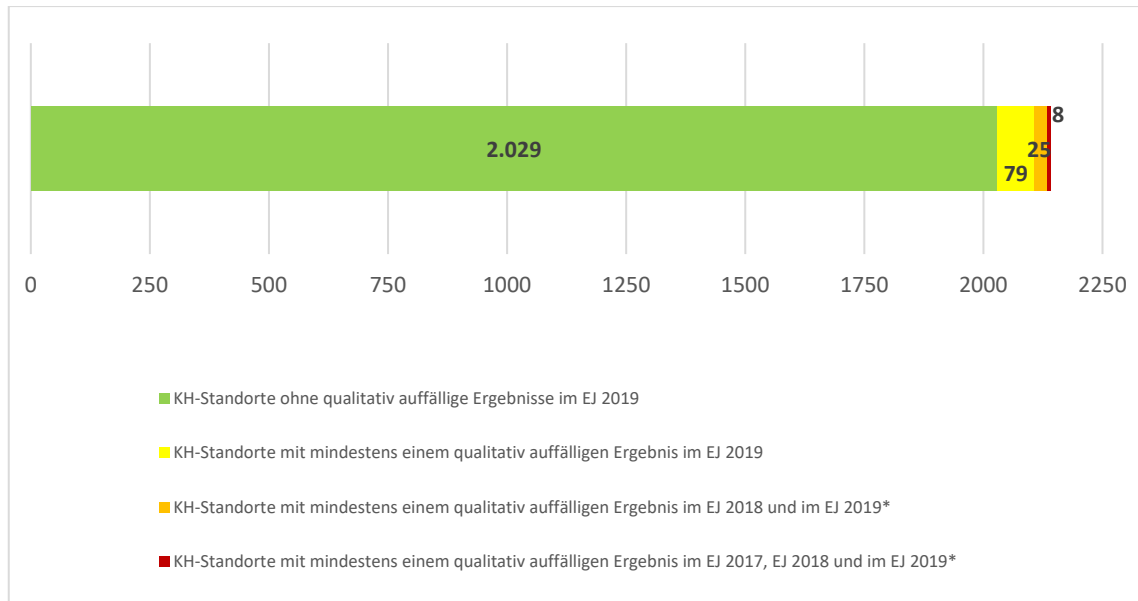


Abbildung 48: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Vom Erfassungsjahr 2018 zum Erfassungsjahr 2019 wurden im Rahmen der Verfahrenspflege keine neuen Qualitätsindikatoren eingeführt oder gestrichen, sodass dieselben Qualitätsindikatoren wie im Vorjahr im Strukturierten Dialog bearbeitet wurden. Im Erfassungsjahr 2019 wurden für 565 der 3.814 Indikatorergebnisse (EJ 2018: n = 3.856; n = 555) rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt, was einem Anteil von 14,8 % entspricht (EJ 2018: 14,4 %). Bei insgesamt 2.141 Krankenhausstandorten gab es im Erfassungsjahr 2019 112 Standorte, die mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis bewertet wurden. Bei 33 dieser Standorte gab es bereits im Vorjahr qualitativ auffällige Ergebnisse. Bei 8 Standorten bestand eine qualitative Auffälligkeit dann auch schon im Vorvorjahr. Insgesamt wurde bei 112 Indikatorergebnissen die Bewertung „qualitativ auffällig“ vergeben. Dies entspricht einem Anteil an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen von 19,8 %, im Vorjahr waren dies 22,3 %.

Ein Großteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 459) sind im Indikator „Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (ID 52010) erfolgt. Im Erfassungsjahr 2018 waren dies 464 Standorte. Die Anzahl der als qualitativ auffällig eingestuft Standorte ist leicht zurückgegangen und betrug im Erfassungsjahr 2019 80 (im EJ 2018: n = 92). Dies entspricht, gemessen an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen dieses Indikators, einem Anteil von 17,4 % (2019: 19,8 %). Im Erfassungsjahr 2019 wurden 18

der 80 qualitativ auffällig bewerteten Krankenhausstandorte im zweiten Jahr auffällig und 4 Standorte wurden sogar ein drittes Jahr in Folge als qualitativ auffällig bewertet. In Bezug zum Gesamtindikatorergebnis (n = 1.907) machen die als qualitativ auffällig bewerteten Standorte einen Anteil von 17,4 % (2018: n = 1.928; 6,4 %) aus.

Auch bei dem Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 52009) zeigt sich eine Zunahme der Krankenhausstandorte, die als qualitativ auffällig bewertet wurden. Von den 106 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden 32 Standorte und somit ein Anteil von 30,2 % als qualitativ auffällig bewertet. Im Vorjahr wurden davon 15 Standorte qualitativ auffällig bewertet. Zum dritten Mal in Folge als qualitativ auffällig bewertet wurden 2 Krankenhausstandorte.

Bei insgesamt 6 Krankenhausstandorten wurden rechnerisch auffällige Ergebnisse bereits zum dritten Mal in Folge als qualitativ auffällig bewertet. Bei einem dieser Standorte wurden bereits kollegiale Gespräche durchgeführt. Eine geplante Begehung konnte aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht stattfinden. Bei einem zweiten Standort wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen. Die entsprechenden Maßnahmen lassen bereits deutliche Verbesserungen erkennen. Weitere Informationen liegen nicht vor.

Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurden nach 11 rechnerisch auffälligen Ergebnissen kollegiale Gespräche geführt. 4-mal wurde im Anschluss eine Zielvereinbarung abgeschlossen, 10-mal das Ergebnis als qualitativ auffällig bewertet. Außerdem wurde eine Begehung durchgeführt. Im Ergebnis wurde dieser Standort als qualitativ unauffällig bewertet. Zielvereinbarungen wurden zu 32 Indikatorergebnissen abgeschlossen.

Insgesamt deuten diese Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr also auf eine Verbesserung der Qualität hinsichtlich der Prophylaxe von Dekubitalulcera hin. Es bleibt zudem abzuwarten, ob sich dieser Trend auch für das Erfassungsjahr 2020 fortsetzt. Darüber hinaus ist festzustellen, dass es einzelne Krankenhausstandorte gibt, bei denen sich zum Teil bereits über mehrere Jahre hinweg Defizite bei der Dekubitusprophylaxe zeigen.

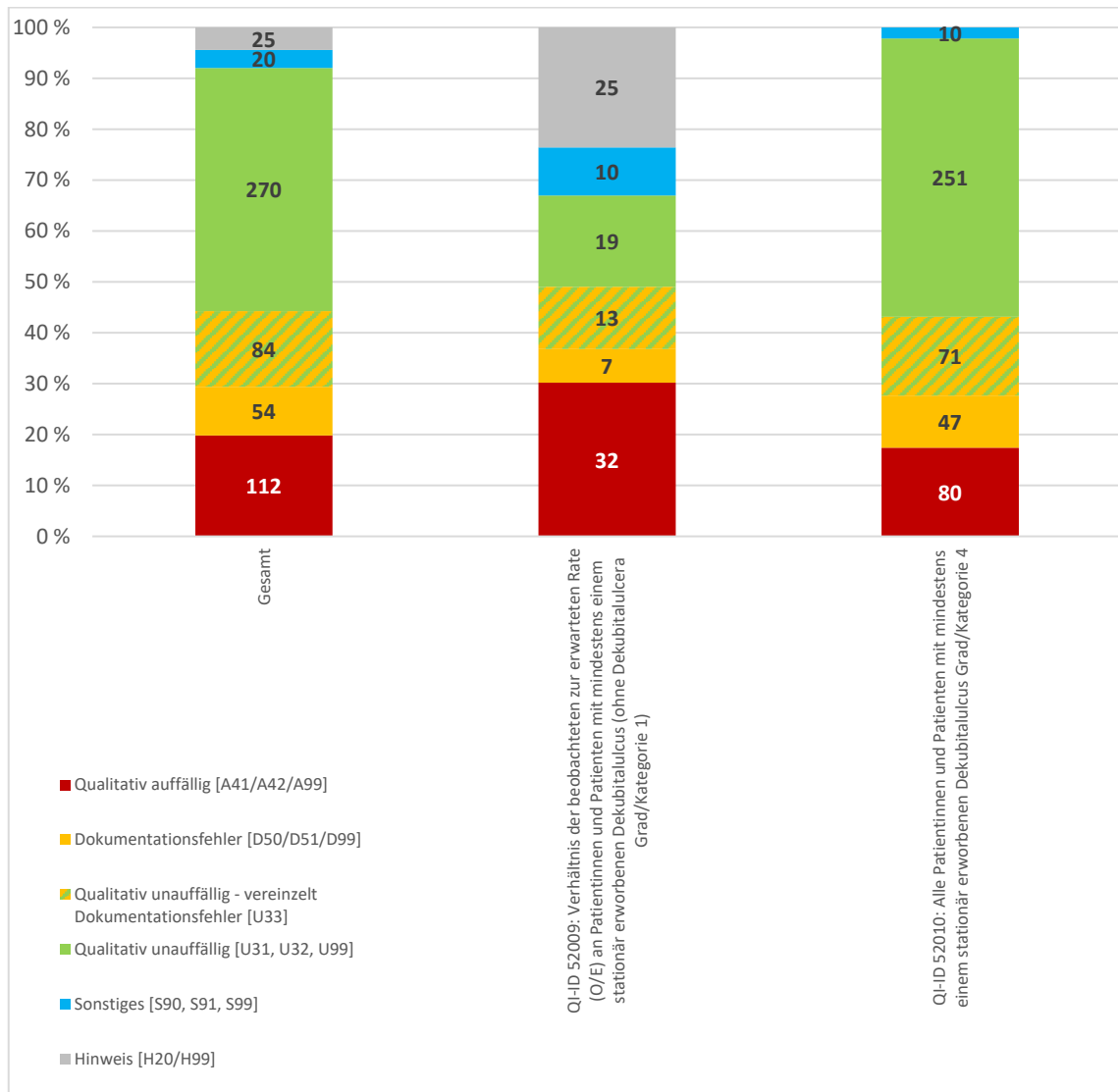


Abbildung 49: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe

6 Fazit und Ausblick

Der Strukturierte Dialog zum Erfassungsjahr 2019 wurde 2020 unverändert nach der bestehenden Methodik gemäß QSKH-RL geführt. Jedoch hatte die COVID-19-Pandemie Einfluss auf den Strukturierten Dialog. Einerseits hat sich die Frist deutlich verschoben, andererseits wurde zum Teil auf weiterführende Maßnahmen verzichtet bzw. wurden diese verschoben. Außerdem liegen aus den Ländern weniger Informationen vor, da die Länderberichte ausgesetzt wurden. Im Folgejahr sind die weiteren Auswirkungen zu beobachten. Eine QS-Verfahren-übergreifende bzw. -bundesländerübergreifende Darstellung der Zahlen im Sinne von Zu- und Abnahmen rechnerisch und qualitativ auffälliger Ergebnisse erfolgte im vorliegenden Bericht nicht. Sowohl die einzelnen QS-Verfahren als auch die Prozessstruktur der für die Durchführung verantwortlichen Stellen weisen erhebliche Unterschiede auf, sodass eine einfache Addition nicht aussagekräftig erscheint.

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

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